LA

SEMAINE MÉDICALE



VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

1904



PARIS

BUREAUX : 53, AVENUE DE VILLIERS

—

1904

0 1 2 3 4 5 (cm)

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1904)



D

E

J

K

L

M

Q

R

S

T

U

V

X

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

(ANNÉE 1904)

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. CHARPENTIER.

LA



SEMAINE MÉDICALE

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

1904

ANNEXES

PARIS

BUREAUX : 53, AVENUE DE VILLIERS

—

1904

LA SEMAINE MÉDICALE

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

ANNEXES



TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1904)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL (ANNÉE 1904)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

C

D

E

F

G

H

I

J

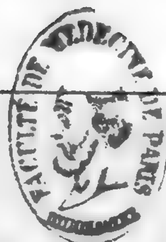
M

T

U

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE — N° 1, 6 JANVIER 1904.



LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

Le traitement chirurgical des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

Il y a vingt-cinq ans, réduit aux ressources de la thérapeutique médicale, bien impuissante en pareil cas, le praticien ne connaissait aucun traitement susceptible d'enrayer l'évolution fatale de la péritonite diffuse consécutive à la perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde. Il ne doit plus en être de même aujourd'hui, car les guérisons obtenues grâce à l'intervention chirurgicale, chez des malades atteints de perforations intestinales sans limitation de la réaction péritonéale, sont maintenant assez nombreuses pour qu'on puisse, en les opposant aux si rares faits de guérison spontanée cités par les auteurs, en conclure avec certitude que le traitement médical de la perforation typhoïdique de l'intestin doit céder le pas au traitement opératoire, et qu'il faut considérer cette complication comme relevant exclusivement du chirurgien et comme devant lui être confiée dès qu'on en soupçonne l'existence.

Il n'est guère possible, en effet, de formuler à ce propos les objections si souvent renouvelées au sujet de l'appendicite. La péritonite par perforation, dans la fièvre typhoïde, n'est qu'exceptionnellement circonscrite et, par conséquent, capable de guérir sans opération; dans l'immense majorité des cas, elle est d'emblée diffuse et ne peut se terminer que par la mort, si l'on n'intervient pas chirurgicalement; la seule chance de salut réside donc dans une opération aussi rapide que possible, et il faut ignorer les résultats obtenus pour refuser cette chance à des malades fatalement voués à la mort.

I

Sans vouloir faire ici en détail l'historique du traitement chirurgical des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde, il nous paraît indispensable de signaler les principales étapes qu'a parcourues cette question.

Six ans après le travail dans lequel M. von Leyden préconisa pour la première fois le traitement opératoire des péritonites par perforation typhoïdique de l'intestin, Louis, en 1890, dans un mémoire (1) qui nous paraît être le premier travail d'ensemble sur ce sujet, réunissait 12 cas publiés jusqu'à cette époque. L'année suivante, M. Van Hook (2) arrivait à un total de 19 observations; en supprimant les faits douteux, il réduisait ce nombre à 12, avec 11 morts et une seule guérison.

Après M. Lejars (3) qui, en 1896, a groupé 25 cas avec 6 guérisons, dont 3 peuvent prêter à discussion, MM. Monod et Vanverts (1) n'ont encore pu réunir que 27 observations suffisamment démonstratives et 12 faits douteux ou contestables.

(1) C. Louis. De la laparotomie dans la péritonite par perforation au cours de la fièvre typhoïde. (*Progrès méd.*, 27 déc. 1890, p. 512.)

(2) W. Van Hook. Laparotomy for intestinal perforation in typhoid fever, with the report of a successful case. (*Med. News*, 21 nov. 1891, p. 591.)

(3) Lejars. (*Presse méd.*, 1er janv. 1896, note de la p. 2.)

M. Keen (2), en 1898, a publié une statistique de 83 cas opérés, et, deux ans plus tard, le même auteur (3) a pu, en ajoutant 75 observations nouvelles, porter à 158 le nombre des faits de sa statistique.

En 1900 également, M. Mauger (4) réunit 107 cas, éliminant, pour insuffisance de renseignements ou erreurs probables de diagnostic, 19 autres observations publiées antérieurement.

A partir de cette époque le nombre des interventions a considérablement augmenté et les travaux consacrés au traitement chirurgical des perforations typhoïdiques de l'intestin se sont rapidement multipliés, plus spécialement en Amérique, où la question semble avoir tout particulièrement préoccupé les esprits.

Parmi les nombreuses publications faites depuis trois ans sur ce sujet, nous devons mentionner principalement, en 1901, les mémoires de MM. Loison (5), Osler (6), Russell (7), la thèse de M. Junqua (8); en 1902, les observations de MM. Taylor (9), LeConte (10), Armstrong (11), Shepherd (12), Lloyd et Coley (13), McCrae et Mitchell (14), la thèse de M. Pédarré (1), le travail de M. Hagopoff (2); en 1903, les mémoires de MM. Munro (3), F. T. Brown (4), Escher (5), Briggs (6), R. H. Harte (7), Elsberg (8); ce dernier, notamment, signale 131 faits nouveaux qui, ajoutés aux cas réunis par M. Keen, donnent un total de 289 observations; de son côté M. Harte dit n'avoir pas analysé moins de 332 cas. Il est probable qu'un certain nombre d'observations font double emploi dans les statistiques globales de ces deux auteurs; il est bien certain néanmoins que le chiffre total des faits publiés est actuellement assez considérable pour qu'on puisse apprécier justement les résultats opératoires, en tenant compte cependant de cette circonstance qu'il y a vraisemblablement beaucoup d'insuccès qui sont restés inédits, tandis qu'il est sans doute peu de cas de guérison qui n'aient été signalés, ce qui fausse évidemment les proportions établies dans les diverses statistiques entre les faits positifs et les faits négatifs, au point de vue des résultats de l'intervention chirurgicale dans les perforations typhoïdiques de l'intestin.

(1) Ch. Monod et J. Vanverts. Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde. (*Rev. de chir.*, mars 1897, p. 169.)

(2) W. Keen. The surgical complications and sequels of typhoid fever, based upon tables of 1700 cases compiled by the author and by Th. S. Westcott, with a chapter on the ocular complications of typhoid fever by G. E. de Schweinitz. Philadelphie, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 134.

(3) W. Keen. Surgical treatment of perforation of the bowel in typhoid fever, with a table of 158 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 janv. 1900, p. 130.)

(4) N. Mauger. La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes; son traitement chirurgical. (*Thèse de Paris*, 1900.)

(5) E. Loison. Du traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse consécutive à la perforation typhoïdique de l'intestin grêle. (*Rev. de chir.*, fév. 1901, p. 177 et *Semaine Médicale*, 1901, p. 19.)

(6) W. Osler. A plea for the more careful study of the symptoms of perforation in typhoid fever with a view to early operation. (*Lancet*, 9 fév. 1901, p. 386.)

(7) C. K. Russell. Leucocytosis and typhoidal perforation. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 avril 1901, p. 374.)

(8) F. Junqua. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris*, 1901.)

(9) H. M. Taylor. Typhoid perforation, its frequency, prognosis, diagnosis and treatment. (*New York Med. Journ.*, 1er fév. 1902, p. 193.)

(10) R. G. LeConte. Surgical remarks on typhoid perforation. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, oct. 1902, p. 279.)

(11) G. E. Armstrong. Perforation of the bowel in typhoid fever. (*Ann. of Surgery*, nov. 1902, p. 735.)

(12) F. J. Shepherd. On three cases of perforating typhoid ulcer successfully operated on. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc. 1902, p. 530.)

(13) I. H. Lloyd et Th. L. Coley. Two cases of perforation in typhoid fever with inconclusive symptoms. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, déc. 1902, p. 434.)

(14) Th. McCrae et J. F. Mitchell. Surgical features of typhoid fever. (*Amer. Medicine*, 6 et 13 sept. 1902, p. 385.)

II

Nous avons pu, pour notre part, relever 358 cas opérés, dont un personnel, en collationnant soigneusement les statistiques de MM. Mauger, Cariès (9), Junqua, Pédarré, Keen et Elsberg, de façon à éviter les doubles emplois, et en y ajoutant les faits publiés en 1902 et 1903 qui sont parvenus à notre connaissance. Cette statistique globale comprend 251 morts, ce qui correspond à une mortalité de 70.11 %, et 107 guérisons, ce qui donne une proportion de 29.88 %. Sur ces 358 observations, 49 seulement sont françaises, avec 40 morts et 9 guérisons; l'intervention chirurgicale pour perforation typhoïdique de l'intestin semble, en effet, être peu acceptée en France, et ce sont surtout les Américains qui ont pris à cœur de mettre en valeur l'importance du traitement opératoire des perforations intestinales dans la dothiénentérie.

(1) E. Pédarré. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale survenant au cours de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris*, 1902.)

(2) Hagopoff. Du diagnostic et de l'intervention sanglante dans les perforations typhiques. (*Gaz. des hôpit.*, 17 et 24 mai 1902, p. 553 et 579.)

(3) J. C. Munro. The clinical diagnosis of typhoid perforation. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 fév. 1903, p. 146.)

(4) F. T. Brown. Closure by suture of intestinal perforations complicating typhoid fever. (*Ann. of Surgery*, mars 1903, p. 381.)

(5) T. Escher. Die Behandlung der akuten Perforationsperitonitis im Typhus mittels Laparotomie und Ileostomie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1903, XI, 1, p. 104.)

(6) C. E. Briggs. Intestinal perforation during the course of typhoid fever, and its surgical aspects. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai 1903, p. 821.)

(7) R. H. Harte. 3 successful laparotomies for intestinal perforation in typhoid fever. (*Ann. of Surgery*, juillet 1903, p. 63.)

(8) Ch. A. Elsberg. The surgical features of perforation of the intestine in typhoid fever in children. (*Ann. of Surgery*, juillet 1903, p. 71.)

(9) H. Cariès. La péritonite typhique; son diagnostic et son traitement chirurgical. (*Thèse de Lyon*, 1900.)

En éliminant toutes les observations douteuses ou incomplètes, ainsi que quelques faits dans lesquels on a simplement ouvert et drainé un abcès circonscrit, nous avons réduit notre statistique à 228 cas de perforations typhoïdiques de l'intestin traitées chirurgicalement, avec 165 morts, soit 72.36 %, et 63 guérisons, soit 27.63 %. M. Keen, en 1900, sur 158 observations, indiquait une proportion de 23 % pour les succès; M. Elsberg, avec un total de 289 cas, est arrivé à une proportion de 25.9 %, et enfin M. Harte, parmi les 332 faits de sa statistique, compte 245 morts et 87 guérisons, soit une proportion de succès égale à 26.20 %.

Ces résultats sont, comme on le voit, tout à fait comparables et l'on est en droit d'en conclure que la proportion des guérisons dues à l'intervention chirurgicale dépasse certainement 25 %, même en tenant compte des insuccès non publiés, attendu que, parmi les faits qui ont pris place dans les statistiques, il en est un très grand nombre où l'opération a été pratiquée *in extremis*, de sorte que si on allégeait la mortalité post-opératoire de ces cas désespérés, cela suffirait largement à compenser les faits inédits concernant des sujets qui ont succombé, quoique opérés moins tardivement. Or, si on laisse de côté les cas exceptionnels où la réaction péritonéale reste limitée et où la perforation est susceptible de guérir spontanément ou de donner simplement lieu à une fistule, on peut dire que la mortalité, dans les faits de perforations typhoïdiques non opérées, est de 100 %; d'ailleurs, en tenant compte de ces cas exceptionnels, les auteurs les plus optimistes n'ont pu arriver à évaluer cette mortalité à moins de 90 %.

III

Dans les premiers travaux où l'on a cherché à apprécier les résultats du traitement chirurgical des perforations typhoïdiques de l'intestin, le nombre des guérisons obtenues était assez restreint pour qu'on fût en droit de discuter le principe même de l'intervention chirurgicale. Les objections principales émises à ce propos étaient relatives soit aux difficultés du diagnostic, soit aux dangers de l'intervention, soit à son inutilité, résultant de la multiplicité des perforations.

Les difficultés du diagnostic de la perforation typhoïdique sont parfois très grandes, et c'est là certainement la cause la plus fréquente de l'hésitation des médecins à faire appel au traitement opératoire; c'est également la raison du retard apporté à l'intervention, lorsqu'on songe à y avoir recours, à un moment où le chirurgien ne peut plus guère espérer un succès.

La perforation se traduit ordinairement par une douleur abdominale plus ou moins vive; lorsque cette douleur se manifeste brusquement, bien localisée, siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, au voisinage de la ligne médiane ou légèrement à droite, elle est à peu près suffisante pour permettre le diagnostic de la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, surtout s'il s'y joint de la résistance musculaire, dont la signification a en pareille matière une si grande importance. Souvent l'on voit apparaître le hoquet, des vomissements, le facies grippé, le ballonnement du ventre; en même temps, le pouls, subitement accéléré, devient petit et inégal, tandis que la température se modifie soit sous forme d'hypothermie brusque — ce qui est la règle pour M. Dieulafoy —, soit sous forme d'hyperthermie, de sorte que, en réalité, les variations de la température n'ont qu'une importance relative au point de vue du diagnostic qui nous occupe.

Il est malheureusement des cas fréquents où les symptômes sont très atténués et peuvent échapper facilement à l'observation, et en revanche on a rapporté des faits dans lesquels la laparotomie a été pratiquée, en présence de signes qui paraissaient devoir être nettement rapportés à l'existence d'une perforation, alors qu'il n'y en avait pas la moindre trace. C'est ainsi que MM. Herringham et Bowlby (1) ont communiqué à la « Royal Medical and Chirurgical Society » de Londres une observation où les symptômes, simulant absolument ceux d'une perforation, étaient simplement dus à la constipation. MM. G. Davis (2), Shattuck, Warren et Cobb (3), Rochard (4), Russell, Briggs ont également publié des cas où l'intervention a montré que la perforation diagnostiquée n'existait pas, sans que d'ailleurs l'opération ait entravé en rien la guérison.

IV

En raison de ces difficultés, on s'est demandé si la numération des globules blancs ne pouvait être utilisée pour le diagnostic de la perforation typhoïdique comme pour celui de l'appendicite aiguë (5); des observations ont été publiées à ce propos, principalement en Amérique, par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels nous devons citer MM. Russell, Taylor, Lloyd et Coley, Munro, Tilden Brown, Briggs, McReynolds (6).

Dans quelques cas, la constatation d'une augmentation notable du nombre des globules blancs, contrastant singulièrement avec l'hypoleucocytose habituelle de la fièvre typhoïde, a pu s'ajouter en temps utile aux autres symptômes de perforation.

C'est ainsi que, dans une observation de M. Russell, quatre numérations successives des globules blancs du sang ont montré une élévation du taux leucocytaire à 28,000, en même temps qu'une douleur violente se manifestait dans la fosse iliaque droite et que bientôt apparaissait à ce niveau une défense musculaire assez nette, sans qu'il y eût d'ailleurs aucune modification du pouls ni de la température; la laparotomie fut pratiquée et elle démontra l'existence d'une perforation de l'intestin, dont la suture fut suivie de guérison.

Chez un malade de M. Briggs, le nombre des leucocytes, par millimètre cube de sang, monta à 31,600, et l'opération immédiate permit de suturer une perforation.

M. Carnabel (7), dans un cas de fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, malheureusement terminé par la mort, a pu enfouir une plaque de sphacèle sur le point de se détacher, après avoir diagnostiqué l'imminence d'une perforation en raison de l'existence d'une douleur localisée, coïncidant avec une élévation brusque de la courbe leucocytaire, de 10,000 à 15,000 globules blancs.

Enfin, M. Elsberg a vu, chez un enfant de six ans et demi, opéré avec succès, la leucocytose atteindre 18,000 avant l'intervention et tomber à 9,000 dès le lendemain.

Dans un autre cas de M. Russell, où il existait seulement des signes incertains de perforation, la numération des globules blancs indiqua un chiffre oscillant entre 12,000 et 14,000, et l'opération fut différée; mais bientôt se manifestèrent tous les symptômes d'une péritonite généralisée, et l'on trouva 32,000 globules blancs; l'intervention ne réussit pas à sauver le malade. Comme on le voit, la leucocytose, en se manifestant tardivement, se montra symptomatique de la péritonite généralisée, et ne servit pas à déceler à temps la perforation.

D'autres observations, parmi celles où l'examen du sang a été pratiqué, semblent prouver également que l'hyperleucocytose n'apparaît pas assez rapidement pour permettre le diagnostic précoce de la perforation.

Dans un fait de M. Briggs, alors qu'on constatait tous les signes d'une perforation typhoïdique de l'intestin, le taux leucocytaire était seulement de 4,460. Dans une autre observation relatée par le même auteur, le nombre des leucocytes atteignait 9,200 au moment où se manifestèrent les symptômes de la perforation; une heure plus tard, cependant, il montait à 13,000, puis, après une demi-heure, à 13,200. L'ascension du taux leucocytaire se produisit donc, mais elle se produisit lentement, et si l'on avait attendu davantage pour intervenir, il est probable que le patient aurait été opéré trop tard pour pouvoir guérir.

D'autre part, il y a des cas où l'augmentation de la leucocytose a pu induire le chirurgien en erreur, en faisant croire à une perforation qui n'existait pas, sans que d'ailleurs l'erreur ait été préjudiciable aux opérés, qui ont tous guéri. Dans une observation de M. Russell, notamment, on avait constaté 17,000 globules blancs, et la laparotomie permit seulement de découvrir dans la région iléo-cæcale deux ganglions hypertrophiés. Chez un autre malade du même auteur, indépendamment d'une douleur localisée dans la région iliaque droite, avec défense musculaire, la numération des globules blancs indiqua un taux leucocytaire variant entre 14,500 et 16,000, ce qui correspondait à une augmentation notable, en raison de l'hypoleucytose de la fièvre typhoïde; or, M. Garrow, qui intervint chirurgicalement, ne trouva ni perforation, ni péritonite. Il en fut de même dans un cas de M. Briggs et dans un de M. Hamilton (1); la leucocytose avait atteint respectivement, chez ces 2 malades, 14,000 et 15,100, et cependant l'opération montra qu'il n'y avait pas de perforation de l'intestin.

En résumé, d'après l'ensemble des observations où la numération des globules blancs du sang a été faite, on peut conclure que la leucocytose est inconstante dans la perforation intestinale et n'apparaît souvent que très tardivement, alors que la péritonite est généralisée; il faut par conséquent ne lui attribuer qu'une importance secondaire, au point de vue de l'indication opératoire, puisque l'absence de leucocytose ne donne pas le droit d'éliminer l'idée de perforation, et que, inversement, une augmentation du nombre des globules blancs du sang peut se produire sans que l'intestin soit perforé.

Ainsi que nous l'avons montré pour les perforations expérimentales de l'intestin (2), on ne doit donc pas attendre qu'une augmentation notable du taux leucocytaire vienne se joindre aux autres signes de la péritonite généralisée pour penser à la possibilité d'une perforation typhoïdique de l'intestin et pour tenter une intervention qui peut seule sauver le malade. En raison des difficultés du diagnostic précoce des perforations intestinales, on a ouvert et on ouvrira encore des ventres sans trouver la perforation dont on soupçonnait l'existence; mais on n'aura jamais à regretter en pareil cas une laparotomie exploratrice, attendu qu'il n'y a pas de fait publié où la mort ait été la conséquence

(1) W. P. HERRINGHAM et A. A. BOWLBY. A case of typhoid fever with symptoms suggesting perforation, for which laparotomy was performed, but without discovery of a lesion. (*Proceed. of the Royal Med. and Chir. Soc. of London*, 1896-97, IX, p. 42-47, et *Lancet*, 30 janv. 1897, p. 312.)

(2) G. G. DAVIS. Perforation in typhoid fever from an operative standpoint, with a report of cases. (*University Med. Magazine*, 1901, XIII, p. 171-179.)

(3) G. B. SHATTUCK, J. C. WARREN et F. COBB. A study of 24 cases of typhoid fever with symptoms of peritoneal infection; laparotomy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 juin 1900, p. 677.)

(4) ROCHARD. (*Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 26 déc. 1900, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 7.)

(5) MAURICE CAZIN. Des indications opératoires fournies par l'examen du sang dans l'appendicite à chaud. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 361.)

(6) R. P. MCREYNOLDS. (*Ann. of Surgery*, juillet 1903, p. 131.)

(7) CARNABEL. Suture de l'intestin pour perforation pendant la fièvre typhoïde. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucharest*, mars-avril 1903, p. 22.)

(1) HAMILTON. (*Montreal Med. Journ.*, XXX, 1901, p. 93.)

(2) MAURICE CAZIN. Recherches expérimentales sur la leucocytose dans les contusions et les plaies de l'abdomen. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 351.)

d'une semblable erreur de diagnostic, alors que nombreux sont les cas où le chirurgien a pu regretter de n'avoir pas opéré en temps utile, le plus souvent, d'ailleurs, parce que le médecin n'avait pas fait appel assez tôt à son intervention.

V

En ce qui concerne les dangers de l'intervention chirurgicale au cours de la fièvre typhoïde, indépendamment des faits dans lesquels, en l'absence de perforation, la laparotomie est restée exploratrice et a constamment été suivie de guérison, il suffit de quelques exemples pour montrer quelle peut être la force de résistance des malades atteints de perforation intestinale :

M. Cushing (1), en 1898, a relaté l'observation d'un malade chez lequel, au cours d'une fièvre typhoïde, trois laparotomies furent pratiquées en quinze jours, les deux premières pour perforation de l'intestin et la troisième pour occlusion intestinale par adhérences; le patient a guéri.

MM. H. P. Hawkins et E. O. Thurston (2) ont signalé, l'année suivante, le cas d'un enfant de onze ans qui guérit, après cent quatorze jours de maladie, ayant subi, au quarante-deuxième jour d'une fièvre typhoïde grave, une laparotomie pour perforation intestinale, traitée par la suture, et ayant ensuite présenté successivement un phlegmon parotidien, une double otite moyenne et une arthrite purulente du genou.

M. Finney (3) a observé une guérison après suture d'une perforation typhoïdique de l'intestin, suivie d'une otite moyenne, d'une pleurésie sèche et de thrombose fémorale. Le même auteur, dans un autre fait cité par M. Keen (4), a vu guérir également un malade qui, vingt-deux jours après la suture d'une perforation intestinale, dut être opéré à nouveau pour une obstruction intestinale.

De leur côté, MM. Heurteaux et Waquet (5) ont eu aussi l'occasion d'opérer avec succès un patient, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, d'abord pour une péritonite généralisée par perforation d'un diverticule de Meckel, et quatre jours plus tard pour des phénomènes d'occlusion intestinale due à des adhérences.

VI

Enfin, ainsi que nous l'avons dit, les adversaires du seul traitement rationnel de la perforation typhoïdique de l'intestin déclarent l'intervention chirurgicale inutile en raison de la multiplicité fréquente des perforations. A cette objection il est facile de répondre tout d'abord que, d'après les statistiques, cette multiplicité ne se rencontre que dans un nombre assez restreint de cas. Sur 94 observations réunies par M. Mauger, 9 fois seulement on a observé des perforations multiples; d'après M. Keen, 82 fois sur 100 la perforation serait unique. Dans un fait inédit qui nous est personnel, nous avons trouvé quatre perforations dont la suture a augmenté évidemment la gravité de l'opération, en prolongeant notablement sa durée. Mais, à côté des faits malheureux où les perforations étaient multiples, M. Price (1), dans deux cas, MM. Anderson et Power (2), M. Harte, M. Escher ont obtenu la guérison malgré la multiplicité des perforations suturées.

M. Routier (3), M. Armstrong (4), Brun (5), M. Morestin (6), ont vu, après l'opération, de nouvelles perforations être la cause de la mort à échéance plus ou moins longue. En revanche, dans le cas cité plus haut, M. Cushing a guéri un enfant chez lequel deux perforations successives avaient nécessité deux laparotomies, suivies bientôt d'une troisième intervention pour occlusion intestinale.

D'ailleurs, ainsi que M. Loison le fait observer avec raison, la crainte des perforations successives ne saurait être considérée comme un argument contre l'intervention chirurgicale, attendu que dans le cas où l'état général du malade semblerait s'opposer à une seconde opération, ou bien si une perforation nouvelle passait cliniquement inaperçue, cet accident présenterait, en raison du drainage large de la cavité péritonéale, moins de danger que si l'irruption du contenu de l'intestin se produisait en cavité close, et les matières auraient ainsi la chance de s'écouler au dehors.

VII

Devant les résultats connus, qui, ainsi que nous l'avons dit, correspondent à 107 guérisons dans notre statistique globale, et à 63 guérisons dans notre statistique restreinte, il ne semble guère possible de discuter la légitimité de l'intervention chirurgicale dans la perforation typhoïdique de l'intestin, et il ne paraît pas que le médecin, instruit de la possibilité d'une guérison opératoire dans ces cas que l'abstention voue à une terminaison fatale, agisse suivant sa conscience en refusant à un malade la seule chance de salut, si minime qu'elle puisse être, que lui donne une intervention rapide.

Etant admis le principe de la nécessité d'une intervention chirurgicale qui constitue le seul traitement rationnel de la perforation typhoïdique de l'intestin, on peut se demander s'il convient d'opérer immédiatement, dès que le diagnostic de perforation est posé, et sans se préoccuper du shock primitif qui accompagne souvent les premiers signes de la perforation, ou s'il faut au contraire, comme MM. Platt (7), Keen, Loison, Erdmann (8) l'ont conseillé, attendre que le malade soit un peu remonté.

On a invoqué à ce propos des statistiques d'après lesquelles les guérisons seraient plus nombreuses pour les cas opérés entre la treizième et la vingt-cinquième heure après la perforation que pour ceux où l'on est intervenu dans les douze premières heures. C'est ainsi que M. Platt, en analysant 69 observations avec indication du moment précis de l'opération, a constaté que la proportion des guérisons opératoires, qui était de 23 % pour les douze premières heures, s'élevait à 34.6 % pour les douze heures suivantes; mais, comme M. Loison l'a fait observer, M. Platt comprend dans sa statistique les péritonites partielles tout comme les péritonites diffuses, et aussi les péritonites dans les fièvres typhoïdes ambulatoires.

Dans notre statistique restreinte, le moment précis de l'opération n'est mentionné que pour 48 cas heureux; or la laparotomie a été suivie de guérison après avoir été pratiquée 23 fois dans les douze premières heures, 15 fois seulement dans les douze heures suivantes, 6 fois au deuxième jour et 4 fois au troisième jour.

Lorsque le shock est insignifiant, il est bien certain qu'il n'y a aucune raison pour différer l'intervention et qu'il est tout à fait suffisant d'utiliser le temps nécessaire aux préparatifs pour relever les forces du malade par des injections d'éther, de caféine, et surtout de sérum physiologique à hautes doses. Quand, au contraire, les phénomènes de shock sont très accentués et tendent à se prolonger, malgré les stimulants, on peut dire avec M. Briggs que le danger résultant de la généralisation de l'infection dépasse de beaucoup le bénéfice que l'on pourrait espérer en différant l'intervention jusqu'à ce que l'état du patient soit amélioré.

D'ailleurs, dans la pratique, il est malheureusement très exceptionnel que le chirurgien soit appelé dès l'apparition des signes de perforation; le plus souvent, il ne jugera donc pas à propos de différer davantage l'intervention, pensant avec raison que le plus tôt sera le mieux.

Dès le premier symptôme alarmant, le médecin doit céder la place au chirurgien, comme s'il s'agissait d'une hernie étranglée, sans perdre un temps précieux à appliquer un traitement médical illusoire; les chances de guérison par l'opération diminuent rapidement, en effet, à mesure que l'on s'éloigne du début des accidents, puisque, sur 48 malades sauvés par l'intervention, nous venons de voir que 38 avaient été opérés dans les vingt-quatre premières heures, et 10 seulement après ce délai.

Malgré cela, lorsque le chirurgien est appelé tardivement, nous pensons que, même dans le cas en apparence le plus désespéré, il ne doit pas s'abstenir, à moins qu'il ne soit en présence d'un agonisant. Il ne faut pas oublier que, quarante-huit heures après les premiers signes de la perforation, on a vu l'intervention suivie de guérison, malgré la diffusion de la péritonite. C'est ainsi que M. Cardi (1) a rapporté une observation de péritonite généralisée par perforation typhoïdique de l'intestin chez une fillette de treize ans, dont l'état pouvait être considéré comme désespéré, et qui fut opérée quarante-huit heures après que la perforation s'était établie; la perte de substance, qui siégeait sur l'iléon à 10 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, put être rapidement suturée, et cette jeune fille guérit très simplement.

De même M. Depage (2) obtint un beau succès en opérant une femme de quarante-deux ans, pour une perforation au troisième jour; il fit une résection en v de la portion de l'intestin sur laquelle se trouvait la perte de substance et ferma la plaie intestinale au moyen d'une suture à deux plans; il dut ensuite, pour réduire l'intestin distendu, pratiquer des ponctions capillaires; la malade, dont l'état avait paru désespéré, s'est parfaitement rétablie.

VIII

Un certain nombre de chirurgiens, notamment MM. Curtis (3), Chaput (4), Depage, Escher,

(1) H. W. Cushing. Laparotomy for intestinal perforation in typhoid fever; a report of four cases, with a discussion of the diagnostic signs of perforation. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, nov. 1898, p. 257-269.)

(2) H. P. Hawkins et E. O. Thurston. A case of typhoid fever of unusual duration; perforation of cæcum and peritonitis; operation; recovery. (*Lancet*, 14 oct. 1899, p. 1004.)

(3) J. M. T. Finney. The surgical treatment of perforating typhoid ulcer. (*Ann. of Surgery*, mars 1897, p. 233-269.)

(4) W. Keen. Surgical treatment of perforation of the bowel in typhoid fever, with a table of 158 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 janv. 1900, p. 130.)

(5) N. Mauger. (*Loc. cit.*, p. 112.)

(1) J. Price. Surgery for typhoid perforations. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, 1896, p. 184-194 et *Med. and Surg. Reporter*, 7 nov. 1896, p. 577-582.)

(2) Winslow Anderson et H. D'Arcy Power. An interesting case of intestinal perforation in typhoid fever complicated by appendicitis; operation; recovery. (*Pacific Med. Journ.*, oct. 1902, p. 585.)

(3) Routier *in* Dieulafoy. De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 27 oct. 1896.)

(4) Armstrong. (*Montreal Med. Journ.*, 1897.)

(5) Brun. Traitement chirurgical des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. (*Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 25 nov. 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 487.)

(6) Morestin *in* N. Mauger. (*Loc. cit.*, p. 104.)

(7) J. Platt. The operative treatment of typhoid perforation of the intestine, with a report of three cases, one successful. (*Lancet*, 25 fév. 1899, p. 57.)

(8) J. F. Erdmann. The treatment of some of the surgical complications in typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 18 avril 1903, p. 678.)

(1) G. Cardi. Peritonite da perforazione nella tifoide; laparotomia e guarigione. (*Clinica moderna*, 24 avril 1901, p. 137.)

(2) Depage. Intervention chirurgicale pour perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde; guérison. (*Journ. de chir. et Ann. de la Soc. belge de chir.*, nov. 1902, p. 170.)

(3) H. J. Curtis. The surgical treatment of perforated typhoid ulcer. (*Lancet*, 17 janv. 1903, p. 199.)

(4) Chaput. Perforations de l'intestin grêle, typhiques ou autres. (*Gaz. des hôpit.*, 22 janv. 1903, p. 77.)

ont eu recours à l'analgésie locale pour éviter les inconvénients de l'anesthésie générale à des patients déjà affaiblis. M. Curtis a spécialement insisté sur les avantages de l'anesthésie locale, au point de vue de la laparotomie exploratrice, dans les cas où le diagnostic de la perforation est incertain.

Dans la majorité des faits, le chloroforme ou l'éther a été employé, et il ne semble pas que les chirurgiens soient prêts à renoncer aux avantages de l'anesthésie générale dans la laparotomie, surtout lorsque celle-ci doit être complétée par un grand lavage du péritoine. D'ailleurs, le plus souvent quelques gouttes de chloroforme suffisent à produire le sommeil, et, si l'opération est rapidement conduite, la quantité d'anesthésique absorbée pourra être relativement minime.

En ce qui concerne le siège de l'incision, les avis sont partagés, les uns préférant l'incision médiane, parce qu'elle rend les manœuvres sur l'intestin plus aisées et permet l'évacuation facile des liquides péritonéaux (Monod et Vanverts), les autres préconisant la laparotomie latérale pratiquée dans la fosse iliaque droite, de façon à se rapprocher du siège des perforations qui, comme on le sait, se trouvent ordinairement sur la portion terminale de l'iléon, plus rarement sur l'appendice, sur le côlon ou le cæcum.

Sur 332 observations analysées par M. Harte, le siège de l'incision a été indiqué seulement 219 fois : sur ces 219 opérations, on a fait 123 fois la laparotomie latérale, 96 fois la laparotomie médiane.

Pour la recherche de la perforation, tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité d'une exploration méthodique, en partant du cæcum, que l'on examine tout d'abord, ainsi que l'appendice, pour inspecter ensuite le segment terminal de l'iléon, où l'on rencontrera généralement le point perforé, dans les 50 derniers centimètres.

Au point de vue du traitement de la perforation, la majorité des chirurgiens a eu recours à la suture à la Lembert, au moyen de fils de soie et non de catgut; celui-ci, en effet, se résorbe trop vite et, dans plusieurs cas, on a pu constater que la suture avait cédé.

Quelques opérateurs ont cru devoir au préalable pratiquer l'abrasion des bords de la perforation ou même une résection de la zone ulcérée; cette manœuvre ne semble pas nécessaire et ne peut qu'allonger inutilement la durée de l'intervention.

En raison de la friabilité très grande des tuniques de l'intestin, au voisinage de la perte de substance, on doit placer les fils à une certaine distance des bords de la perforation, de sorte que celle-ci se trouve enfouie dans un pli de l'intestin; deux rangées de suture à points séparés assureront le plus souvent une occlusion parfaite. Cependant, dans un cas où la friabilité de l'intestin était telle que la suture lui parut impossible, M. Legueu (1) eut recours à la greffe épiploïque en recouvrant la perforation à l'aide de l'épiploon fixé par des points séro-épiploïques; une fistule stercorale se produisit au cinquième jour, pour se fermer spontanément au bout de vingt jours, et la guérison fut obtenue.

M. Escher, considérant la suture comme indiquée seulement dans un nombre restreint de cas, préconise, après Thompson (2), une méthode qu'Allingham (3) a mise en pratique, sans succès d'ailleurs, chez un de ses malades, et qui consiste à suturer la perforation aux lèvres de l'incision abdominale, de façon à abréger l'opération et à supprimer en même temps tout danger d'occlusion par paralysie intestinale. En raison des succès déjà nombreux qui sont à l'actif de la suture primitive des perforations, il ne semble pas qu'il y ait lieu de préférer à celle-ci l'iléostomie, en tant que méthode générale de traitement.

Dans certains faits où il existe des pertes de substance d'une étendue telle que la suture ne peut plus être appliquée, la résection d'un segment d'intestin peut paraître nécessaire, mais comme cette opération est longue et détermine certainement un shock grave, il semble préférable, pour les cas non justiciables de la suture, d'avoir recours à la greffe épiploïque, comme l'a fait M. Legueu et comme le préconise M. LeConte. De même, lorsqu'on trouve sur un segment intestinal des ulcérations multiples en voie de perforation, au lieu d'exposer le patient aux dangers d'une résection, il sera plus prudent de disposer autour de l'anse malade des lanières de gaze qui l'isoleront de la grande cavité péritonéale et limiteront ainsi l'infection. C'est ce que M. LeConte a fait avec succès dans un cas où il existait, sur l'iléon, le cæcum et une partie du côlon ascendant, cinq ou six taches du diamètre d'une olive, avec un noyau central de gangrène noirâtre; toute cette portion de l'intestin fut entourée de gaze et, trente-six heures plus tard, il se fit, à travers la plaie abdominale, une véritable débâcle de pus et de matières fécales; la fistule stercorale guérit en quatre semaines.

Après avoir suturé la perforation et s'être assuré qu'il n'existe pas d'autres points perforés ou sur le point de l'être, on procède à un grand lavage de la cavité abdominale avec la solution saline chaude, dans tous les cas — de beaucoup les plus fréquents — où il s'agit d'une péritonite généralisée et où l'on n'a pas à craindre, par conséquent, la diffusion des matières septiques. M. Briggs conseille cette irrigation complète et prolongée du péritoine, même lorsqu'il n'y a pas eu d'extravasation du contenu intestinal, considérant l'action stimulatrice du lavage chaud comme tout aussi utile après les opérations exploratrices où l'on n'a pas trouvé de perforation. Ainsi que nous l'avons dit déjà, l'irrigation prolongée du péritoine est une des raisons qui nécessitent l'anesthésie générale.

Il est superflu d'ajouter qu'un large et efficace drainage doit être établi dans différentes directions au moyen de gros tubes, qui assureront l'écoulement facile des liquides. On appliquera d'ailleurs à ce propos, de même que pour les soins consécutifs, les règles usuelles en matière de péritonite généralisée, sans qu'il y ait rien de spécial à signaler pour ce qui concerne la péritonite par perforation typhoïdique de l'intestin.

Dr Maurice Cazin (de Paris).

(1) Ce fait, communiqué avec un second cas à la Société de chirurgie de Paris, a été rapporté par M. Lejars dans la séance du 26 décembre 1900.

(2) J. E. Thompson. (*Med. Chronicle*, sept. 1885.)

(3) H. Allingham. (*Brit. Med. Journ.*, 17 mars 1894, p. 578.)

MÉDECINE PRATIQUE

La colite muco-sanguine, ou fausse dysenterie des pays chauds, et son traitement.

Si les grands pays civilisés d'Europe ne se trouvaient situés, sauf en cas de guerres coloniales, hors de la zone géographique où règnent les dysenteries et les inflammations graves du tube digestif, il y a longtemps qu'un Congrès international de médecins autorisés se serait réuni dans le but d'étudier les diverses infections entériques. Et, dès le début, ce congrès se serait trouvé en face de la difficulté suivante : trouver une définition exacte du mot dysenterie.

Pour beaucoup de cliniciens, il y a dysenterie dès que les selles renferment du mucus et du sang. Cette conception est évidemment trop compréhensive : s'il fallait la pousser à ses dernières conséquences, on en arriverait à donner le nom de dysenterie aux phénomènes de rectite ou de colite hémorrhagiques qu'on voit survenir, par exemple, au cours des rétrécissements du rectum.

D'autre part, nombre de travaux publiés en Europe sur la dysenterie sont basés sur des observations de malades ayant eu, sans doute, des semaines ou des mois auparavant, une violente inflammation du gros intestin, alors qu'ils étaient dans les colonies, mais qui n'ont plus guère, à leur arrivée en Europe, que des ulcérations ou des rétrécissements cicatriciels du gros intestin. Ces lésions peuvent être consécutives à une inflammation aiguë; toutefois, à ce moment-là, elles ne sont pas plus de la dysenterie qu'un vieux rétrécissement de l'urèthre n'est une blennorrhagie aiguë.

Laissant de côté les diarrhées des pays chauds, dont une seule variété, le *sprue*, mériterait un article à part, je crois — après dix-sept ans de pratique coloniale, aux Antilles d'abord, puis en Chine — qu'il y a lieu de distinguer, dans ce groupe d'affections intestinales : 1° la dysenterie vraie; 2° la dysenterie fausse ou colite muco-sanguine; 3° les ulcérations et autres altérations chroniques du gros intestin, consécutives à l'un ou l'autre de ces deux états morbides aigus.

I

Je ne m'attarderai pas à décrire ici la dysenterie vraie : je réserve ce nom à l'inflammation aiguë du rectum, puis de l'S iliaque, survenant brusquement, chez un individu en bonne santé, sans cause connue, sans diarrhée ni embarras gastrique antérieurs, et atteignant dès le premier jour toute son acuité, sinon toute sa gravité. Au début, le malade, tourmenté par l'irritation du rectum, pourra avoir une selle supplémentaire; mais après on ne verra plus rien que des « crachats intestinaux » et du sang dans le vase de nuit; ces glaires sanguinolentes ne dégagent qu'une odeur fadasse et ne sentent pas mauvais. Cette vraie dysenterie a été trop bien étudiée par nos auteurs classiques pour que j'entre dans le détail des symptômes. Parmi les descriptions que je connais, je goûte particulièrement celles de Trousseau et de Dujardin-Beaumetz : ces deux auteurs insistent avec raison sur le fait que les malades, malgré leurs besoins impérieux, sont en réalité *constipés*, qu'ils n'excrètent que des glaires et du sang et non pas des matières fécales; enfin, que la guérison suit de très près la diarrhée bilieuse provoquée à l'aide de l'ipéca et des purgatifs doux.

En dehors des épidémies survenant en campagne et frappant des soldats déjà épuisés par des privations de toutes sortes, je considère que la dysenterie vraie prise à temps, c'est-à-dire avant le troisième jour, comporte un pronostic peu grave et que le médecin, non seulement peut la guérir, mais encore doit la guérir rapidement. L'ipéca, bien employé, agit d'une manière si souveraine qu'il est inutile de chercher à lui susciter des rivaux, tels que l'ailante glanduleux, par exemple. L'emploi de l'ipéca à la brésilienne est connu partout; toutefois, comme en pays tropicaux la racine moisit et se détériore vite, j'emploie ordinairement le vin d'ipéca de la pharmacopée britannique, à la dose de 10 à 20 gouttes toutes les deux heures et même toutes les heures, jusqu'à l'apparition des nausées, que je cherche à obtenir une fois par jour. On suspend alors la médication pendant six à huit heures, pour donner du repos à l'estomac, bien que les nausées ne durent guère plus d'une heure ou deux. Je profite de cette suspension de l'ipéca pour faire administrer du petit-lait renfermant 15 à 20 grammes de manne, tout en respectant le sommeil du patient. Après un, deux ou au plus trois jours de ce traitement, une diarrhée bilieuse s'affirme, le ténesme diminue puis cesse, le mucus et le sang se font plus rares et finalement disparaissent. Dès le quatrième jour dans les cas heureux, traités de bonne heure, le malade est déjà en bonne voie de convalescence.

II

Si je me suis un peu étendu sur quelques symptômes de la dysenterie vraie, c'est que je tenais à dire comment cette affection se comporte d'ordinaire, et de nos jours, en Extrême-Orient. On saisira mieux ainsi ce que sont les dysenteries fausses ou colites muco-sanguines, qui sont confondues avec la dysenterie vraie dans les travaux de la plupart des auteurs, et qui sont bien autrement compliquées et dangereuses.

Dans les deux affections, on trouve du mucus et du sang en quantité variable dans les selles. Mais dans la dysenterie vraie ce signe est à lui seul un diagnostic; dans la dysenterie fausse, au contraire, les selles glaireuses et sanguinolentes contiennent plus ou moins des matières fécales et n'ont plus qu'une valeur symptomatique. Il y a quelque part, dans le rectum, l'S iliaque ou le côlon, un foyer d'inflammation, et le médecin doit, avant tout traitement, rechercher les circonstances génératrices de ce trouble. Dans la dysenterie vraie, l'inflammation du rectum et de l'S iliaque constitue un phénomène primitif, débutant avec la maladie elle-même et causé probablement par l'entrée de germes pathogènes dans l'anus, pendant le bain quotidien; dans les fausses dysenteries, les selles muco-sanguinolentes sont toujours un phénomène secondaire; elles apparaissent après une diarrhée ou un embarras gastrique durant depuis quatre jours au moins, et plus souvent depuis huit à dix jours. Quelle que soit la cause initiale du désordre, la pathogénie de la colite muco-sanguine demeure toujours la même et se résume en peu de mots : *contact trop prolongé de matières fécales anormales ou infectieuses avec la surface muqueuse du gros intestin.*

En somme il y a, comme on le voit, *constipation* dans la dysenterie vraie, *diarrhée* dans la fausse.

Voici comment se présentent, en clinique, les fausses dysenteries :

Dans le cas le plus fréquent, il s'agit d'un Européen résidant depuis peu dans les colonies. A la suite d'un refroidissement, d'un écart de régime ou de toute autre cause banale, il est atteint d'une diarrhée fort bénigne qu'un simple purgatif guérirait au début. Malheureusement, ce nouveau débarqué est imbu d'idées ayant cours et raison d'être en Europe, et il ne songe tout d'abord qu'à « couper » sa diarrhée à l'aide de bismuth, de laudanum, de chlorodyne, d'élixir parégorique, etc. Il réussit ainsi à arrêter le flux intestinal pendant douze, dix-huit et même vingt-quatre heures, puis la diarrhée revient; le malade, encouragé par une première apparence de succès, reprend son laudanum et son bismuth. Cependant la langue se sèche, l'appétit disparaît, un état semi-fébrile se déclare et, après quelques jours, le patient fait enfin appel au médecin, parce qu'il voit ses selles se teinter de sang et se couvrir de mucus. On constate alors du ballonnement du ventre; la peau est sèche, les mains sont chaudes, les selles très fétides. Tout ceci provient de ce fait, dont les causes nous sont encore inconnues, à savoir que dans les pays chauds les selles fermentent très rapidement dans l'intestin, et que supprimer la diarrhée à l'aide d'astringents ou de médicaments tels que le laudanum et la chlorodyne, qui paralysent les mouvements de l'intestin, c'est, à proprement parler, enfermer le loup dans la bergerie et donner le temps à des matières fécales altérées et fermentées d'attaquer la muqueuse du canal intestinal qui les emprisonne. En pareille occurrence, tout médecin ayant exercé dans les colonies prescrira d'abord un purgatif destiné à nettoyer l'intestin; l'huile de ricin (30 à 40 grammes) est employée dans la généralité des cas.

On rencontre, surtout à la fin de la saison chaude, un autre groupe de malades qui présentent les mêmes symptômes de diarrhée rebelle avec sang et mucus, à la suite d'un embarras gastrique occasionné par les chaleurs et aggravé par l'insistance des sujets atteints à manger quand même, sans appétit, « pour soutenir leurs forces » comme ils disent. J'ai eu plusieurs fois à lutter contre des diarrhées rebelles provenant de cette seule cause, c'est-à-dire d'un estomac digérant mal, rejetant dans l'intestin des matières dont ce dernier organe ne peut achever la digestion et qui se comportent ensuite comme des corps étrangers irritants dès qu'ils pénètrent dans le gros intestin.

Pour les malades de ce groupe, bien des journées d'hôpital seraient évitées s'ils avaient eu la sagesse de se soumettre tout au début à deux ou trois jours de repos et de diète presque absolue. Au commencement la limonade lactique agit, dans les faits de ce genre, presque aussi favorablement que dans la diarrhée verte infantile.

Enfin, dans beaucoup de cas, la colite muco-sanguine est le résultat d'une diarrhée infectieuse d'emblée. Introduits dans l'organisme avec les aliments ou les boissons, les germes morbides portent successivement leur action du haut jusqu'en bas du tube digestif; frappant d'abord l'estomac et déterminant de l'embarras gastrique, ils irritent ensuite l'intestin grêle, provoquent des diarrhées fétides et corrosives et finalement leur séjour prolongé dans le gros intestin enflamme cet organe, dont la participation au mal général ne tarde pas à se révéler par la présence de sang et de mucus dans les selles et par une douleur à la pression au niveau de l'S iliaque et du côlon descendant.

Ces cas sont beaucoup plus difficiles à guérir que la dysenterie vraie : non seulement l'ipéca est ici de peu de valeur, mais encore nous connaissons à peine les germes producteurs de ces diarrhées infectieuses. Le laboratoire ne fournit aucun élément de diagnostic différentiel et, au point de vue clinique, il n'existe parmi ces infections intestinales qu'une seule forme, appelée en Extrême-Orient *sprue* et dans l'Inde *hill diarrhaea*, qui présente des caractères spécifiques suffisamment tranchés pour pouvoir prétendre à une existence autonome et à un nom à part. Et, fait curieux, ce terrible *sprue*, qui ne guérit guère en Extrême-Orient (1) et qui irrite si fortement tout le tube digestif depuis les lèvres, la langue et l'œsophage jusqu'à l'anus, provoque rarement une colite assez accentuée pour faire apparaître du sang et du mucus dans les garde-robes. Quant aux autres symptômes qui permettent au praticien, ayant exercé longtemps dans les colonies, de se reconnaître parmi les diverses diarrhées infectieuses non classées encore (aspect des selles, leur odeur, etc., etc.), les différences entrevues sont trop peu sensibles pour pouvoir être précisées.

III

Il s'agit toutefois de guérir ces colites muco-sanguines. Pour toutes, quelle qu'en soit l'origine, un purgatif s'impose dès le début; dans la plupart des cas, ce purgatif devra être renouvelé plus d'une fois. Le premier jour je prescris en général l'huile de ricin; mais si la langue est très sale, l'embarras gastrique accentué, un purgatif salin répondra mieux aux indications. Il semble préférable de réserver le calomel pour une deuxième ou troisième purgation.

Parmi les désinfectants intestinaux, je n'ai guère eu à me louer aux colonies de ceux qu'on emploie volontiers en Europe : le salol, le salicylate de bismuth, le benzonaphtol, etc., se sont trop souvent refusés à accomplir la tâche que je leur demandais. A ces médicaments je préfère : 1° le thé de cannelle; 2° l'acide salicylique (2 ou 3 cachets de 0 gr. 30 centigr. par jour) et enfin 3° le naphtol β, lequel ne peut être malheureusement utilisé quand le ténesme anal et les autres symptômes de rectite sont à leur maximum.

En outre, je puis recommander, contre les diarrhées infectieuses, les pilules suivantes, très connues en Orient :

Pelletiérine	0 gr. 10 centigr.
Pulpe de myrobolans indiens	7 — 50 —
Extrait de racine de grenadier	1 — 50 —
Conserves de roses.........	1 — 50 —
Gomme arabique pulvérisée	0 — 75 —

Mêlez et F. S. A. 36 pilules.

A prendre : 3 pilules trois fois par jour (le matin, à midi et le soir). Pendant le traitement, qui ne doit pas durer plus de quatre ou cinq jours, il faut s'abstenir absolument de lait et de ses dérivés, tels que beurre, farine lactée, etc.

Ces pilules sont réservées aux cas légers et douteux, tant que le patient ne veut pas abandonner son travail ou qu'on n'a pu voir les selles. Comme traitement d'attente, elles m'ont donné des résultats très satisfaisants et m'ont permis de guérir nombre de malades. Néanmoins, si après quatre jours de traitement actif et un jour de repos la guérison n'est pas obtenue, inutile de continuer : il faut maintenir le sujet au lit et employer des moyens plus puissants.

Parmi ceux-ci, j'ai — de même que tous mes confrères de Chine — une prédilection marquée pour le « traitement du docteur Rheins », lequel est en quelque sorte classique à l'Hôpital général de Shanghaï. Il y a peut-être des puérilités dans ce traitement, car son inventeur n'était qu'un empirique sans instruction médicale, gagnant sa vie avec son secret, qu'il rendit public à son lit de mort. Tel qu'il est, toutefois, ce traitement a sauvé la vie à tant de patients que les médecins de Shanghaï n'ont rien voulu y modifier. Voici essentiellement en quoi il consiste :

Le malade ayant pris dans la matinée une cuillerée à bouche d'huile de ricin restera à jeun jusqu'au soir; à ce moment, il pourra faire un léger repas (bouillon de poulet, œuf à la coque), puis, vers neuf heures, il absorbera un grand verre à boire de la décoction suivante :

Ecorce de simarouba (1)...	60 grammes.
— de cannelle........	30 —
Eau.........................	2.500 —

Faire réduire jusqu'à 2,000 ou même 1,750 grammes; ajouter 3 grandes cuillerées d'eau-de-vie.

L'usage de ce remède sera continué les jours suivants à la dose de 4 grands verres par vingt-quatre heures (à huit heures du matin, à midi, à quatre heures et à neuf heures du soir); en cas d'évacuations sanglantes, on peut ajouter, au dernier verre de décoction de la journée, de 15 à 20 gouttes de laudanum. Si, vers le second jour, le patient a des nausées et des vomissements — ce qui serait un signe favorable —, on suspend l'administration de la décoction et on donne une cuillerée d'huile de ricin. On espace d'ailleurs les doses quand l'amélioration survient; dans la convalescence, une nouvelle prise d'huile de ricin sera indiquée si trente-six heures se sont passées sans qu'il y ait eu de selle.

Pendant toute la durée du traitement, le malade ne prendra comme boisson que de l'eau de riz, coupée *ad libitum* avec un tiers de lait *frais;* comme nourriture, il ne recevra que du

(1) Je dois dire ici que j'ai réussi à guérir le dernier cas de *sprue* observé par moi au début de l'année, un cas très net et très virulent, par de la levure de bière à haute dose (4 à 5 cuillerées à café par jour). Dès le quatrième jour la bouche n'était plus douloureuse et tout fut heureusement terminé en moins de trois semaines.

(1) On se rappelle qu'un confrère allemand exerçant au Venezuela, M. le docteur L. Köhler (de Caracas), a obtenu de bons effets de l'écorce de simarouba, soit seule, soit associée à divers autres médicaments (écorce de grenadier, bois de campêche), contre la dysenterie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 308). — N. D. L. R.

bouillon de poulet, des œufs à la coque, un peu de pain rassis et de volaille bouillie.

IV

Il ne me reste plus qu'à dire quelques mots des altérations du gros intestin consécutives soit à la dysenterie vraie, soit aux diverses variétés de colite muco-sanguine. A examiner le patient plusieurs semaines après la disparition des accidents aigus, il est difficile, en l'absence d'anamnestiques bien précis, de reconnaître exactement quelle était la maladie primitive. A défaut de renseignements positifs, la limitation des lésions au rectum et à l'S iliaque devrait faire croire à une dysenterie vraie; si, au contraire, tout le côlon descendant se montrait sensible à la pression et induré à la palpation, on penserait plutôt qu'il y a eu antérieurement colite muco-sanguine. Les symptômes sont connus : les ulcérations amènent dans les selles du pus souvent teinté de sang, et les cicatrices qui se rouvrent si fréquemment pour redevenir ulcérations sont responsables de l'extrême sensibilité de l'intestin, qui décourage les malades à force de récidives.

Au point de vue pratique, il suffit de se souvenir que ces patients n'ont plus la dysenterie; que leur affection est locale et doit être traitée, j'allais dire pansée, localement.

Le régime alimentaire est connu : lait, œufs, riz, purée de lentilles, etc., bref tout ce qui se digère facilement, laisse peu de résidu et n'est pas de nature à échauffer ou à irriter mécaniquement le gros intestin. Dans ces limites, je suis partisan d'un régime assez large et varié, disputant le malade à l'anémie. Par la bouche, pas d'autre médicament que du sous-nitrate de bismuth destiné simplement à saupoudrer l'intestin et à le mettre le plus possible à l'abri des contacts nuisibles; en outre, quelques purgatifs doux destinés à nettoyer l'intestin tous les trois ou quatre jours.

Par contre, la plus grande attention doit être apportée à des lavements *soigneux* et *réguliers* qui font ici l'office de pansement. Quel que soit le lavement choisi — les formules abondent dans les recueils spéciaux —, il faut se rappeler que le rectum absorbe activement et se méfier des agents trop actifs tels que l'acide phénique, le sublimé ou les nouveaux sels organiques d'argent. Dans les cas où je désire une désinfection énergique, je préfère encore la solution de nitrate d'argent, de 0.65 à 1 ‰.

Depuis quelques années, j'emploie presque exclusivement le traitement local suivant :

Après une selle, on fait un grand lavage du gros intestin à l'eau boriquée chaude; ce lavement rendu et le malade reposé, on administre un nouveau lavement chaud d'un demi-litre, suivant la formule que voici (1) :

Sous-nitrate de bismuth.. } Salicylate de bismuth.... }	ãã 10 grammes.
Gomme adragante........	1 gramme.
Eau distillée..............	500 grammes.

Ce second lavement doit être conservé dans l'intestin le plus longtemps possible. Parfois il est bon de donner une heure auparavant 10 à 15 gouttes de laudanum; cette précaution, combinée avec un repos absolu pendant deux ou trois heures, permet le plus souvent de garder le mélange. On répète l'administration du remède au maximum tous les deux ou trois jours; dans l'intervalle, on fait de simples lavages boriqués. Dans des cas légers, j'ai vu les ulcérations disparaître après un seul ou deux lavements.

Dr Ed. H. Blanc (de Shanghaï).

(1) La préparation de ce lavement nécessite quelques précautions : on prendra d'abord 10 grammes de sous-nitrate de bismuth qu'on pulvérisera avec soin; on ajoutera 1 gramme de gomme adragante et 10 grammes de salicylate de bismuth; on mêlera et on broyera le tout une nouvelle fois dans un mortier. Il faut ajouter alors 75 grammes d'eau et, plus tard seulement, lorsque le mélange est reposé, compléter le lavement avec les 425 grammes d'eau nécessaires, puis filtrer sur mousseline.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 29 décembre 1903 et 5 janvier 1904.

De l'alimentation des enfants pendant les deux premières années.

M. Budin communique, en son nom et au nom de M. Planchon, le résultat de ses recherches sur l'alimentation des enfants jusqu'à la fin de la deuxième année. 95 % environ des enfants qui ont été présentés depuis 1892 aux diverses « Consultations de nourrissons » successivement dirigées par l'orateur ont pris au sein de leur mère tout ce qu'il était capable de produire; lorsque les indications fournies par la balance ont montré que la quantité de lait maternel était insuffisante, on a eu recours à l'allaitement mixte.

Quant à l'allaitement artificiel, il n'a guère été employé que dans la proportion de 5 % des cas, ce mode d'alimentation, pratiqué immédiatement après la naissance, étant considéré par M. Budin comme difficile et dangereux. Lorsque, au bout de plusieurs mois, les enfants pèsent de 5 à 6 kilos et qu'il y a lieu de les allaiter artificiellement, on doit leur donner environ le 1/10 du poids du corps, c'est-à-dire 100 grammes par kilogramme, d'un lait pur, stérilisé au bain-marie, contenant à peu près 38 grammes de beurre par litre.

Au cours de la deuxième année, on pourra faire prendre aux enfants, outre le lait, des soupes préparées avec du lait, dans les proportions qui viennent d'être indiquées. Le bouillon a été proscrit parce qu'il est peu nourrissant, et parce qu'il offre, de plus, l'inconvénient de déterminer parfois des garde-robes fétides. Les œufs n'ont pas non plus été conseillés, beaucoup d'enfants ne les supportant pas.

Grâce à ce régime alimentaire, tous les accidents imputables à la suralimentation (troubles digestifs, gastro-entérites, etc.) ont été évités. D'autre part, il n'a été observé aucun cas de scorbut infantile.

Sur 712 nourrissons soumis à ce régime alimentaire et présentés depuis le mois de mars 1898 à la consultation de la Clinique Tarnier, la mortalité n'a été que de 46 ‰ par an, tandis qu'elle est de 178 ‰ pour la ville de Paris. En outre, aucun enfant de la consultation n'a succombé à des infections du tube digestif, alors que dans la ville ces affections ont une mortalité de 65 ‰, et la mortalité par affections pulmonaires a été de 17 ‰ au lieu de 32 ‰ en ville.

Traitement des affections de l'oreille, et en particulier du vertige auriculaire, par la rachicentèse.

M. Babinski lit, sur les bons effets de la ponction lombaire dans les affections de l'oreille (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 138), un travail dont voici le résumé :

Des trois symptômes essentiels des affections de l'oreille, le vertige, le bourdonnement et la surdité, c'est assurément le premier qui est le plus souvent et le plus notablement influencé par la rachicentèse. Sur 32 malades atteints de vertige auriculaire, 11 seulement ont été ponctionnés sans succès; dans les 21 autres cas le résultat a été très net et parfois tout à fait remarquable.

Le symptôme bourdonnement est plus rebelle au traitement que le vertige; de 90 sujets atteints de bourdonnement, il n'y en a guère que 30 qui aient été guéris ou améliorés.

Enfin, la surdité est, plus encore que les bourdonnements, réfractaire à la ponction lombaire : ce n'est que dans le septième des cas environ que cette petite opération a été utile à ce point de vue.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 décembre 1903.

Nouveaux faits sur les rayons *n* d'origine physiologique.

M. A. Charpentier adresse une note relative à ses recherches sur la production des rayons de Blondlot par l'organisme normal.

Il en résulte d'abord que l'émission de ces radiations est bien indépendante de tout phénomène thermique, car des animaux à sang froid (grenouilles), maintenus à une température inférieure à celle du laboratoire, émettent des rayons *n*.

La contraction d'un tendon n'augmente pas la production de ces radiations au niveau du tendon lui-même, mais elle l'accroît aux points d'insertion de ce tendon ainsi que des parties osseuses comprimées, ce qui tient vraisemblablement à la richesse de ces régions en terminaisons nerveuses. L'auteur a pu en effet constater que la compression d'un nerf élève le pouvoir qu'a ce nerf d'aviver la luminescence.

Enfin, l'état d'activité d'un centre nerveux se traduit par une émission particulièrement intense de rayons de Blondlot; c'est ainsi que le renflement cervical de la moelle détermine un éclairement très marqué de l'écran quand l'individu en expérience remue les membres supérieurs; de même on parvient à localiser le centre de Broca en faisant parler le sujet soit à voix haute, soit à voix basse; pour les autres centres psychomoteurs (écriture, mouvements des membres supérieurs), les résultats sont moins nets.

Action du radium sur les différents tissus.

M. J. Danysz envoie une note dans laquelle il expose les résultats de ses nouvelles recherches concernant les effets du radium sur les tissus.

Il a pu se convaincre que l'intensité de ces effets augmente avec la pureté du produit et avec la durée du temps d'exposition. C'est ainsi que des souris, placées dans une cage au-dessous d'un tube contenant 0 gr. 050 milligr. de bromure de radium pur, ont eu, vingt jours après une exposition de quatorze heures, de l'alopécie et une dermite assez grave sur la tête et le dos; après une exposition de vingt-quatre heures, les animaux, qui avaient présenté les mêmes accidents que précédemment, sont morts paralysés au bout de trente-deux jours; la mort est survenue au vingt-deuxième jour à la suite d'une exposition de quarante-huit heures. L'examen microscopique des centres nerveux des animaux morts paralysés ne révèle que des lésions d'hémorrhagie, sans altération appréciable de l'élément noble.

Avec un tube renfermant un mélange à parties égales de chlorure de radium et de chlorure de baryum, on peut obtenir les mêmes résultats, mais plus lentement.

Les effets du radium étant plus intenses chez les animaux jeunes que chez les adultes, cette circonstance explique l'action en quelque sorte spécifique du radium sur les néoplasmes qui peuvent être atteints et profondément modifiés à travers la peau et une couche de muscle, sans que ces derniers tissus soient attaqués d'une façon appréciable.

Détermination du minimum perceptible et de la durée de la perception lumineuse chez les personnes dont la vue est affaiblie.

M. S. Durand adresse une note dans laquelle il préconise, pour déterminer le minimum perceptible chez les personnes dont la vue est affaiblie, l'usage d'une flamme dont l'intensité peut varier, et que l'on diminue jusqu'à ce que le sujet en expérience ne l'aperçoive plus : ce point marque le minimum de la lumière perceptible.

Le même moyen peut servir à déterminer la durée de la perception lumineuse. L'auteur a pu ainsi constater que, pour des impressions courtes, la durée de la perception est proportionnelle à l'intensité lumineuse, ce qui revient à dire que l'œil se fatigue d'autant moins vite que l'intensité lumineuse est plus grande.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 23 et 30 décembre 1903.

Traitement des fractures du membre inférieur.

M. Lucas-Championnière. — L'appareil de M. Hennequin a sur tous les autres une supériorité incontestable : c'est qu'il laisse les articulations libres et assure ainsi une souplesse parfaite au membre; je crois qu'il est applicable à toutes les variétés de fractures du fémur, sauf aux fractures immédiatement sus-

condyliennes et aux fractures du col. Pour ces dernières, d'ailleurs, je ne place aucun appareil et laisse rapidement le malade se lever; j'estime qu'il faut s'abstenir surtout de toute traction intempestive, nuisible à l'engrènement des fragments.

Quant aux appareils de marche, je n'ai pas d'expérience personnelle à leur sujet; en tous les cas, ils immobilisent le membre bien plus que ne le fait l'appareil de M. Hennequin, dont l'application est très simple et qui me paraît voisin de la perfection.

M. Quénu. — Même dans les fractures du col, j'ai recours à l'appareil de M. Hennequin pendant quinze ou vingt jours, et j'en ai toujours obtenu de bons résultats, fût-ce chez des individus très âgés. En effet, l'extension continue, qui est le meilleur traitement à opposer aux traumatismes de la hanche, ne peut être appliquée à ces malades dans la position horizontale ou inclinée; or, l'appareil de M. Hennequin a précisément l'avantage de leur permettre de s'asseoir dans leur lit, tout en leur laissant le bénéfice de l'extension continue.

M. Routier. — Je crois qu'il y a quelque exagération à dire que l'appareil de M. Hennequin conserve aux articulations une souplesse parfaite; j'ai observé pour ma part une ankylose du genou dans un cas où notre confrère avait lui-même appliqué son appareil. Je n'en suis pas moins très partisan de cet appareil, qui me fournit d'excellents résultats.

En ce qui concerne les fractures du col, je n'applique aucun appareil et je n'hésite pas à faire marcher les malades du second au septième jour, en les avertissant qu'ils boiteront.

M. Michaux. — Depuis quinze ans que j'emploie l'appareil de M. Hennequin, je n'ai jamais observé les ankyloses dont vient de parler M. Routier.

Quant aux fractures du col, je pense, comme M. Quénu, qu'on peut les traiter par l'appareil de M. Hennequin, tout aussi bien que les fractures ordinaires; on en obtient d'excellents effets, notamment au point de vue de la disparition de la douleur.

M. Broca. — Je traite également les fractures du col par l'appareil de M. Hennequin, qui donne des résultats parfaits dans la majorité des cas.

Résection de la tête humérale avec interposition musculaire pour ankylose de l'épaule.

M. Nélaton. — M. Coville (d'Orléans) nous a envoyé une observation d'ankylose de l'épaule, consécutive à un traumatisme, au sujet de laquelle je dois vous présenter un rapport. Notre confrère a pratiqué une résection économique de la tête humérale, et a terminé son opération en interposant entre la cavité glénoïde et l'extrémité supérieure de l'humérus une bandelette musculaire empruntée au deltoïde. L'intervention date actuellement de six mois et les mouvements passifs de l'épaule, sinon les mouvements actifs, sont très suffisamment étendus, ainsi que vous pouvez en juger d'après les photographies que je mets sous vos yeux.

M. Delorme. — D'après ces photographies, on peut se demander si les mouvements d'élévation du membre supérieur se passent réellement dans l'articulation scapulo-humérale.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion de pratiquer cette année une résection de l'épaule pour une ankylose consécutive à une luxation méconnue de l'épaule. J'ai dû faire une résection assez large de l'extrémité supérieure de l'humérus pour obtenir une mobilité suffisante, et je ne crois pas, contrairement à M. Coville, qu'il y ait un intérêt quelconque à s'efforcer de faire, dans les cas de ce genre, une résection aussi économique que possible. Lorsque mon opéré a quitté l'hôpital, son membre supérieur se mouvait dans d'assez bonnes conditions.

M. Quénu. — J'ai pratiqué, comme M. Routier, des résections très larges pour des luxations anciennes de l'épaule, et je n'ai pas eu des résultats aussi satisfaisants que celui dont notre collègue vient de parler.

M. Delbet. — Je n'ai jamais pu obtenir, malgré les résections les plus larges, dans des cas de luxation ancienne de l'épaule, des mouvements étendus du membre supérieur, surtout en ce qui concerne l'abduction et la rotation.

M. Nélaton. — D'après les renseignements fournis par M. Coville, il est certain que sa malade n'a pas d'ankylose de l'épaule; le résultat obtenu par notre confrère doit donc être considéré comme bon, sinon comme parfait.

Cholédocotomie suivie de suture.

M. Michaux. — Je dois vous faire un rapport à propos d'un cas de cholédocotomie pour obstruction calculeuse des voies biliaires, qui nous a été communiqué par M. Baillet (d'Orléans). Notre confrère avait pratiqué la suture du cholédoque après avoir enlevé un calcul; le résultat immédiat fut excellent, mais les accidents d'obstruction des voies biliaires se reproduisirent huit jours après cette première opération, et il fallut intervenir une deuxième fois; le cholédoque fut ouvert à nouveau et des débris de calcul purent être extraits par la plaie du canal; pendant les jours suivants, on vit encore s'éliminer de petits calculs, et peu à peu le cours normal de la bile se trouva rétabli.

Pour ma part, j'ai pu, dans 12 cas, faire la suture du canal cholédoque, après m'être assuré soigneusement de sa perméabilité, et les résultats ont été très satisfaisants; j'ai d'ailleurs toujours laissé un drainage de sûreté, et dans 4 cas il s'est produit une fistule momentanée. Je crois qu'il n'y a guère lieu de renoncer à la suture que dans les cas où la bile est septique.

M. Quénu. — L'observation de M. Baillet vient tout à fait à l'appui de ma manière de voir, au sujet des avantages de la cholédocotomie sans suture; il est certain que, si notre confrère avait laissé le cholédoque ouvert, les calculs auraient pu s'éliminer spontanément à la suite de la première intervention, et il n'aurait pas eu besoin de pratiquer une deuxième opération.

M. Schwartz. — Je suis absolument de l'avis de M. Quénu; j'ai suturé le cholédoque dans un cas, et j'ai observé des accidents; depuis j'ai toujours fait la cholédocotomie sans suture et mes malades s'en sont bien trouvés.

M. Hartmann. — Ainsi que MM. Quénu et Schwartz, je considère la suture du cholédoque comme absolument inutile, attendu que les plaies longitudinales de ce canal se cicatrisent spontanément avec la plus grande facilité.

Corps étranger bronchique.

M. Walther. — M. Djémil-Pacha (de Constantinople) nous a envoyé une observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'un enfant de six ans, qui, huit jours après avoir avalé un porte-crayon, eut des crises de suffocation assez inquiétantes. En raison de la disparition du murmure vésiculaire du côté droit, notre confrère, qui n'avait pu faire radiographier le petit malade, pensa que le corps étranger était arrêté dans la bronche droite. Une trachéotomie inférieure le fit en effet découvrir à 5 centimètres au-dessous de la fourchette du sternum et permit de l'extraire; la canule fut retirée au quatrième jour et l'enfant quitta l'hôpital, six jours plus tard, parfaitement guéri.

M. Sébileau. — La trachéotomie pour extraction de corps étrangers doit à mon avis — à moins de complications opératoires — être une trachéotomie temporaire; la suture immédiate de la trachée est donc indiquée dans la majorité des cas.

M. Walther. — Je crois au contraire qu'il est plus prudent de laisser une canule pendant quelques jours, quand — comme chez le petit malade de M. Djémil-Pacha — la trachée a été assez longtemps irritée.

Occlusion intestinale due à un diverticule de Meckel, ayant nécessité cinq interventions.

M. V. Pauchet (d'Amiens). — Chez une jeune fille atteinte d'accidents aigus d'occlusion, je découvris à la laparotomie une coudure de l'iléon, à 25 ou 30 centimètres du cæcum, déterminée par un diverticule de Meckel qui paraissait chroniquement enflammé; je réséquai ce diverticule et refermai le ventre. Quatre jours après, je dus pratiquer, pour de nouveaux signes d'occlusion, un anus artificiel, que j'établis au niveau de l'anse afférente trouvée dilatée à la première intervention. Une entérorrhaphie latérale, au bout de deux mois, débarrassa la malade de sa fistule, mais, quinze jours plus tard, il me fallut rétablir l'anus artificiel. Enfin, trois mois s'étant écoulés sans accidents, j'ai libéré l'anse fistulisée et l'ai abouchée très simplement dans le cæcum. Depuis lors les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

Anévrysme diffus poplité.

M. Legueu. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Le Fort (de Lille). Il s'agit d'un cas d'anévrysme diffus du creux poplité, consécutif à un coup de feu. Notre confrère, qui fut appelé à intervenir deux mois après l'accident, découvrit un orifice qu'il prit pour l'orifice artériel et dont il pratiqua la suture avec trois ou quatre points de catgut, après en avoir avivé les bords. En faisant le pansement, huit jours plus tard, il constata l'existence d'une nouvelle tumeur anévrysmale. Le malade anesthésié, il retrouva ses points de suture, qui avaient parfaitement tenu. Il se décida alors à réséquer les vaisseaux poplités, et c'est seulement après l'opération qu'en étudiant la pièce enlevée, il put se rendre compte que la suture, qu'il croyait artérielle, avait été faite sur la gaîne vasculaire, et que, en réalité, il avait laissé béante une plaie portant à la fois sur l'artère et la veine.

Migration cutanée des calculs biliaires.

M. Michaux. — M. Mordret fils (du Mans) nous a adressé une observation dont j'ai à vous rendre compte. Notre confrère a été appelé à donner ses soins à une femme de quarante ans, atteinte d'une tumeur de la paroi abdominale au sujet de laquelle on avait porté le diagnostic de fibro-lipome. Au cours de l'opération, M. Mordret a constaté que cette tumeur n'était pas limitée à la paroi, mais qu'elle se prolongeait dans la cavité abdominale jusqu'à la vésicule biliaire, à laquelle elle faisait suite et qui renfermait plusieurs calculs. Il s'agissait donc d'un cas de migration cutanée de calculs biliaires.

J'ai eu moi-même l'occasion d'observer un cas analogue, dans lequel j'ai fait l'ablation de la vésicule calculeuse. M. Mordret s'est contenté de pratiquer la cholécystostomie, et je crois qu'il aurait été préférable de faire la cholécystectomie, pour mettre plus sûrement la malade à l'abri d'une récidive ultérieure.

Appendicite herniaire.

M. Walther. — Je dois vous présenter un rapport sur un cas d'appendicite dans un sac herniaire, chez un enfant de treize mois, qui nous a été communiqué par M. Baillet (d'Orléans). Le petit malade fut amené à notre confrère dans un état général très mauvais, avec arrêt des matières et irréductibilité de la hernie, d'où le diagnostic de hernie inguinale étranglée. Le sac ouvert, M. Baillet y trouva la terminaison de l'iléon et une partie du cæcum, avec un gros ganglion entre les deux; on pensa aussitôt à une appendicite; en soulevant un peu le cæcum, l'appendice fut mis en évidence; il était en effet atteint d'inflammation aiguë, et on en fit la résection. Il existait évidemment de la paralysie intestinale d'origine péritonitique, et c'est ainsi qu'on avait pu croire à un étranglement herniaire.

M. Faure lit un rapport sur un cas de restauration de la lèvre inférieure, traité par M. Morestin, après ablation d'un vaste angiome, à l'aide d'un procédé spécial d'autoplastie.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 9 et 16 décembre 1903.

Inoculation de la syphilis aux singes anthropoïdes.

M. Lassar. — Ayant pu me procurer un chimpanzé mâle, âgé de quatre ou cinq ans, je lui ai inoculé sous la peau, en divers points de la face, des parcelles de chancre induré et de la sérosité chancreuse; ces matières provenaient d'un jeune homme qui avait contracté la syphilis à la suite d'un tatouage; il n'avait jamais été traité et présentait, outre son chancre, des

accidents secondaires qui ne laissaient aucun doute sur le diagnostic.

Les petites plaies d'inoculation se cicatrisèrent, mais, au quatorzième jour, deux d'entre elles, situées au-dessus du sourcil droit, s'indurèrent et prirent l'aspect typique de chancres syphilitiques; une troisième ulcération semblable apparut peu après au front, sur la ligne médiane. Enfin il se fit une éruption d'éléments arrondis, à bords légèrement saillants, à centre quelque peu déprimé, les uns érosifs, les autres cornés, disposés en groupes dans les régions palmaires, plantaires et anale; en même temps le poil de l'animal s'éclaircissait en divers points. Je dois ajouter que l'examen histologique de l'une des plaies du front a révélé des altérations des artères cutanées superficielles analogues à celles qui caractérisent le chancre syphilitique de l'homme (processus d'endo et de périartérite avec épaississement des parois artérielles et infiltration de l'adventice).

J'ai également inoculé le 1er décembre un orang-outang à la verge avec un chancre syphilitique non traité; actuellement (16 décembre) il y a seulement un début de lésion au niveau de la plaie d'inoculation, qui avait tout d'abord cicatrisé (1).

M. Friedenthal dit avoir inoculé, au mois d'août 1901, un chimpanzé et un gibbon avec la sérosité provenant d'un chancre induré; localement ces inoculations ne produisirent rien, mais plus tard apparut chez les deux animaux une éruption vésiculeuse avec adénopathie, symétrique dans un cas. Les deux singes moururent l'un au vingt-cinquième jour, l'autre au trente-cinquième, et l'autopsie révéla la présence d'un ver dans l'épaisseur de la peau de l'un de ces animaux, notamment au niveau des vésicules.

Bien que ce parasite n'ait pas pu être décelé chez le second singe, l'orateur n'hésite pas à lui attribuer l'origine de l'éruption cutanée obtenue dans cette expérience; c'est là une cause d'erreur dont doivent tenir compte les auteurs qui se livrent à des expériences analogues.

Pouvoir bactéricide du radium.

M. Caspari rend compte des recherches qu'il a faites avec M. Aschkinass, concernant l'action bactéricide des rayons de Becquerel. Les rayons α sont seuls actifs à ce point de vue; leur puissance bactéricide est considérable, mais les expériences sur des animaux infectés au moyen de bacilles de la tuberculose, de la diphtérie ou du charbon, et auxquels on injectait ensuite des solutions radio-actives de sels de baryum, n'ont pas donné de résultat; l'infection diphtérique ou charbonneuse était arrêtée, il est vrai, mais les animaux succombaient soit à l'effet toxique du baryum sur le cœur, soit aux phénomènes de nécrose qui survenaient au point d'injection; quant à la tuberculose, bien que l'action locale du traitement paraisse favorable, elle n'en aboutit pas moins à une généralisation mortelle.

L'orateur pense qu'en raison de la puissance destructrice considérable des rayons de Becquerel sur les tissus, les substances radio-actives donneront peut-être de bons effets contre les tumeurs malignes; les essais faits jusqu'à ce jour sont toutefois contradictoires.

Sur la transformation de l'albumine en sucre chez les diabétiques.

M. Kraus fait observer que l'on admet que les diabétiques graves — à savoir ceux dont la glycosurie est hors de proportion avec la quantité d'hydrocarbonés ingérés — fabriquent du sucre aux dépens de l'albumine; toutefois, étant donnée la polyphagie des diabétiques et la difficulté qu'on éprouve à les rationner, on peut se demander si ces malades n'absorbent pas en cachette des aliments sucrés ou féculents susceptibles d'expliquer le taux de leur glycosurie. Pour élucider ce point, l'orateur a fait des expériences sur de jeunes chats rendus diabétiques par l'administration de phlorizine : il a pu constater ainsi que les réserves de glycogène de ces animaux n'auraient pu fournir tout le sucre qu'ils éliminaient; on doit donc bien admettre la possibilité de la production de sucre aux dépens de l'organisme.

Dr Villaret.

(1) MM. E. Metchnikoff et E. Roux viennent de faire connaître (*Ann. de l'Institut Pasteur*, déc. 1903) qu'ils sont parvenus à transmettre la syphilis à un chimpanzé mâle au moyen de produits syphilitiques recueillis sur le chimpanzé femelle précédemment inoculé par eux avec succès (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 247 et Annexes, p. CXLI) : deux inoculations, l'une à la verge avec de la sérosité provenant du chancre au quarante-cinquième jour, l'autre à la cuisse avec les matières de raclage d'une syphilide papulo-squameuse, ont toutes deux donné naissance au bout de trente-cinq jours à un chancre induré; malheureusement l'animal est mort un mois et demi après l'apparition de ces lésions, sans avoir présenté d'accidents secondaires. — N. D. L. R.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 21 décembre 1903.

Influence du climat d'altitude et du climat marin sur l'organisme.

M. A. Löwy fait une communication dans laquelle il soutient que le climat d'altitude a pour effet d'augmenter le nombre des mouvements respiratoires et des battements cardiaques et d'accroître les échanges organiques. Cette action, qui est due non tant à la dépression atmosphérique qu'à l'intensité lumineuse, à la ventilation, aux conditions thermiques, etc., est temporaire et prend fin au bout de quelques jours. On constate en outre une néoformation active du sang, qui, elle, est exclusivement due à la dépression barométrique et par suite persiste aussi longtemps que le séjour en montagne.

Au bord de la mer, les modifications physiologiques sont les mêmes, ainsi que l'orateur a pu s'en convaincre avec M. Fr. Müller, à cela près que l'action sur l'hématopoïèse fait naturellement défaut, puisqu'il n'y a pas diminution de la pression atmosphérique.

M. Max Salomon dit n'avoir pas constaté sur lui-même, ni sur d'autres personnes, à une altitude de 1,800 mètres, dans l'Engadine, l'augmentation de nombre des respirations, dont vient de parler M. Löwy.

M. A. Plehn déclare que, lors de son séjour au Cameroun, une tentative d'ascension dans les montagnes de cette région, avec l'aide de nègres de la côte, dut être abandonnée, la plupart de ces noirs ayant été pris d'accidents d'œdème pulmonaire dès qu'ils parvinrent à une altitude de 2,000 mètres environ. Il s'agissait là, pour l'orateur, de phénomènes analogues au mal de montagne; celui-ci, en effet, ne serait pas dû, d'après M. Plehn, à des troubles cardiaques, mais bien à une exsudation de sérosité dans les bronchioles (1).

L'orateur ajoute qu'un sanatorium ayant été ultérieurement construit à 3,000 mètres d'altitude, il a pu constater, chez les sujets hospitalisés — la plupart atteints de cachexie palustre — non une augmentation, mais bien une diminution de l'hémoglobine.

M. Kraus confirme le fait que le climat de montagne est, en général, défavorable dans les anémies graves.

M. Lindemann est d'avis que l'air marin est plus excitant encore que le séjour en montagne; l'action excitante du sel qu'il contient en explique les effets. Aussi les stations maritimes sont-elles contre-indiquées pour tous les malades ayant tendance aux hémorrhagies, notamment aux hémoptysies.

M. Zuntz croit, comme M. Löwy, que le climat marin et le climat de montagne ont tous deux pour effet une exagération des échanges nutritifs, mais ils agissent sans doute par un mécanisme différent.

Multiplicité des tumeurs malignes chez le même sujet.

M. Litten relate l'observation d'une femme de soixante-treize ans, qui présentait deux tumeurs malignes sans relation l'une avec l'autre : à savoir un mélanosarcome de la choroïde et un petit adénosarcome de la vésicule biliaire. La tumeur oculaire était la première en date, et cependant, d'après l'orateur, elle ne pouvait être considérée comme l'origine du néoplasme abdominal, les métastases hépatiques — quand elles existent — étant massives dans les cas de ce genre.

Dr Villaret.

(1) Dans une note adressée à l'Académie des sciences de Paris (28 décembre 1903), M. le professeur Kronecker (de Berne) conclut que le mécanisme des accidents du mal de montagne tient à la stagnation du sang dans le poumon; la pression du sang étant très faible dans les vaisseaux de cet organe, un faible changement dans la pression de l'air inspiré peut produire des perturbations considérables dans le cours du sang. Les sujets atteints du mal de montagne sont dans un état analogue à celui des malades qui ont une insuffisance mitrale. — N. D. L. R.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le cathétérisme des voies respiratoires après la trachéotomie pour croup.

Dans 4 cas de trachéotomie pour croup, où le processus morbide s'étendait aux ramifications bronchiques, de sorte que les accès de dyspnée se reproduisaient assez fréquemment après l'intervention, M. le docteur K. D. Koltchevsky (médecin militaire russe) eut recours, pour prévenir l'asphyxie, au procédé suivant :

Dès que l'on voyait survenir, chez les petits malades, une crise de dyspnée à laquelle il était impossible de remédier par un simple nettoyage de la canule, on retirait celle-ci de la trachée et on introduisait à travers la plaie une sonde rigide (n° 16 de la filière Charrière), en ayant soin de la pousser à une profondeur d'environ 18 centimètres, de manière à la faire pénétrer dans la ramification droite ou gauche de la trachée; on imprimait ensuite au cathéter quelques mouvements rapides de va-et-vient, en évitant de grands efforts, afin de ne pas déchirer le tissu pulmonaire. Sous l'influence de cette manœuvre, le petit patient commençait à mieux respirer, l'air passant à travers la sonde elle-même, et, aussitôt celle-ci enlevée, l'enfant rejetait dans un accès de toux des membranes épaisses et d'aspect fibrineux.

Parfois, la simple introduction du cathéter dans la trachée suffirait pour amener une violente quinte de toux avec expulsion de fausses membranes, et la respiration redeviendrait normale, sans qu'il fût nécessaire de pousser profondément la sonde dans les voies aériennes.

Traitement du goitre exophtalmique par l'extrait testiculaire.

Partant de l'hypothèse, admise par nombre d'auteurs, que la sécrétion de l'ovaire déterminerait une hypersécrétion thyroïdienne et exercerait ainsi une action fâcheuse sur l'évolution du goitre exophtalmique, M. le docteur G. Lloyd Roberts (de Carnarvon) a eu l'idée de neutraliser en quelque sorte la sécrétion ovarienne par l'administration de substance testiculaire. Dans un premier cas, notre confrère avait commencé par faire prendre à sa malade, durant plusieurs mois, de l'extrait ovarien à la dose quotidienne de 0 gr. 75 centigr., sans qu'il se fût manifesté le moindre changement. L'opothérapie testiculaire ayant alors été substituée à l'administration d'extrait ovarien, il se produisit une amélioration très sensible au bout de quatre semaines : la dose prescrite, de 0 gr. 50 centigr. par jour au début, avait progressivement été augmentée jusqu'à 1 gramme. Deux autres basedowiennes, également soumises sans résultat appréciable au traitement ovarien, furent elles aussi considérablement améliorées par l'opothérapie testiculaire. Enfin, chez 2 malades ayant reçu d'emblée de l'extrait testiculaire, la tachycardie, le tremblement, l'hyperexcitabilité nerveuse et l'exophtalmie s'amendèrent notablement sous l'influence du traitement, mais celui-ci ne parut guère modifier l'hypertrophie thyroïdienne, bien qu'il eût été poursuivi pendant six mois consécutifs.

L'emploi de la photothérapie contre le torticolis spasmodique.

Dans 2 cas de torticolis spasmodique portant principalement sur les muscles innervés par le nerf spinal (sterno-cléido-mastoïdien et trapèze), M. le docteur M. N. Joukovsky, privat-docent de neurologie et de psychiatrie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, a obtenu d'excellents résultats en soumettant les malades à l'action d'un bain photothermique, qui comprenait quarante-huit lampes à incandescence, l'intensité lumineuse de chacune d'entre elles étant de dix bougies. Les séances duraient vingt minutes; elles furent répétées d'abord tous les jours, puis à intervalles plus prolongés. Dès la troisième ou la quatrième application on pouvait déjà constater une amélioration notable, et au bout de deux à trois mois la guérison était à peu près complète.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'origine sensorielle de la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête chez les hémiplégiques.

I

Depuis que le fait a été signalé par Vulpian et bien étudié par M. Prévost (1) en 1868, on sait que, dans les premiers jours qui suivent l'ictus apoplectique, on observe, chez un grand nombre d'hémiplégiques, une rotation de la tête avec déviation conjuguée des yeux, dirigées du côté sain. Dans les cas de lésion de l'isthme de l'encéphale, la déviation des yeux et la rotation de la tête peuvent avoir lieu, au contraire, du côté opposé au foyer encéphalique.

D'après M. Prévost, le phénomène est à rapprocher des mouvements de rotation ou de manège, observés chez les animaux, dans les lésions expérimentales unilatérales des centres nerveux.

Quelques années plus tard, dans une thèse consacrée à une question plus générale, M. Landouzy (2) compare le phénomène décrit par M. Prévost aux mouvements convulsifs de la tête et des yeux, survenant dans les méningites ou dans les crises d'épilepsie partielle. Ce rapprochement lui inspire la théorie qui va dominer tous les travaux ultérieurs : la déviation conjuguée est l'effet direct d'une lésion d'un centre psychomoteur de l'écorce, et le sens de la déviation diffère suivant qu'elle relève d'une paralysie ou d'une excitation du centre moteur considéré.

Trois ans après, M. Grasset, et M. Landouzy lui-même, confirment la théorie, émise d'abord comme une simple hypothèse; ils affirment l'existence d'un centre cortical commun pour les mouvements de latéralité de la tête et des yeux; ils précisent que, dans les lésions hémisphériques, la paralysie du centre crée la déviation du côté sain, son excitation la dirige du côté des membres paralysés : dans un cas, le malade regarde sa lésion, dans l'autre ses membres convulsés; l'inverse pouvant avoir lieu dans les lésions du cervelet et de la moelle allongée.

Depuis ce moment, l'interprétation de M. Landouzy et de M. Grasset, avec quelques variantes de détail, a été presque universellement adoptée; les discussions et les divergences n'ont guère porté que sur la localisation à attribuer au centre oculo-céphalo-moteur. Dans sa dernière publication à ce sujet, M. Grasset a pu écrire que, s'il persiste encore des différences d'opinion sur le siège de ce centre cortical, du moins « une chose est absolument et définitivement démontrée, c'est qu'il y a dans l'écorce une zone dont la destruction fait la déviation conjuguée des yeux du côté opposé » (3).

Dès le début, M. Landouzy et M. Grasset furent d'accord pour placer le centre oculo-céphalo-moteur dans la région du pli courbe. Pourtant les recherches physiologiques sur l'excitabilité de l'écorce démontrèrent, dès l'origine, l'existence de mouvements de la tête et des yeux par l'excitation des zones rolandiques. Charcot et M. Pitres, en 1895, dans une étude critique des faits cliniques, rejetèrent la localisation au pli courbe, pour placer le centre cherché dans la partie inférieure des circonvolutions rolandiques; la majorité des auteurs localisent ce centre à la partie inférieure de la frontale ascendante et sur le pied de la deuxième frontale.

M. Grasset est cependant resté fidèle à la localisation pariéto-occipitale, comme « source spéciale et principale d'innervation des oculomoteurs », mais tout en accordant « l'existence d'une source accessoire, plus générale, dans la région périrolandique » (1).

Les recherches physiologiques concordent à faire admettre la multiplicité des centres oculomoteurs; les plus réservés croient qu'il en existe au moins deux, l'un antérieur, rolandique, l'autre postérieur, pariétal ou occipital.

Toutefois, M. Schäfer, dès 1888, a émis l'idée que ces deux centres ne sont nullement équivalents : l'excitation du centre antérieur est immédiatement suivie de mouvements des yeux correspondants, tandis que celle du centre postérieur les provoque avec un certain retard, ce qui l'amène à penser que ces mouvements ne sont pas, comme les premiers, un effet direct de l'excitation, mais un effet réflexe, dû à la production, par l'excitation, d'images visuelles subjectives. On peut supposer, en effet, que l'excitation du centre visuel provoque de véritables hallucinations, qui attirent l'attention, plus ou moins consciente, de l'animal du côté du champ visuel dans lequel il les reporte.

L'hypothèse de M. Schäfer est devenue inutile depuis que l'on sait que la couronne rayonnante, émanée des centres sensoriels de l'écorce, renferme, côte à côte et entremêlées, des fibres centripètes sensorielles et des fibres centrifuges motrices, celles-ci destinées à réaliser les réflexes commandés par les sensations perçues. L'excitation expérimentale portant à la fois sur les fibres centripètes et sur les fibres centrifuges, celle des secondes suffit à expliquer les mouvements observés. Le rôle de ces dernières se trouve démontré par le fait que l'excitation de la substance blanche, après ablation de la substance grise, est suivie des mêmes mouvements.

Quelle que soit d'ailleurs la part qui revienne à chaque catégorie de fibres dans l'effet produit, la théorie de M. Schäfer marque un progrès important, en ce qu'elle est la première tentative de faire jouer aux centres sensoriels un rôle direct pour la production des mouvements conjugués de la tête et des yeux.

Cette pluralité des centres oculo-moteurs corticaux, admise par les expérimentateurs, a conduit les cliniciens à devenir de plus en plus éclectiques pour la localisation du centre dont la paralysie doit causer la déviation conjuguée. M. J. Roux, dans un article important (2), et plus récemment dans la thèse d'un de ses élèves (3), explique par cette pluralité les divergences des opinions émises. Pour lui, trois localisations différentes peuvent comporter la déviation conjuguée de cause hémisphérique du type paralytique : d'abord la lésion du centre antérieur, sensitivo-moteur, de la zone rolandique; en second lieu, celle de la face interne du lobe occipital au niveau du centre visuel sensorio-moteur; enfin, celle de la région du pli courbe, sur la face externe, dans la zone du langage visuel. Le rôle de cette dernière localisation serait dû à ce que les fibres de projection du centre sensorio-moteur, passant à ce niveau à faible distance de l'écorce, peuvent être facilement détruites, ou du moins intéressées, par les lésions de la surface. Bien que les fibres centripètes et les fibres centrifuges soient intimement mêlées, une lésion du pli courbe pourrait cependant paralyser les secondes sans produire d'hémianopsie, par le fait que les fibres centrifuges seraient plus sensibles que les fibres centripètes à l'action inhibitrice à distance.

Pour M. J. Roux, ces trois localisations différentes de la déviation conjuguée sont équivalentes; il ne relève entre elles aucune différence de symptomatologie ni d'évolution, malgré le mécanisme de production un peu divers qui appartient à chacune d'elles.

M. Murri est le seul qui se soit élevé contre la théorie paralytique classique; pour lui (1), la déviation conjuguée provient de l'excès d'activité du cervelet ou des centres corticaux du côté sain, mais non de la paralysie du centre céphalo-oculo-moteur du côté malade; il explique ainsi que cette déviation puisse se produire avec des lésions de sièges variés, une lésion aiguë d'une partie quelconque de l'encéphale pouvant, à son avis, provoquer l'hyperexcitation de centres éloignés. L'hyperexcitation des centres corticaux agirait en provoquant des contractures ou des contractions toniques ou cloniques, et celle du cervelet en créant de l'exagération du tonus. Il rejette toute influence de l'hémianopsie sur la production du phénomène, et il pense que, si le sens et les caractères de la déviation diffèrent dans les divers cas, c'est que cette excitation à distance des centres restés sains porte tantôt sur la région rolandique et tantôt, au contraire, sur le cervelet. La déviation conjuguée apoplectique serait le plus souvent d'origine cérébelleuse.

Enfin M. Prévost, dans un travail récent (2), accepte l'opinion de M. Landouzy et de M. Grasset, que le sens de la déviation est inverse dans les lésions paralysantes et dans les lésions excitantes; mais, pour le reste, il maintient énergiquement sa manière de voir d'il y a trente-cinq ans. Il fait bon marché des questions de localisation et il estime encore que le phénomène qu'il a décrit doit être assimilé aux mouvements de rotation et de manège, qu'il doit en être considéré comme une ébauche. Toutefois, à ses yeux, « aucune des interprétations qui ont été données jusqu'à présent, soit des mouvements de rotation, soit des déviations conjuguées des yeux de cause centrale, n'est réellement satisfaisante ».

II

La tendance générale des explications pathogéniques actuelles est de réunir en un seul groupe tous les cas de déviation conjuguée observés chez les hémiplégiques, pour les rapporter uniformément aux lésions, irritatives ou destructives, d'un centre moteur spécialisé, ou de plusieurs centres équivalents. En réalité, les faits de ce genre présentent en clinique de nombreuses dissemblances, allant bien au delà de celles qui résultent du sens de la déviation et du caractère paralytique ou spasmodique des mouvements qui la produisent. La tentative de les soumettre à une théorie synthétique, loin d'éclairer leur mécanisme de production, est une source de confusion et d'erreurs dont il importe de se dégager complètement.

L'étude attentive des faits que j'ai eu l'occasion d'observer m'a conduit à penser que le véritable progrès à réaliser dans l'étude des cas de rotation de la tête et de déviation conjuguée des yeux, plus ou moins associées l'une à l'autre, consiste à les séparer nettement en groupes naturels, à les individualiser en formes cliniques distinctes, pour n'appliquer ensuite qu'à chacune de ces dernières l'interprétation particulière qui lui convient.

En suivant cette voie, on ne tarde pas à se convaincre de l'autonomie complète, de la signification clinique toute spéciale, qui appartiennent à la variété la plus fréquente de déviation conjuguée, à celle qui mérite vraiment le nom de *forme commune*, et qui a d'ailleurs servi de base principale à la description de M. Prévost. D'après cette description fidèle, devenue classique, à laquelle rien d'essentiel n'a encore été

(1) J.-L. Prévost. De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie. (*Thèse de Paris*, 1868.)

(2) L. Landouzy. Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. (*Thèse de Paris*, 1876.)

(3) J. Grasset. Anatomie clinique des centres nerveux, 2e éd., p. 44. Paris, 1902.

(1) J. Grasset. (*Loc. cit.*)

(2) J. Roux. Double centre d'innervation corticale oculo-motrice. (*Arch. de neurol.*, sept. 1899, p. 177.)

(3) A. Alamagny. Du rôle moteur du centre visuel cortical. (*Thèse de Lyon*, 1903.)

(1) A. Murri. Origine della deviazione oculo-cefalica e della rigidità muscolare precoce nelle malattie cerebrali. (*Riv. critica di clinica medica*, 17 et 24 nov., 1er et 8 déc. 1900.)

(2) J.-L. Prévost. De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête en cas de lésions unilatérales de l'encéphale, *in* Cinquantenaire de la Société de biologie, p. 99. Paris, 1900.

ajouté depuis, cette forme consiste en une déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête, tournées l'une et l'autre du côté des membres sains ; on l'observe dans les lésions hémisphériques, accompagnées d'ictus apoplectique et suivies d'hémiplégie ; elle se montre d'une extrême fréquence, si l'on tient compte des cas les plus légers, dans lesquels le malade « a seulement une propension à porter son regard plus volontiers du côté opposé à l'hémiplégie ».

Le siège de la lésion importe beaucoup moins que sa profondeur et que sa gravité. Cette déviation constitue un symptôme essentiellement passager; parfois, il disparaît presque immédiatement après les phénomènes apoplectiques du début ; il cesse à peu près constamment au bout de quelques jours. Par contre, quand l'apoplexie aboutit à la mort, la déviation prend fin, le plus ordinairement, lorsque apparaît la résolution générale. La déviation des yeux peut exister seule ; elle est plus persistante que celle de la tête et elle a une plus grande importance pour le diagnostic.

Enfin, point essentiel et capital, les mouvements volontaires de la tête et des yeux du côté opposé à leur déviation peuvent être très affaiblis, mais ne sont jamais abolis ; « les iris peuvent tout au moins gagner le milieu des ouvertures palpébrales, et, par un effort du malade, ils dépassent souvent ce niveau » (Prévost).

Sans vouloir aborder ici la description générale des autres variétés cliniques du phénomène qui nous occupe, il est nécessaire d'indiquer sommairement les différences profondes qui les séparent de la forme commune.

C'est d'abord la déviation des yeux créée par les lésions protubérantielles, quand elles intéressent le noyau ou les fibres radiculaires du moteur oculaire externe. En pareil cas, la tête participe peu ou pas à la déviation, et celle des yeux a lieu du côté opposé à la lésion, du côté des membres paralysés ; d'où la formule, née des ressemblances superficielles de deux phénomènes radicalement différents, que la déviation de nature paralytique est tournée du côté de la lésion quand celle-ci est hémisphérique, du côté opposé quand elle est bulbo-protubérantielle. En réalité, en pareil cas, la déviation n'est pas égale pour les deux yeux ; elle cesse d'être conjuguée quand on ferme l'œil strabique, ce qui n'arrive pas dans la forme commune post-apoplectique. M. Prévost, qui avait signalé des faits de cet ordre dès le début, ne s'y est pas trompé, et il refuse avec raison de les utiliser pour l'interprétation du phénomène qu'il a décrit.

La seconde forme clinique, plus spécialement rapprochée de celle qui nous occupe depuis les travaux de M. Landouzy et de M. Grasset, est constituée par la déviation convulsive de la tête et des yeux, tournée du côté des membres atteints — du côté opposé à la lésion —, dans les crises d'épilepsie partielle bravais-jacksonienne, sous l'influence de lésions irritatives, méningitiques ou néoplasiques, de la zone corticale motrice ; d'où la seconde partie de la formule classique, que les lésions destructives déterminent la déviation du côté de la lésion et les lésions irritatives la déviation du côté opposé.

Là encore, la formule est née du rapprochement superficiel de faits essentiellement distincts. Nul doute que, dans les crises jacksoniennes, de même que dans les électrisations expérimentales de la zone rolandique, la déviation des yeux et la rotation de la tête ne soient dues à l'excitation des centres moteurs de ces organes ; mais en quoi cela permet-il d'en conclure que leur paralysie est la cause du phénomène de Prévost? Bien plus, ces faits apportent précisément une puissante présomption contre cette conclusion, par cette circonstance capitale que, dans l'intervalle des crises, s'il n'y a pas eu d'apoplexie initiale, on n'observe jamais en pareil cas la déviation conjuguée, dite paralytique, bien qu'il persiste souvent, après la crise, de la paralysie des membres et de la face, preuve de l'existence de lésions paralysantes des centres moteurs correspondants.

En réalité, les convulsions des yeux et de la tête ne constituent ici qu'un simple épisode des convulsions régionales, spéciales à ces cas ; on n'observe jamais de secousses exclusivement limitées aux yeux et à la tête, sans participation des muscles de la face, comme il serait nécessaire pour en tirer la preuve qu'elles dépendent de l'entrée en action d'un centre cortical commun, spécialisé pour l'association invoquée.

Un troisième groupe de faits est représenté par les déviations de la tête qui sont dues à des contractures secondaires, tardives ou précoces, consécutives aux hémiplégies. Dans les unes comme dans les autres, la contracture des rotateurs de la tête et des yeux ne survient jamais isolément du côté malade, de sorte qu'on ne saurait y rencontrer la contre-partie des déviations paralytiques. Dans les contractures tardives, si l'on fait abstraction des cas accompagnés d'hémianopsie, sur lesquels nous reviendrons, la tête est en général inclinée sur le côté contracturé, en même temps que la face est légèrement tournée vers le côté sain, et les yeux ne participent pas à la rotation de la tête. Ici, comme pour les membres, l'attitude de contracture est commandée par l'inégalité de puissance des groupes musculaires antagonistes ; elle est tout à fait indépendante de l'excitation localisée à un centre cortical spécialisé, quel qu'il soit. Il importe d'ailleurs de remarquer que c'est la rotation de la face du côté sain qui l'emporte, bien qu'il s'agisse d'une lésion agissant par irritation. Le sens est inverse dans les contractures précoces du type convulsif, dont le mécanisme est assimilable à celui des crises d'épilepsie partielle.

Les diverses formes cliniques qui précèdent — les deux dernières d'origine irritative, la première d'origine paralytique — n'ont vraiment que des similitudes superficielles avec la forme commune et ne peuvent servir en rien à éclairer sa pathogénie.

Par contre, quand la lésion hémisphérique porte sur la sphère visuelle, de façon à créer une hémianopsie homonyme, il se produit une déviation conjuguée des yeux avec rotation de la face du côté des membres sains, qui présente réellement les plus grandes ressemblances symptomatiques avec la forme commune du phénomène de Prévost.

Cette variété de déviation conjuguée, dépendant de l'hémianopsie, n'est signalée dans aucune description classique ; lorsque j'ai été amené à en reconnaître l'existence chez mes malades, j'ai cru d'abord avoir été le premier à l'observer ; j'ai su depuis qu'elle avait été déjà remarquée, il y a longtemps, par M. le professeur L. Revilliod, mon prédécesseur dans la chaire de clinique médicale de Genève, sans qu'il en eût fait l'objet d'aucune publication ; j'ai pu ensuite la retrouver nettement affirmée dans le mémoire de M. J. Roux, déjà cité plus haut, dont je n'ai eu connaissance qu'au cours des recherches bibliographiques entreprises en vue de la rédaction de ce travail.

M. J. Roux a le mérite d'être, au moins à ma connaissance, le premier auteur qui ait explicitement décrit la déviation conjuguée des hémianopsiques ; par contre, bien qu'il en ait saisi exactement la nature, il conserve à côté d'elle les déviations d'origine corticale paralytique, il leur attribue la même évolution, et il montre par là qu'il en méconnaît encore les caractères symptomatiques spéciaux.

Toutefois, s'il n'y a pas à faire d'assimilation absolue entre ces deux formes, il existe certainement entre elles des analogies réelles et des rapports étroits. La forme commune du signe de Prévost se rapproche de la déviation d'origine visuelle autant qu'elle s'éloigne des diverses déviations d'origine purement motrice indiquées précédemment, des déviations paralytiques d'origine bulbo-protubérantielle tout aussi bien que des déviations convulsives d'origine rolandique.

III

L'interprétation classique du signe de Prévost est simple et très séduisante au premier abord ; à la réflexion, les données, successives et solidaires, sur lesquelles elle repose, sont loin d'être aussi indiscutables que le ferait supposer le consensus à peu près général dont elles sont aujourd'hui l'objet. Dans cette manière de voir, la déviation paralytique est en somme une monoplégie d'un centre spécialisé, se superposant à une hémiplégie générale, et arrivant néanmoins à isoler ses effets de ceux de cette dernière.

Cette simple énonciation n'est-elle pas déjà quelque peu étrange, et ne fait-elle pas de cette monoplégie une espèce bien singulière? Non seulement les autres monoplégies de la région rolandique ont un caractère régional, tandis que celle-ci va choisir les muscles qu'elle frappe dans des régions aussi éloignées l'une de l'autre que l'orbite, la nuque et les parties latérales du cou, mais encore — et surtout — les conditions de production de la seconde sont absolument différentes des conditions habituelles des premières.

Les monoplégies cérébrales sont toujours le fait de lésions légères, bien limitées, le plus souvent de ramollissements corticaux survenus sans ictus ; elles font défaut dans les hémorrhagies profondes, dans les ramollissements étendus, dans les lésions capsulaires. Dans les cas rares où elles sont précédées d'un ictus, elles manquent dans les premiers jours, perdues qu'elles sont dans la paralysie généralisée, et elles ne prennent leur individualité que par la suite, lorsque se sont dissipés les phénomènes à distance dus à l'inhibition diffuse du début. Enfin, elles se montrent toujours assez exceptionnelles, étant subordonnées chacune à des lésions de siège unique et bien défini.

Il suffit de se reporter à la description de la forme commune de la déviation conjuguée, dite paralytique, telle qu'elle est acceptée de tous, pour se convaincre que les circonstances qui conditionnent son apparition et son évolution sont, point par point, exactement inverses des précédentes.

Les rares auteurs qui se sont arrêtés à ces divergences croient pouvoir les expliquer par l'existence de centres multiples pour la même association de mouvements, ce qui est d'ailleurs une exception de plus à la loi générale. Cette pluralité expliquerait à la fois la fréquence du phénomène et la variété de siège des lésions causales, par la multiplicité des localisations capables de le produire ; elle expliquerait aussi, pour M. von Monakow (1), son instabilité et sa courte durée, par la facilité des suppléances exercées par les centres similaires. Mais n'est-il pas évident que cette pluralité des centres, que cette facilité des suppléances eussent expliqué, s'il en eût été besoin, la rareté du phénomène mieux encore que sa fréquence, l'impuissance, à le produire, des lésions les plus diverses mieux encore que l'efficacité égale de plusieurs localisations différentes ?

L'objection la plus grave, à la théorie paralytique d'un centre moteur d'association, résulte de cette donnée que la perte d'action d'un pareil centre serait en réalité incapable de réaliser le phénomène de Prévost avec les caractères qu'on lui connaît. Sa paralysie entraînerait l'impossibilité des mouvements volontaires de la tête et des yeux du côté opposé à la lésion, mais elle ne pourrait en aucune façon créer une attitude habituelle inverse, encore moins cette attitude permanente de rotation de la tête du côté des membres sains sans suppression complète des mouvements volontaires, qui est la caractéristique du phénomène de Prévost.

L'attitude vicieuse, par prédominance des muscles antagonistes, exige la perte du tonus

(1) C. von Monakow. Gehirnpathologie, p. 352. Vienne, 1897.

des muscles paralysés; elle est le propre des paralysies périphériques, radiculaires ou nucléaires; elle explique facilement les déviations des yeux dans les lésions protubérantielles. Par contre, elle est inconnue dans les paralysies des centres d'association, dès qu'il s'agit de muscles à représentation corticale bilatérale, recevant leur tonus de plusieurs sources; à plus forte raison ne doit-elle pas se produire pour les muscles oculaires, qui posséderaient, nous dit-on, plusieurs centres corticaux de chaque côté.

La théorie paralytique de la déviation conjuguée des yeux suppose que la paralysie se distribue inégalement sur les divers muscles de l'œil, respectant le droit interne du côté hémiplégique, et atteignant par contre le droit interne du côté sain, seul moyen d'expliquer la prédominance simultanée de leurs antagonistes respectifs. Or, les recherches précises de MM. Mirallié et Desclaux (1), faites dans un tout autre but, ont montré que la paralysie porte ses effets parallèlement sur le droit interne et sur le droit externe du côté hémiplégique, et qu'elle respecte au même degré le droit interne et le droit externe du côté sain, de telle sorte qu'elle ne change d'aucun côté les rapports normaux de la force propre de ces deux antagonistes. Il est vrai que ces auteurs n'indiquent pas expressément qu'ils aient constaté le fait chez des sujets ayant présenté de la déviation conjuguée des yeux, mais, comme celle-ci est très fréquente, et comme ils déclarent catégoriquement qu'ils n'ont jamais observé l'absence de paralysie du droit interne du côté hémiplégique, on a bien le droit d'en conclure que la règle est vraie pour les cas de cet ordre comme pour tous les autres.

La rotation de la tête échappe encore plus que la déviation des yeux à l'explication paralytique. D'une part, les muscles qui la produisent participent à un si grand nombre de mouvements fonctionnels divers que leur tonus ne pourrait pas être sérieusement troublé par la paralysie d'un seul de leurs centres; d'autre part, chaque côté du corps possédant deux groupes de muscles rotateurs, l'un tournant la tête de son côté, l'autre la tournant du côté opposé, on ne conçoit pas du tout, dans ces conditions, la possibilité de la rotation permanente d'un côté, déterminée par une lésion unilatérale, quelle qu'elle soit.

A vrai dire, d'ailleurs, malgré le consentement unanime actuel, rien ne prouve l'existence réelle d'un centre psycho-moteur d'association des mouvements de latéralité des yeux et de rotation de la tête. Les résultats de l'excitation expérimentale des zones postérieures de l'écorce s'expliquent infiniment mieux par l'intervention des centres sensorio-moteurs. Ceux de l'excitation de la région rolandique, de même que les phénomènes observés dans les crises d'épilepsie partielle d'origine corticale, prouvent simplement, et au même titre, qu'il existe dans cette région un centre des mouvements des yeux, un autre des mouvements de la tête, comme il en existe pour les mouvements volontaires, ou pour les mouvements réflexes sensitifs, de tous les segments du corps, que ces deux centres sont très voisins, que l'excitation se propage facilement de l'un à l'autre, mais nullement qu'il y en ait un qui soit commun au même ordre de mouvements de ces deux organes, encore moins que sa paralysie puisse engendrer une déviation latérale permanente avec conservation des mouvements contraires.

La conception schématique de M. Grasset sur les nerfs hémi-oculo-moteurs est aussi exacte que suggestive; mais si la lésion de ce nerf théorique explique fort bien les paralysies des mouvements associés volontaires dans une seule direction, elle serait, au même titre que celle d'un centre d'association, incapable de créer une attitude paralytique par perte du tonus.

La déviation conjuguée, dite paralytique, qui suit les ablations expérimentales des centres rolandiques, est transitoire comme celle des hémiplégiques; elle est du même ordre qu'elle, justiciable sans doute des mêmes interprétations, et, par suite, elle ne prouve pas plus que les faits cliniques en faveur de la théorie classique.

L'existence d'un centre moteur cortical d'association, au sens propre de ce mot, a contre elle deux arguments directs d'une réelle importance, bien que leur valeur, il est vrai, ne soit pas absolue.

Le premier est l'existence, qui paraît bien établie, d'un centre d'association des mouvements bilatéraux des yeux, siégeant dans la région des tubercules quadrijumeaux : ses lésions destructives créent la paralysie des mouvements volontaires conjugués, avec intégrité des mouvements isolés de chaque œil. Dans ces ophtalmoplégies sus-nucléaires, on ne relève d'ailleurs ni attitude fixe, ni participation de la tête aux phénomènes paralytiques.

Le second résulte du peu de vraisemblance de l'existence, dans la sphère des centres volontaires, d'un centre spécial pour la seule association des mouvements fonctionnels de latéralité de la tête et des yeux. A quelle extraordinaire multiplicité de centres d'association conduirait la création de centres spécialisés pour les innombrables mouvements fonctionnels qui exigent l'intervention de muscles multiples! Quelles variétés d'attitudes pathologiques comprendraient leurs paralysies, si chacune d'elles se révélait par une attitude spéciale, comme celle qu'on attribue à la paralysie du centre oculo-céphalo-moteur!

Plutôt que de se résoudre à accepter une théorie pathogénique qui exige un pareil enchaînement d'hypothèses de moins en moins vraisemblables, ne vaut-il pas mieux en conclure que le phénomène de Prévost constitue, dans sa forme commune, un syndrome indépendant des paralysies motrices proprement dites?

Il n'est pas plus admissible d'en faire, comme le voudrait M. Murri, un phénomène dû à l'hyperexcitation pathologique du cervelet ou des centres rolandiques de l'un ou de l'autre hémisphère. Cette théorie a l'avantage d'expliquer l'attitude par la contraction active ou par l'exagération du tonus des muscles du côté sain, et par là elle échappe aux objections dont est passible la théorie de l'attitude par la simple prédominance tonique des muscles du côté sain sur leurs antagonistes du côté malade; par contre, elle repose sur l'hypothèse que les lésions graves d'un hémisphère seraient capables de produire l'hyperexcitation du cervelet et des noyaux du mésocéphale, voire même celle des centres de l'hémisphère opposé, alors que la clinique montre que c'est le contraire qui est l'expression de la vérité : d'une part, rien ne révèle l'existence d'un excès d'activité des noyaux de la base dans le coma; d'autre part, le côté sain, chez les hémiplégiques, loin de montrer des phénomènes d'hyperactivité, participe, dans une mesure très faible, mais réelle, à la paralysie musculaire.

Alors même que pareille influence excitatrice pourrait se produire, pourquoi porterait-elle toujours son action sur les centres céphalo-oculo-moteurs, et jamais sur les autres centres rolandiques? Il ne suffirait pas, pour l'expliquer, d'admettre avec M. Murri que ces centres figurent parmi les plus excitables, il faudrait encore admettre qu'ils sont les seuls à être excitables de cette manière.

M. Prévost n'a jamais formulé de théorie bien précise; dans son premier travail, il affirme nettement que la déviation conjuguée ne relève ni d'une paralysie ni d'une contracture; il la rapproche des phénomènes de rotation et de manège chez les animaux, et il admet que c'est « une tendance impulsive d'origine encéphalique, qui joue le principal rôle dans ces phénomènes, sans qu'on puisse dire à quoi elle est due ». Dans son mémoire récent, il reste fidèle à son opinion initiale, mais, comme je l'ai déjà dit plus haut, il reconnaît qu'il n'en a encore été donné aucune explication satisfaisante.

IV

Les difficultés d'interprétation du phénomène de Prévost résultent tout entières de ce qu'il constitue une sorte de paradoxe parmi les autres symptômes du coma apoplectique; il présente au fond tous les caractères d'un mouvement fonctionnel actif, et il appartient cependant à la phase purement paralytique de la maladie.

Le seul moyen de résoudre ce paradoxe est d'admettre qu'il s'agit bien en effet, en dernière analyse, d'un mouvement actif, inconscient et automatique, commandé par le côté sain de l'encéphale, mais que sa raison d'être est l'existence d'une paralysie centrale, qui, dès lors, ne peut plus être qu'une paralysie sensorielle.

Lorsqu'une lésion unilatérale grave se produit dans les centres encéphaliques, elle entraîne la suppression, ou tout au moins la suspension d'activité, de tous les centres psychomoteurs; l'hémiplégie traduit objectivement cette suppression, et ses effets ont été l'objet de nombreuses études qui les ont mis en pleine lumière. Mais cette lésion produit en même temps une suppression, ou tout au moins une suspension de l'activité des centres sensoriels, et les effets de cette dernière ont été beaucoup moins étudiés et sont infiniment plus mal connus que ceux de la paralysie des centres moteurs. Cette suppression d'action doit se traduire non seulement par des troubles de perception centrale, mais encore par des troubles moteurs subordonnés, subconscients, qui ont été sacrifiés aux troubles moteurs d'origine volontaire, ou d'origine sensitive, plus frappants et plus faciles à débrouiller.

L'observation de l'état physiologique nous apprend que toutes les perceptions sensorielles tendent à provoquer par réflexe cortical, subconscient, polygonal dirait M. Grasset, une orientation de l'appareil périphérique de réception dans la direction de l'excitant du sens considéré. Un bruit, une odeur, comme un phénomène visuel, provoquent une rotation de la tête du côté de leur production et le phénomène de Prévost n'est que la reproduction fidèle de ce mouvement fonctionnel réflexe.

A l'état normal, tous les sens étant sollicités également, de chaque côté de l'espace, par l'égalité fonctionnelle des deux moitiés du corps et des centres nerveux, le fonctionnement de leurs réflexes ne peut entraîner aucune attitude anormale durable. Mais il y a tout lieu de penser qu'il devra en être autrement lorsque la paralysie des centres sensoriels de tout un hémisphère laissera le champ libre aux seuls réflexes siégeant dans les centres opposés. Nous avons déjà vu plus haut que l'hémianopsie homonyme crée précisément une attitude de déviation conjuguée, qui devient la règle à l'état de repos, et qui constitue une variété clinique particulière du phénomène de Prévost. Cette forme, qui s'explique par l'absence absolue d'appel aux réflexes dans une moitié du champ visuel, met en évidence ce que peut faire, à ce point de vue, une anesthésie sensorielle corticale unilatérale; combien sera plus efficace, dans le même sens, une hémianesthésie généralisée de tous les centres sensoriels encéphaliques!

L'ictus apoplectique produit des effets inhibitoires diffus, transitoires d'ailleurs, portant leur action sur toute la sphère motrice; y a-t-il le moindre doute qu'il doive également produire des effets analogues sur toute la sphère sensorielle? Quand la lésion est trop grave et le coma trop profond, l'inhibition s'étend aux deux hémisphères, la résolution musculaire est générale. Mais il est fort rare que la suppression des

(1) Ch. Mirallié et L. Desclaux. De l'état des nerfs oculo-moteurs dans l'hémiplégie organique de l'adulte. (*Revue neurol.*, 30 juin 1903, p. 649.)
L. Desclaux. Les nerfs oculo-moteurs dans l'hémiplégie organique de l'adulte. (*Thèse de Paris*, 1903.)

fonctions cérébrales aille jusque-là : dans le coma, l'hémiplégie se reconnaît encore à la différence de chute des deux membres supérieurs soulevés par l'observateur. De même, pour les phénomènes sensoriels, l'anesthésie frappe la moitié malade de l'encéphale, respecte relativement la moitié saine ; de là une prédominance unilatérale des perceptions sensorielles, rendue plus ou moins confuse par l'état de torpeur cérébrale, et une prédominance également de leurs réflexes automatiques.

Dans cette manière de voir, la forme commune de la déviation conjuguée de la tête et des yeux est l'effet automatique de l'anesthésie sensorielle centrale unilatérale, comme la résolution musculaire hémiplégique est l'effet direct de la paralysie motrice unilatérale. L'attitude anormale est un mouvement actif, commandé par les centres sensorio-moteurs du côté sain. Elle résulte bien d'une prédominance d'antagonistes; non, comme le veut la théorie classique, de la prédominance de muscles au repos sur leurs congénères privés de leur tonus, mais bien de la prédominance des centres sensorio-moteurs sains sur leurs congénères inhibés, privés de leurs perceptions, ou même simplement de leur pouvoir de réflectivité, comme nous le verrons plus loin.

Tous les détails cliniques, bien connus, de la forme commune du phénomène de Prévost s'expliquent dès lors simplement : elle appartient essentiellement à la phase de prédominance unilatérale des centres sensoriels, d'où son apparition pendant la période des phénomènes apoplectiques. Dans les cas très graves, aux approches de la mort, la déviation cesse, parce que l'égalité se rétablit entre les deux hémisphères, égalité dans l'inhibition et dans l'anesthésie, qui produit le même effet d'équilibre que l'égalité dans l'action.

Dans les cas qui s'améliorent, la déviation se corrige et disparaît, à mesure que la prédominance unilatérale se dissipe par la rentrée en scène des centres sensoriels du côté malade, tout comme l'hémiplégie par celle des centres psychomoteurs. Le parallélisme d'évolution se poursuit d'ailleurs jusqu'au bout; de même que les phénomènes paralytiques volontaires se localisent et persistent, dans les lésions de la sphère motrice, suivant leur siège, de même, si la localisation de la lésion entraîne une paralysie sensorielle définitive, la déviation persistera dans la mesure où elle sera commandée par le déficit sensoriel.

Les mouvements volontaires des yeux sont, il est vrai, plus faibles et plus lents dans le sens opposé à la déviation que dans le sens de celle-ci; la différence s'explique aisément par le fait que les uns sont exécutés par les muscles du côté hémiplégique et les autres par ceux du côté sain, et de plus, que la volonté intervient seule pour produire les premiers, alors que les seconds bénéficient de la persistance de leur automatisme.

La symétrie anatomique de notre organisme, la symétrie d'action de nos sens, le mécanisme automatique de leurs réflexes, comportent comme conséquence inévitable la production de déviations latérales, lorsque l'équilibre est rompu au profit de l'un des deux côtés, normalement antagonistes. Ces divers éléments étant communs à tous nos sens, il y a tout lieu de penser que tous peuvent intervenir dans la production de ces déviations, sans qu'il soit cependant facile de préciser la part de chacun d'eux dans l'effet commun. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les sens purement céphaliques, tels que ceux de la vue et de l'ouïe, doivent borner d'ordinaire leur action à des déplacements de la tête et de ses annexes, tandis que le sens de l'équilibre doit plus facilement entraîner le corps tout entier à sa suite.

Il est bien certain, en effet, que le sens de l'orientation et de l'équilibre doit, à ce point de vue, se comporter comme les autres sens; le maintien de l'équilibre résulte de l'action incessante de mouvements d'adaptation, coordonnés, symétriques, automatiques et réflexes; la perte d'action d'une moitié latérale de ses centres encéphaliques doit aussi entraîner la suppression des mouvements d'une seule direction, et par la prédominance de leurs contraires, restés seuls, créer une impulsion active, ou au moins une attitude prépondérante dans un sens latéral.

A côté de la forme commune de la déviation post-apoplectique des yeux et de la tête, résultante de la suppression unilatérale de tout le fonctionnement sensoriel, il y a lieu de prévoir l'existence de formes plus ou moins bien caractérisées, spéciales au déficit persistant d'un sens isolé; la forme consécutive à l'hémianopsie homonyme en est encore le seul exemple net, mais je suis convaincu que l'avenir permettra d'en trouver d'autres.

Il est certain aussi qu'il conviendra de préciser et de décrire des modalités diverses de ces attitudes, suivant le caractère même et le degré des troubles sensoriels. Dès à présent, les faits que j'ai observés me permettent d'affirmer que la déviation conjuguée peut se produire sans que les perceptions sensorielles soient complètement abolies; il suffit qu'elles soient nettement affaiblies, voire même il suffit qu'elles cessent de provoquer les réflexes moteurs qui leur sont ordinairement liés.

Par contre, les excitations extérieures, productrices de réflexes, ne sont pas indispensables; le fait que, par la suspension de l'activité d'un hémisphère, l'évocation spontanée des images sensorielles n'a plus lieu que d'un seul côté, est capable de produire la déviation latérale, et c'est là sans doute le motif pour lequel celle-ci peut parfois persister, peut-être même apparaître, pendant le sommeil.

V

Il serait trop long d'indiquer ici les détails des cas multiples qui m'ont conduit peu à peu à concevoir et à préciser l'interprétation pathogénique que je viens d'exposer. Il est cependant nécessaire de signaler brièvement les détails d'observation les plus essentiels, ceux qui, indépendamment de la discussion des faits connus et des raisons développées au cours de ce mémoire, ont établi définitivement ma conviction.

Tout d'abord j'ai constaté que, le plus souvent, l'occlusion des yeux modifiait nettement le phénomène. M. Prévost a indiqué que l'occlusion d'un œil n'avait pas d'effet sur la déviation conjuguée de cause hémisphérique, mais il n'a pas recherché l'effet de la fermeture simultanée des deux yeux; quand on pratique celle-ci, après avoir eu soin de ramener la tête dans la position médiane, on remarque d'ordinaire, en soulevant les paupières, que les yeux se sont placés sur la ligne médiane; par contre, dès que l'une des paupières est soulevée, on voit la déviation se reproduire aussitôt.

En second lieu, j'ai observé, et cette fois d'une façon constante, une modification particulière du réflexe de fermeture palpébrale, que l'on obtient en approchant rapidement la pointe d'un doigt dans la direction de l'œil, sans aller jusqu'au contact des cils. Lorsqu'on cherche à provoquer ce réflexe, en se plaçant dans les parties latérales du champ visuel, et en renouvelant l'épreuve successivement de chaque côté, on constate que la paupière demeure immobile tant qu'on reste dans le champ visuel de même nom que les membres paralysés, tandis qu'elle se ferme quand on aborde l'œil par le champ visuel du côté sain. Lorsque le coma est relativement profond, le mouvement de la paupière peut n'être que légèrement esquissé, mais je ne l'ai jamais vu faire complètement défaut, tant que persistait chez les malades la déviation conjuguée.

Ce sont ces deux détails d'observation qui m'ont fait découvrir, pour mon compte, la déviation conjuguée d'origine hémianopsique; je me demandai même, pendant quelque temps, si toutes les déviations conjuguées ne pouvaient pas s'expliquer par l'existence d'une hémianopsie temporaire, inhibitoire, due à l'ictus, et ce fut le trait de lumière qui me conduisit à la conception générale exposée plus haut.

L'observation attentive des modifications progressives de la vision et des réflexes visuels, dans les cas suivis de guérison, m'a montré que la déviation conjuguée persistait encore, alors qu'on pouvait constater avec certitude l'existence de perceptions visuelles, coïncidant avec l'absence du réflexe palpébral sensoriel, dans le champ latéral du côté paralysé. Les patients voient les objets situés dans les deux moitiés du champ visuel, mais ils restent indifférents à ceux qui sont situés dans le champ du côté malade et ne tournent pas leurs regards spontanément de leur côté.

L'approche d'une bougie, successivement ou simultanément, dans chaque moitié du champ visuel, provoque sa fixation immédiate du côté sain, et aucun mouvement du côté atteint, bien que le malade, prévenu, signale sa présence avec la main dès qu'il l'aperçoit, et bien qu'il soit capable de la fixer volontairement du regard quand on le lui commande. Une lumière vive, telle qu'une lampe électrique dans l'obscurité, produit semblable effet.

Le même phénomène — existence des perceptions visuelles dans les deux champs ne produisant de réflexes que dans un seul — est encore mis en évidence par un procédé particulièrement démonstratif : on se place derrière le lit du malade, on approche lentement un doigt, successivement dans chaque champ, en lui commandant de saisir le doigt avec sa main dès qu'il l'apercevra. Du côté sain, sitôt que le doigt arrive dans le champ visuel, le patient le fixe spontanément du regard et le saisit du premier coup; du côté malade, il le voit également, car, dès que le doigt apparaît, il s'efforce de le saisir, mais sans essayer de le regarder; ce n'est qu'au bout de quelques secondes, quand il n'arrive pas à saisir le doigt, qu'il se décide, par intervention secondaire de la volonté, à le fixer avec les yeux, pour dès lors le saisir avec la même facilité que du côté opposé.

Quelques jours plus tard, chez le même malade, la déviation conjuguée ayant graduellement rétrocédé, et étant à peu près disparue, les réflexes visuels se reproduiront des deux côtés, avec cependant encore une petite différence de rapidité et d'intensité en faveur du côté sain. Pendant la période de transition, les réflexes visuels du côté atteint (réflexe palpébral provoqué, recherche d'une lumière ou du doigt) existent presque égaux dans les deux champs au début de l'examen, mais disparaissent assez vite par la fatigue, du côté malade.

Tout aussi instructive est l'étude des cas dans lesquels on peut suivre l'apparition de la déviation conjuguée par la survenance d'un coma progressif, et sa disparition progressive par l'aggravation de ce coma aux approches de la mort. J'ai pu le faire, en particulier, chez une malade frappée d'hémorrhagie cérébrale, très lentement progressive, arrivée à l'hôpital bien consciente, hémiplégique gauche, sans hémianopsie, avec ses réflexes visuels et sans déviation conjuguée. Au bout de quelques jours, établissement du coma et de la déviation conjuguée, sans nouvel ictus; le coma étant déjà très profond, la fermeture palpébrale réflexe est esquissée plutôt que réalisée, mais exclusivement dans le champ visuel droit. L'abaissement des paupières est suivi d'un retour spontané des yeux dans la position médiane : dès qu'on les soulève, la déviation se reproduit, lentement, paresseusement, d'une manière constante cependant. Je renouvelle cette épreuve plusieurs fois de suite avec le même succès. Au bout d'un instant, par contre, la déviation ne se reproduit plus quand on relève les paupières; je note que, parallèlement, le réflexe palpébral visuel ne s'obtient plus dans aucun des champs. J'at-

tribue la cessation de la déviation à l'épuisement de l'hémisphère sain par la fatigue; pour vérifier cette hypothèse, je laisse reposer la malade, en l'observant, les yeux étant ouverts et médians : au bout de quelques instants, elle pousse un soupir, paraît se réveiller un peu; aussitôt la déviation se reproduit spontanément, et je constate le retour parallèle du réflexe palpébral visuel, toujours uniquement dans le champ droit. Les mêmes alternatives se reproduisent régulièrement à une observation prolongée, et de même pendant trois jours. Plus tard, le coma devient plus profond, la déviation conjuguée n'existe plus, et les réflexes font défaut, constamment et également, dans les deux moitiés du champ visuel.

Les constatations qui précèdent font saisir, sur le fait, le parallélisme existant entre l'existence de la déviation conjuguée post-apoplectique et la suppression unilatérale des réflexes visuels; elles pourraient même faire penser que cette suppression elle-même constitue le facteur nécessaire et suffisant de la déviation conjuguée. Il peut être suffisant, comme le montre la longue persistance de la forme hémianopsique de cette déviation, mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire, les autres sens pouvant intervenir à leur tour.

L'anesthésie particulière que l'observation des malades met en évidence dans le domaine de la vision est sans doute le témoin d'une anesthésie toute semblable dans le domaine des autres sens; jusqu'à preuve contraire, j'estime qu'il faut leur laisser une part dans la production du phénomène de Prévost, bien qu'il soit plus facile de présumer leur rôle que de le démontrer et surtout que de l'observer avec précision.

L'interprétation sensorielle de la déviation conjuguée de la tête et des yeux, que je viens d'exposer, n'est en rien contraire au rapprochement que M. Prévost a toujours fait de ce phénomène avec les mouvements de rotation ou de manège, provoqués chez les animaux par les lésions expérimentales encéphaliques unilatérales. Pour concilier complètement les deux manières de voir, il suffirait d'admettre, ce qui est tout à fait conforme à ma pensée, que les mouvements de rotation sont eux-mêmes de cause sensorielle, en ce sens qu'ils ne sont que l'expression motrice des troubles apportés aux fonctions encéphaliques par le fonctionnement unilatéral des centres sensoriels; avec cette nuance sans doute, que, chez l'homme, dominent les troubles des sens supérieurs et conscients — la vue et l'audition —, tandis que, chez les animaux, ce sont les troubles du sens de l'équilibre qui jouent le rôle prépondérant.

VI

En résumé, la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête, telle qu'on l'observe communément après les ictus apoplectiques, n'a aucun rapport pathogénique ni avec les attitudes paralytiques dues aux lésions des noyaux moteurs bulbo-protubérantiels, ni avec les attitudes des contractures tardives post-hémiplégiques, ni avec les crises toniques ou cloniques qui résultent des excitations expérimentales ou des lésions épileptogènes de la zone motrice de l'écorce cérébrale.

Elle est créée par des mouvements actifs des groupes musculaires du côté sain, commandés automatiquement par le fonctionnement unilatéral des centres sensoriels, en rapport avec la perte unilatérale des perceptions centrales, ou simplement du pouvoir réflexe des centres sensorio-moteurs. Le sens de la vue joue le rôle prédominant, ou du moins le rôle qu'il est le plus facile de mettre en évidence, mais on ne doit pas exclure la participation plus ou moins grande des autres sens, notamment celle de l'audition et du sens de l'orientation et de l'équilibre.

L'hémianopsie homonyme organique, par lésion du centre ou des fibres de projection de la sphère visuelle, crée une déviation conjuguée, qui diffère de la forme commune surtout par sa marche et son évolution : spécialement par son apparition sans qu'il y ait eu d'ictus, par son indépendance du coma et par sa longue durée. Les lésions qui intéressent les autres centres, ou les autres fibres de projection de la sphère sensorielle, sont probablement capables de créer des formes particulières du même syndrome, qui restent à décrire.

La forme commune, post-apoplectique, fait partie des phénomènes initiaux d'inhibition à distance; peu influencée par le siège de la lésion, elle est surtout conditionnée par sa gravité, son étendue, sa brusquerie, par l'intensité de l'ictus et le degré du coma. Sa production est en rapport avec une différence très accusée d'activité entre les centres sensoriels des deux moitiés de l'encéphale; par suite, elle indique tout à la fois l'inhibition étendue et profonde de la moitié malade, et un fonctionnement suffisant de la moitié saine. Sa disparition résulte, suivant les cas, soit du retour à l'activité de l'hémisphère malade, soit de l'extension de la paralysie à l'hémisphère sain; dès lors sa présence, et plus encore ses variations, rapprochées des phénomènes concomitants, sont sans grande signification pour le diagnostic de la nature ou du siège des lésions, mais fournissent au pronostic des éléments d'une importance capitale.

Dr L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'hystérotomie exploratrice.

On ne saurait nier que l'exploration endo-utérine ne soit parfois malaisée et par maints endroits. L'hystéromètre permet d'apprécier la profondeur et la direction de la cavité utérine : hors de là, il renseigne peu ou mal; le toucher intra-utérin, par le col dilaté, n'est pas lui-même aussi précis qu'on le voudrait, et, dans les utérus scléreux et inextensibles, le doigt, bridé par l'orifice cervical interne, enserré par la paroi du corps, ne peut atteindre le fond ni les cornes, et ne recueille que des sensations confuses; quant à l'hystéroscopie, elle ne semble pas s'être créé jusqu'à présent une bien large place dans la pratique.

Ce manque d'un examen direct et intégral ne se fait sentir, au reste, que dans certaines circonstances, assez rares, il faut le reconnaître; et, si l'état de la muqueuse du corps est toujours utile à connaître *de visu*, très souvent ce complément d'information n'est pas indispensable et le diagnostic s'en passe facilement. Mais il n'en va pas toujours ainsi, et l'exemple que voici n'est pas exceptionnel. Vous êtes en présence de métrorrhagies répétées, un curettage, quelquefois plusieurs curettages ont eu lieu sans résultat; l'utérus est de volume à peu près normal, sans bosselures, sans irrégularités, sans déviation; les annexes paraissent entièrement saines. Quelle est la cause de ces métrorrhagies? Métrite hémorrhagique, cela est bientôt dit; mais, si l'affection existe bien, le terme, utilisé à la légère, n'en couvre pas moins, assez souvent, toute une série d'autres « réalités ». S'agit-il d'un néoplasme endo-cavitaire au début? d'un petit polype fibro-muqueux, implanté sur le fond ou près des orifices tubaires, d'un petit fibrome sous-muqueux? d'un débris placentaire, reliquat d'une fausse couche lointaine et parfois méconnue, et devenu polypeux? ou encore d'une de ces pseudo-métrites, angio-scléreuses, des arthritiques, aujourd'hui bien connues?

La question ne saurait être jugée que par l'examen direct. Et, certes, elle est d'importance. N'est-il pas arrivé d'enlever, comme « suspects », des utérus sains, qu'une exploration plus complète, en décelant la présence d'un polype, d'un fibrome aisément énucléable, eût permis de guérir à peu de frais et de conserver? A deux reprises, en examinant, après hystérectomie, des utérus un peu gros, durs, saignants, et qui avaient été qualifiés de fibromateux, nous n'avons trouvé qu'un petit polype rougeâtre, inséré au fond d'une des cornes, et, autour de cette sorte de corps étranger, une cavité dilatée, une paroi épaissie : chez les deux malades, les hémorrhagies dataient de longtemps et l'anémie était réellement grave; chez l'une d'elles, le toucher endo-utérin avait été pratiqué avec le plus grand soin.

C'est pour des cas de ce genre — et il en relate plusieurs exemples — que M. le docteur J. Bastian (de Genève) vient de préconiser l'hystérotomie exploratrice, qu'il a déjà proposée et pratiquée en 1899.

La pratique n'est pas nouvelle, au sens général; il n'est pas de chirurgien qui, pour mieux explorer une tumeur saillante entre les lèvres du col, n'ait fendu les deux commissures ou même sectionné en long la lèvre antérieure : cela sert à la fois de complément au diagnostic et de premier temps à l'exérèse.

Ce qui est moins courant, c'est d'appliquer ces débridements cervicaux aux cas où rien ne saille à l'orifice du col, et à titre *d'intervention purement exploratrice*. Toutefois, il convient de rappeler que M. le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris, recommandait, en 1896, cette hystérotomie exploratrice pour établir le diagnostic entre certaines métrites et le cancer, et publiait un fait à l'appui. L'année suivante, M. le docteur J. Gannat étudie la section médiane cervico-utérine non seulement comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus (Sebileau), mais aussi comme moyen d'exploration de la cavité corporelle. Enfin, en 1901, M. le docteur L. Dartigues précise les services que peut rendre l'hystérotomie exploratrice dans les petits fibromes endo-cavitaires « invisibles ».

En ce qui concerne la technique, on peut recourir à la section bilatérale, et, de chaque côté, fendre tout au long la commissure, comme on le fait dans l'opération de Schröder; mais, pour obtenir un jour suffisant, il faut remonter haut et intéresser d'assez nombreuses artères vaginales. Dans l'hystérotomie médiane antérieure, les deux tranches de l'incision sont à peu près exsangues; le débridement peut être conduit plus loin, l'accès est plus direct et plus facile : c'est la technique à préférer.

Le premier temps est celui de l'hystérectomie vaginale : on amarre le col avec une pince de Museux, on incise en travers le cul-de-sac vaginal, et, du doigt, on décolle et refoule, sans l'ouvrir, le cul-de-sac péritonéal; puis, appliquant les pinces à traction sur les deux commissures, et fixant l'utérus abaissé, on sectionne, aux ciseaux, sur la ligne médiane, la lèvre antérieure du col, et l'on prend soin que la section dépasse l'orifice cervical interne, le « sphincter »; ce dernier point est capital. Il ne reste plus qu'à saisir chacune des lèvres de l'incision, pour les maintenir et les écarter, et le doigt peut alors explorer la cavité utérine; au besoin, une main appliquée au-dessus du pubis abaisse le fond de la matrice et facilite la manœuvre. Enfin, l'œil, aidé du miroir frontal, pourra contrôler l'examen au doigt.

Découvre-t-on un polype, un petit fibrome, un débris placentaire, on en pratique, séance tenante, l'excision. Dans tous les cas, qu'elle reste ou non simplement exploratrice, l'intervention se termine par la réunion de la fente cervicale et la suture du cul-de-sac vaginal.

Ainsi conduite, cette petite opération est simple, inoffensive, à peine sanglante. Sans doute elle doit rester une pratique d'exception, légitimée seulement par les difficultés spéciales du diagnostic; mais, restreinte aux indications que nous avons formulées plus haut, elle vaut d'être recommandée.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculte de médecine de Paris

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1904.

Décollements épiphysaires et fractures juxta-épiphysaires.

M. Cornil. — Des expériences très anciennes, faites sur le cadavre de nouveau-nés et de jeunes enfants, ont établi la réalité anatomique des décollements épiphysaires et leurs variétés. L'existence de décollements purs ayant été contestée, M. Coudray et moi avons repris l'étude de cette question.

Il nous a été facile, sur de jeunes lapins (de six à sept semaines), de reproduire toutes les variétés anatomiques signalées chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. Nous avons pu généralement, et même sans dissection minutieuse, distinguer les décollements proprement dits d'avec les fractures du tissu spongieux diaphysaire, et l'examen histologique nous a permis de contrôler l'examen sommaire fait à l'œil nu.

Nous avons fréquemment provoqué des fractures diaphysaires, siégeant à 1 millimètre ou 1 millim. 1/2 du cartilage, dans le tissu spongieux lâche, fenêtré et par suite fragile, qui termine la diaphyse. Plusieurs fois aussi nous avons déterminé des décollements purs ou bien encore des fractures du cartilage de conjugaison en son milieu.

Les épiphyses inférieures du fémur, du radius et du cubitus sont celles qui se prêtent le mieux aux décollements; nous avons vu ces décollements absolument purs au niveau du fémur avec arrachement de minimes fragments du rebord cartilagineux, mais sans lésion du tissu spongieux. Sur les épiphyses du radius et du cubitus, nous avons réalisé tantôt des fractures, tantôt des décollements complets ou incomplets; sur le cubitus, des fractures du cartilage en son milieu, ainsi qu'au niveau de l'extrémité inférieure du péroné.

Comment se consolident les fractures juxta-épiphysaires et les décollements proprement dits? Les recherches faites par Ollier, Vogt, Nové-Josserand, ne peuvent nous renseigner, car il s'agissait dans ces expériences de traumatismes différents.

Il n'est pas douteux que les fractures, même à distance des cartilages, peuvent avoir sur eux un retentissement. C'est ainsi que dans une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus sur un jeune lapin, fracture siégeant à 1 centim. 1/2 du cartilage, nous avons vu, au bout de trente et un jours, ce cartilage envahi en certains points par des bourgeons médullaires émanant du tissu spongieux diaphysaire.

Sur une fracture du tissu spongieux, situé à 1 millim. 1/2 du cartilage inférieur du radius et examinée au bout de douze jours, on voyait le bord du cartilage découpé par ces bourgeons médullaires remontant à une certaine hauteur dans le cartilage lui-même. Entre les fragments il existait des fibres musculaires et une bande de périoste déchiré. Le foyer de cette fracture renfermait encore beaucoup de sang et on n'y trouvait aucune trace de réparation.

Au niveau du cubitus, le traumatisme avait déterminé à la fois une fracture irrégulière du tissu spongieux, près du cartilage, et un décollement régulier et presque complet du cartilage du côté de la diaphyse, comme toujours. Sur l'un des côtés de la fracture du tissu spongieux, on trouvait une bande de périoste déchiré, entre les fragments. Le foyer lui-même contenait beaucoup de sang et l'on ne voyait comme indice de réparation qu'un îlot minime de tissu osseux nouveau émanant du fragment diaphysaire. Il n'y avait ni cartilage, ni ossification sous-périostique.

Au niveau du décollement du cartilage, il n'existait aucune trace de réparation. Seulement dans la portion latérale où le décollement manquait, on remarquait, comme précédemment, de petits bourgeons médullaires pénétrant dans le bord du cartilage.

M. Cazalis (d'Aix-les-Bains) lit une note dans laquelle il préconise une série de mesures protectrices de la santé de la race (préceptes prophylactiques inscrits au livret militaire, au livret de mariage, instructions délivrées lors de toute déclaration de naissance).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 janvier 1904.

Caractères différentiels des radiations physiologiques suivant leur origine musculaire ou nerveuse.

M. A. Charpentier adresse une note tendant à établir que les radiations d'ordre physiologique sont pour une grande part des rayons *n*, mais paraissent contenir aussi d'autres éléments.

Il en est ainsi en particulier pour les radiations émises par les centres nerveux, car elles sont partiellement arrêtées par l'aluminium. Celles qui ont traversé ce métal ne sont plus obscurcies par une lame même épaisse d'aluminium; elles sont donc constituées de rayons *n* proprement dits. Au contraire, le faisceau émis par le cœur, le diaphragme, différents muscles, n'est pas modifié par l'aluminium.

Un second caractère qui distingue les radiations nerveuses des radiations musculaires, c'est que le nerf, comme l'auteur l'a déjà signalé, accroit notablement sa radiation sous l'effet de la plus légère compression; la radiation du muscle est beaucoup moins augmentée dans les mêmes conditions.

Enfin, la radiation nerveuse produit, par rapport aux autres tissus, un effet sensiblement plus fort sur le sulfure phosphorescent chauffé à 40° ou 45°.

On peut conclure de ces diverses particularités que, plus que celle des diverses parties du corps, la radiation nerveuse est différente des rayons de Blondlot proprement dits.

M. Vassiliev envoie une note dans laquelle il préconise l'emploi général du crin de Florence en chirurgie, même pour les sutures et ligatures perdues dans les laparotomies; depuis sept ans, l'auteur s'est servi du crin de Florence dans plus de 300 opérations, et il n'a eu qu'à s'en louer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier 1904.

Traitement des fractures du membre inférieur.

M. Nélaton. — Je crois qu'il n'est pas rationnel de comparer, comme on l'a fait dans cette discussion, les résultats de l'appareil de marche et ceux de l'extension continue, dans le traitement des fractures du fémur en général. Je ne pense pas, en effet, que l'on ait songé à appliquer les appareils de marche aux fractures du col, aux fractures sous-trochantériennes, aux fractures graves de la partie moyenne du fémur, aux fractures sus-condyliennes : pour toutes ces formes, l'extension continue me paraît être la méthode de choix, mais l'appareil de marche peut avoir ses indications dans certaines fractures de la partie moyenne sans grand déplacement.

M. Tuffier. — Pour ma part, je suis peu partisan des appareils de marche, parce que j'ai eu l'occasion d'en observer un très mauvais résultat dans un cas de fracture de jambe. Pour les fractures de cuisse, il me semble qu'on ne pourrait accepter ces appareils que si l'on était certain d'obtenir avec eux une réduction aussi bonne qu'avec l'appareil de M. Hennequin. En ce qui concerne ce dernier appareil, à mon avis, il agit beaucoup plus en mettant les fragments dans une bonne direction qu'en assurant la coaptation par l'extension continue. Quand on sait quel effort il faut exercer, après une ostéotomie, pour obtenir la réduction parfaite, il est difficile d'admettre que la traction réalisée par l'appareil de M. Hennequin puisse être efficace à cet égard; je ne me déclarerai convaincu de cette efficacité que sur le vu d'images radiographiques probantes.

M. Nélaton. — On ne doit pas trop s'en rapporter aux indications radiographiques; en pratiquant une ostéotomie, j'ai pu constater, par la mensuration directe, que le raccourcissement n'était que de 4 centimètres, quoique, d'après la radiographie, il parût être de 7 centimètres.

Quant au pouvoir de réduction de l'appareil de M. Hennequin, il est très réel : à diverses reprises, après une ostéotomie, je me suis trouvé dans l'impossibilité de corriger un raccourcissement de plusieurs centimètres, alors que l'extension continue réalisée par l'appareil de M. Hennequin a ultérieurement fait disparaître ce raccourcissement.

M. Labbé. — Pendant trente ans, l'appareil de M. Hennequin a été le seul auquel j'ai eu recours, et je puis dire qu'il m'a donné les meilleurs résultats; depuis le moment où notre collègue a placé la jambe en flexion, je n'ai jamais observé de raideurs articulaires.

Dans un cas où, chez un adolescent, il y avait un raccourcissement de 10 ou 11 centimètres, j'ai fait une ostéotomie, et j'ai appliqué l'appareil de M. Hennequin; la consolidation fut obtenue sans raccourcissement appréciable.

M. Hartmann. — Il est absolument certain que l'extension continue, dans les fractures de cuisse, parvient à rendre au membre fracturé sa longueur normale, alors que, même sous le chloroforme, on ne peut arriver à corriger le raccourcissement.

M. Félizet. — J'emploie souvent, chez les enfants, les tractions élastiques pour obtenir l'allongement du membre, dans les fractures du fémur comme dans celles de l'humérus; grâce à ces tractions on voit peu à peu le membre s'allonger, même au delà de ses dimensions normales.

M. Quénu. — Il n'y a pas lieu de s'étonner que, par le chloroforme, on ne puisse obtenir en quelques minutes le même allongement qu'avec l'extension continue pendant plusieurs jours; le chloroforme, en effet, ne supprime pas la tonicité musculaire.

M. Demoulin. — J'ai pu comparer les résultats de l'appareil de M. Tillaux et ceux de l'appareil de M. Hennequin, dans le traitement des fractures de cuisse, ayant pendant deux ans employé le premier dans le service de M. Duplay, et vu, pendant sept ans, M. Hennequin appliquer le sien dans le service de Gérard-Marchant. Je dois dire que, pour toutes les fractures de la partie moyenne du fémur, l'appareil de M. Tillaux ne m'a donné que d'excellents résultats, sans la moindre ankylose. En ce qui concerne les fractures extra-capsulaires du col, que j'avais toujours considérées comme des fractures avec pénétration, j'ai vu, à la suite de l'application de l'appareil de M. Hennequin, la rotation et le raccourcissement disparaître; dans plusieurs cas de fracture sous-trochantérienne, le même appareil a fourni des guérisons très satisfaisantes; enfin dans un fait de décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité inférieure du fémur, avec déplacement très accentué, M. Hennequin a obtenu un très beau succès avec son appareil.

M. Schwartz. — Je viens, après la plupart de mes collègues, déclarer que l'appareil de M. Hennequin me paraît être tout ce qu'il y a de mieux pour le traitement des fractures de cuisse; j'en ai, pour ma part, obtenu constamment les meilleurs résultats.

M. Hennequin. — M. Routier nous a cité, dans une précédente séance, un malade chez lequel il avait observé de la raideur du genou consécutivement à une fracture compliquée du fémur, traitée par l'extension continue; si l'on se reporte à l'observation détaillée, on voit que cet homme a subi une ostéotomie, pour un cal en z avec 17 centimètres de raccourcissement, et qu'une longue suppuration s'est produite, nécessitant un traitement prolongé; il me semble que, dans ces conditions, la raideur du genou ne peut être en aucune façon attribuée à la méthode de l'extension.

M. Broca lit un rapport sur deux observations de M. Fontoynont (de Tananarive), relatives à un fait de prolapsus rectal, avec hédrocèle, chez une fillette de douze mois, traité par la recto-coccypexie, et à un cas d'épilepsie jacksonienne chez une jeune fille de quatorze ans, consécutive à une disjonction de la suture coronale, datant de cinq ou six ans, et traitée par la trépanation avec un succès incomplet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 janvier 1904.

Influence de l'hyper ou de l'hypochlorurie alimentaire sur le chimisme stomacal.

M. H. Vincent. — L'acide chlorhydrique du suc gastrique étant formé aux dépens du chlorure de sodium circulant dans le sang, on pou-

vait se demander si la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique n'est pas influencée par la quantité plus ou moins grande de chlorure de sodium absorbée avec les aliments. A cet effet j'ai soumis un même sujet : 1° à un régime alimentaire normal; 2° à un régime hyperchloruré (12 gr. de chlorure de sodium par jour, non compris le sel des aliments); 3° à un régime hypochloruré.

J'ai pu constater ainsi que l'administration du régime hyperchloruré a donné lieu à une augmentation très manifeste du chlore gastrique sous ses diverses formes. Fait intéressant, dans l'intervalle d'alimentation normale compris entre deux périodes de régime hyperchloruré, l'acide chlorhydrique libre, le chlore combiné et le chlore total sont descendus au-dessous des chiffres fournis par l'analyse avant tout essai, comme si l'exagération de l'hyperpepsie totale résultant de l'hyperchlorurie alimentaire était suivie d'une sorte de repos des glandes gastriques. Mais une seconde période d'hyperchlorurie a aussitôt exagéré de nouveau cette sécrétion.

Aux septième et dix-septième jours de l'hypochlorurie alimentaire, l'analyse du liquide gastrique a montré que le chlore total et le chlore organique avaient considérablement baissé. Le sujet en expérience, qui était auparavant, un hyperpeptique total, sans hypersécrétion et sans dilatation, a vu le taux de chlore organique ramené à la normale sous l'influence de l'hypochlorurie alimentaire.

Le patient, qui avait maigri pendant la période d'hyperchlorurie expérimentale, et qui avait des vomissements et des douleurs épigastriques, s'est trouvé amélioré très sensiblement par suite de la diète de sel. Il a encore éprouvé des douleurs, mais celles-ci étaient beaucoup plus faibles. L'amélioration a été tellement manifeste qu'il a augmenté de 3 kilogrammes en quinze jours, bien que la quantité d'aliments ingérée fût très modérée. J'ai, du reste, constaté depuis longtemps l'influence thérapeutique très favorable de l'hypochlorurie alimentaire chez les hyperchlorhydriques.

Topographie, forme et signification de la bandelette externe de Pierret.

M. Nageotte. — Dans le tabes incipiens pur, la bandelette externe de Pierret ne touche en aucun point la corne postérieure, comme le ferait une dégénérescence simplement radiculaire. Les fibres qui constituent cette bandelette n'aboutissent pas au cordon de Goll et, par conséquent, n'appartiennent pas à la catégorie des fibres longues.

D'après mes recherches, ce sont les champs postéro-externes qui semblent être destinés au passage des fibres radiculaires longues. Dans la région de transition dorso-lombaire, la bandelette externe prend une forme compliquée et constitue de chaque côté une M; cette disposition, qui n'a pas été décrite d'une façon suffisamment précise, paraît être constante.

Le tabes incipiens est à la fois radiculaire et systématique; dans les phases ultérieures, il devient uniquement radiculaire, mais souvent, dans des tabes en apparence peu avancés et qui sont considérés comme des tabes incipiens, il existe des lésions radiculaires partielles, qui n'appartiennent déjà plus à la phase initiale et qui altèrent la pureté de la systématisation.

Identité de la maladie de Barlow et du purpura myéloïde.

M. Lenoble (de Brest) dit avoir constaté, dans un cas de maladie de Barlow, une formule hématologique absolument identique à celle du purpura protopathique ou myéloïde et caractérisée par la rétraction du caillot, la réaction myéloïde du sang et les altérations spécifiques des hématoblastes. En se basant, d'autre part, sur l'analogie des symptômes (douleurs osseuses, taches purpuriques, stomatorrhagies, troubles gastro-intestinaux, etc.), l'orateur incline à croire que la maladie de Barlow est une forme de purpura myéloïde, ayant sa caractéristique particulière.

M. Capitan relate l'observation d'un malade atteint d'une crise d'urémie grave, laquelle a cédé à des injections sous-cutanées d'extrait rénal.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 janvier 1904.

Nodosités fibreuses consécutives à des injections sous-cutanées de vaseline eucalyptolée et iodoformée.

M. Balzer. — Je vous présente une jeune femme qui a de véritables tumeurs fibreuses sous-cutanées au-dessus des seins, aux bras et aux cuisses. Ces tumeurs se sont développées aux points mêmes où on lui a pratiqué des injections sous-cutanées de vaseline eucalyptolée et iodoformée pour traiter une tuberculose pulmonaire. Quelque temps après les injections, il subsistait à leur niveau des nodosités présentant des alternatives d'affaissement et de gonflement. Actuellement, ces nodosités se sont transformées en véritables tumeurs fibreuses.

Je crois pouvoir conclure de ce fait que la vaseline liquide ne saurait être employée sans inconvénient en injection sous-cutanée. On peut continuer à s'en servir pour la préparation de l'huile grise dont on n'injecte que quelques gouttes à la fois, mais il faut proscrire toute injection de vaseline atteignant ou dépassant 1 c.c.

M. J. Darier. — L'huile de vaseline a été très fréquemment injectée à des doses de 1 et 2 c.c. sans provoquer aucun accident. Pour ma part, en employant de l'huile de vaseline bien purifiée, je n'ai jamais constaté, au point où a pénétré l'injection, de nodule persistant plus de quelques mois. Il y aurait donc lieu de se demander si la production des tumeurs fibreuses constatées par M. Balzer n'est pas imputable soit à la substance médicamenteuse incorporée dans l'huile, soit à l'impureté de la vaseline.

J'ajouterai que j'ai observé parfois des nodosités sous-cutanées, ayant une structure histologique analogue à celle des tuberculides, chez des sujets auxquels on n'avait jamais pratiqué d'injection sous-cutanée.

M. Milian. — J'ai vu des tumeurs fibreuses sous-cutanées semblables chez un tuberculeux ayant reçu des injections sous-cutanées d'huile gaïacolée; on l'aurait cru couvert de mamelles surnuméraires. Ces nodosités s'observent surtout chez les tuberculeux torpides et obèses, à type scrofuleux, qui font facilement du fibrolipome autour de foyers inflammatoires (adénopathies, pyélonéphrites, etc.)

Ces tumeurs fibreuses ne se produisent jamais quand les injections restent rigoureusement intra-musculaires, quelle que soit la substance injectée.

Epithéliomatose aiguë du sein.

M. de Beurmann. — Voici une femme qui nourrissait son cinquième enfant, lorsqu'un jour elle constata une petite induration de la glande mammaire gauche. En moins de deux mois, tout le sein était envahi par l'épithéliomatose aiguë.

En présence d'une lésion à marche aussi rapide, doit-on s'abstenir de toute intervention ou faut-il tenter une large ablation de la mamelle suivie d'applications radiothérapiques sur la cicatrice, afin de prévenir, si possible, la récidive?

M. Brocq. — Pour ma part, je conseillerais, chez cette femme, l'excision large de la glande, suivie d'applications radiothérapiques sur la cicatrice, et j'aurais recours en même temps à des injections sous-cutanées d'arsenic ou de quinine.

M. Sabouraud fait une communication sur la *dépilation dans la teigne au moyen des rayons de Röntgen.*

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un cas de grossesse chez une naine pesant 39 livres (14 kilogr. ½); hystérectomie abdominale, par M. W. G. Willard.

L'observation relatée par M. Willard semble constituer un fait obstétrical bien rare, sinon unique. Il concerne une naine de quarante ans, enceinte de cinq mois.

Le seul fait saillant dans les antécédents héréditaires de cette femme était l'existence d'un frère scrofuleux. Son anamnèse personnelle était beaucoup plus chargée. A sa naissance, elle pesait 3 kilos; nourrie au sein, elle avait eu, à sept semaines, pendant qu'on la baignait, une première fracture : depuis elle s'en était fait de deux à quatre par an; au total, il s'en était produit cinquante-quatre. Entre temps, elle contracta la rougeole, les oreillons et la diphtérie; au moment où l'auteur l'eut en observation, elle souffrait d'une bronchite chronique ancienne qui l'obligeait à dormir adossée, par crainte de la suffocation. La menstruation s'était établie à seize ans, mais d'une manière irrégulière; depuis quelques années elle perdait toutes les six semaines pendant deux ou trois jours. Mariée cinq ou six mois auparavant à un aveugle de trente-cinq ans, elle était presque aussitôt devenue enceinte.

Son aspect était des plus typiques. Tenue debout — car elle ne pouvait se servir de ses jambes —, elle mesurait 71 centimètres; elle pesait 14 kilogr. 500. Les membres, fort grêles et pourvus d'un squelette très faible, présentaient les courbures les plus anormales et les plus variées : la jambe droite, par exemple, était repliée en deux par le milieu, en sorte que le talon touchait la rotule; le sternum formait un angle de 75°. Dans l'abdomen, relativement très volumineux, on sentait une tumeur légèrement inclinée à droite et qui remontait à égale distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. On percevait des mouvements fœtaux, mais aucun bruit cardiaque. L'examen par le toucher indiquait, du côté du col, les signes habituels à toute grossesse. Le diamètre bi-ischiatique ne mesurait que 4 centimètres et le sous-promonto-pubien 6 centim. ½.

En présence de la dyspnée qu'aggravait le volume de l'utérus, et vu les dimensions restreintes du bassin qui ne permettaient pas d'espérer un enfant viable, même par un accouchement prématuré, on décida de recourir à l'opération de Porro. Malgré les crises de dyspnée et la cyanose de la malade pendant l'anesthésie, l'opération put s'achever sans encombre et les suites opératoires furent excellentes. L'examen de la pièce révéla une dernière singularité : il y avait un placenta prævia marginé. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, septembre 1903.) — R. de B.

Cyanose chronique avec polycythémie et hypertrophie de la rate : nouvelle entité clinique, par M. W. Osler.

Le présent mémoire, basé sur 9 observations, dont 4 personnelles et 5 recueillies dans la littérature médicale, est consacré à la description d'une entité morbide nouvelle, caractérisée par de la cyanose accompagnée d'hypertrophie splénique avec hyperglobulie.

Le symptôme le plus frappant de ce tableau clinique est naturellement la cyanose. Les malades présentent une coloration violacée des téguments, particulièrement marquée à la face et aux mains. Dans trois cas on a vu, toutefois, la coloration bleu foncé s'étendre à toute la surface du corps. A l'examen du sang, on constate une augmentation considérable de la viscosité de ce liquide. Sa densité atteint 1,080 et peut même parfois dépasser ce chiffre. L'hyperglobulie est très accentuée : dans un cas publié par M. Cabot, on a compté jusqu'à 12,000,000 de globules rouges par millimètre cube; dans la plupart des autres observations, le nombre des hématies oscillait autour de 9,000,000. Le taux des leucocytes est, la plupart du temps, de 10,000 par millimètre cube. La rate est presque toujours fortement augmentée de volume; dans un cas, on a également noté l'existence d'une hypertrophie du foie. 7 fois sur 9, les urines contenaient des traces d'albumine et des cylindres hyalins. Dans 5 cas, on a constaté une pigmentation de la peau, déterminée probablement par l'existence prolongée de la cyanose.

En ce qui concerne les troubles fonctionnels, la plupart des patients se plaignaient de céphalalgies, de vertiges et de faiblesse générale. Plusieurs ont présenté des accès de nausées et de vomissement.

Dans 3 observations, l'issue fatale de la maladie permit de pratiquer l'autopsie, sans qu'il fût, d'ailleurs, possible de déceler autre chose qu'une congestion passive des divers viscères.

Ajoutons que, sur les 9 patients, 6 appartenaient au sexe masculin et 3 au sexe féminin, et que leur âge variait entre trente-cinq et cin-

quante-trois ans. Dans leur profession, pas plus que dans leur genre de vie, on n'a rien relevé qui pût être mis en rapport avec l'état morbide en question.

M. Osler estime que l'on doit surtout s'attacher à étudier, chez les malades de ce genre, la viscosité du sang et ses relations avec le nombre des globules, cette viscosité paraissant être la cause de la cyanose par la gêne qu'elle détermine dans la circulation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août 1903.) — L. CH.

Restauration du canal déférent sectionné, par M. J. L. Thomas.

L'anastomose du canal déférent après résection ne réussit qu'exceptionnellement, à cause des difficultés qu'il y a à maintenir en présence les bouts nouvellement abouchés du canal. Dans un cas où cet organe avait été sectionné des deux côtés à l'aide d'un bistouri par suite d'une tentative criminelle, M. Thomas a obtenu, du côté où il fit un essai de restauration, un résultat satisfaisant par le procédé suivant :

L'organe lésé étant mis à nu par une incision analogue à celle qui est usitée pour la cure radicale de la hernie inguinale, l'auteur commença par aviver en bec de flûte, à l'aide d'un couteau à cataracte, le bout testiculaire du canal déférent. Puis il fendit le bout uréthral par deux incisions longitudinales, antérieure et postérieure, l'incision postérieure étant plus courte que l'antérieure. A la base des deux lambeaux ainsi formés, M. Thomas fixa par des sutures à la soie fine le bec de flûte du bout testiculaire. Les deux lambeaux servirent ensuite à constituer une fronde qui embrassait dans sa concavité le canal restauré et y était suturée avec soin pour empêcher que les tiraillements du testicule n'amenassent une rupture de l'anastomose du fait du poids de l'organe. Pour plus de précaution, on constitua une gaine de renforcement à l'aide des aponévroses environnantes.

Neuf mois après l'intervention, le testicule du côté opéré paraissait entièrement normal comme volume et comme consistance. Il semble donc que l'abouchement créé par l'auteur ait donné une anastomose résistante et perméable. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janvier 1904.) — F. M.

Gangrène du côlon et de l'iléon après une opération d'appendicite, par M. N. P. Dandridge.

L'observation relatée dans le présent travail doit nous mettre en garde contre la possibilité d'un grave accident au cours des opérations pour appendicite.

Un homme de vingt-six ans présentait les symptômes habituels de cette affection, avec une tuméfaction très volumineuse et assez indurée dans la fosse iliaque droite. A l'ouverture du ventre on reconnut que cette tumeur, placée sur le bord interne du côlon, un peu au-dessus de la valvule iléo-cæcale, n'occupait pas à proprement parler la cavité séreuse, mais était rétropéritonéale et adhérait au psoas. On la crut formée par les exsudats développés autour de l'appendice et on se mit en devoir de l'extirper. Au cours de ces manœuvres on s'aperçut qu'une artère assez importante la traversait de part en part; on lia ce vaisseau pour achever l'énucléation. La masse enlevée était formée par des ganglions dont quelques-uns atteignaient le volume d'un œuf de poule; on les supposa tout d'abord tuberculeux, mais un examen ultérieur démontra qu'il n'en était rien. Après cette ablation, on découvrit l'appendice : il était rouge, épaissi, long de 7 centim. 1/2, et dépourvu d'adhérences. On ne trouva nulle part de pus.

Le huitième jour, le pansement était tout imprégné de liquides d'odeur fécaloïde. On décolla les lèvres de la plaie et le lendemain il s'en élimina un fragment de côlon long de 6 à 7 centimètres; quelques jours plus tard on recueillait de même une anse nécrosée ayant 23 centimètres de longueur et appartenant à l'intestin grêle. Il s'ensuivit un anus contre nature, d'abord extrêmement vaste et qui se rétrécit ensuite peu à peu. L'état général et local s'étant progressivement amélioré, on entreprit la cure de la fistule intestinale en établissant une anastomose entre le côlon transverse et la dernière anse iléale. Malheureusement cette anastomose ne fonctionna pas, et cinq mois plus tard on dut suturer bout à bout les anses intestinales concourant à la formation de l'anus contre nature. L'opération réussit pleinement, car la fistule qui persista malgré cette dernière intervention se ferma ensuite progressivement.

L'artère qu'on avait liée au cours de l'opération et qui traversait le paquet des glandes rétropéritonéales était sans doute une branche de l'artère mésentérique ayant sous sa dépendance la nutrition du cæcum et de l'iléon, d'où la nécrose qui suivit sa ligature. (*Ann. of Surgery*, septembre 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Avantages du bracelet pneumatique pour obtenir l'hyperémie passive.

La principale difficulté que rencontre dans la pratique l'application du procédé d'hyperémie passive de Bier, dont on connaît les bons effets notamment dans les tuberculoses articulaires, le rhumatisme blennorrhagique, etc. (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 140), consiste à graduer la constriction exercée à la racine du membre, de façon qu'elle soit suffisante sans cependant être trop considérable : insuffisante, elle ne rend pas les services qu'on est en droit d'en attendre; excessive, elle peut entraîner des inconvénients d'autant plus marqués que le lien constricteur est parfois laissé en place douze heures consécutives, et même plus. Cela étant, il y a tout intérêt à connaître le degré de constriction réalisé dans la première séance, afin d'éviter des tâtonnements dans les séances ultérieures.

Dans ce but M. le professeur Henle, privat-docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Breslau, propose de substituer tout simplement, à la bande de caoutchouc mince préconisée par M. Bier, le sphygmomanomètre de Riva-Rocci dont on gonfle d'air le bracelet pneumatique au moyen d'une soufflerie. Ce bracelet est recouvert, sur sa circonférence extérieure, d'une bande de tissu inextensible, de sorte que, lorsqu'on y insuffle de l'air, la pression s'exerce exclusivement au niveau de la face interne du bracelet, déterminant sur les parties molles du membre une constriction dont le manomètre indique le degré.

En général, il est bon de commencer par une pression de 30 à 40 millimètres de mercure et d'aller ensuite en augmentant jusqu'à ce qu'on ait trouvé, par tâtonnements, l'optimum auquel on doit s'arrêter; celui-ci varie, en général, entre 60 et 100 millimètres, suivant les sujets.

Avec le dispositif adopté par M. Henle, il est facile d'augmenter ou de diminuer la pression pour la régler : il suffit, en effet, de laisser échapper une certaine quantité d'air ou d'en insuffler d'autre sans qu'il soit nécessaire de ramener chaque fois la stase à zéro, ainsi que cela est inévitable quand on se sert de la simple bande élastique. C'est là un détail qui a son importance lorsqu'on se trouve en présence d'une affection très douloureuse, ce qui est souvent le cas.

Action résolutive des compresses chaudes dans l'adénite cervicale aiguë des enfants.

Chez l'enfant, M. le docteur J. Bókay, professeur extraordinaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de Budapest, a recommandé naguère de combattre l'adénite cervicale aiguë, simple et non tuberculeuse, par des applications de glace qui auraient pour but d'arrêter le processus irritatif dès le début et d'empêcher ainsi l'inflammation de passer au stade de suppuration. Lorsque, malgré tout, l'évolution se fait vers la suppuration, notre confrère substitue à la glace des compresses chaudes destinées à accélérer la maturation du processus suppuratif et d'avancer le moment de l'incision évacuatrice.

Or, M. le docteur M. Demay de Certant (de Bordeaux) a eu l'idée de supprimer les applications de glace et de se servir d'emblée des compresses très chaudes que M. Bókay n'emploie que lorsque la suppuration est sur le point de s'établir. Ces compresses sont préparées avec une lame assez épaisse de coton hydrophile que l'on trempe dans de l'eau très chaude et que l'on applique, après les avoir légèrement exprimées, sur la région cervicale. Un imperméable — morceau de gutta-percha ou autre — prévient l'évaporation trop rapide de ce pansement humide et le tout est maintenu par quelques tours de bande. Le pansement doit être renouvelé deux fois par jour au moins, plus souvent lorsqu'il ne s'est pas produit d'amélioration sensible au bout de deux ou trois jours.

Sur les 12 cas où M. Demay de Certant a eu l'occasion d'instituer le traitement qu'il préconise, 10 fois la régression des phénomènes s'est produite assez rapidement, le pansement humide ayant été appliqué dès le début de l'affection. Chez les 2 autres petits malades, pour lesquels on n'avait eu recours que tardivement (huit jours, un mois) aux compresses chaudes, celles-ci ont agi en hâtant la suppuration et en avançant le moment de l'incision.

Autoplastie cervicale dans la sténose congénitale du col utérin.

La sténose du col utérin d'origine congénitale se caractérise communément par la forme conique et très allongée qu'affecte la portion vaginale de la matrice et par un rétrécissement excessif que présente l'orifice externe de l'organe. La dysménorrhée et la stérilité sont la conséquence habituelle de cette anomalie; aussi comprend-on que, dans ces cas, les gynécologues n'hésitent pas à recourir à des interventions chirurgicales relativement compliquées, destinées à rétablir un état anatomique plus conforme aux conditions normales. Depuis un certain temps, M. le docteur Bedford Fenwick, chirurgien de l'hôpital des femmes du Soho Square, à Londres, emploie, pour la variété de sténose cervicale dont il s'agit, le procédé très simple que voici :

Avec des ciseaux droits, il fend la paroi cervicale de l'utérus de chaque côté sur une longueur de 1 à 2 centimètres, de façon à obtenir deux lèvres, l'une antérieure et l'autre postérieure, ce qui a pour effet d'agrandir l'orifice utérin. Afin d'empêcher la coalescence qui a tendance à se faire par la suite entre les surfaces cruentées, notre confrère a soin d'unir les plaies de la lèvre antérieure l'une à l'autre par trois sutures transversales à points séparés; pratiquées avec un fort catgut, ces sutures, essentiellement temporaires, ne sont conservées que le temps nécessaire à la cicatrisation de la lèvre postérieure, ce qui exige généralement une dizaine de jours.

M. Fenwick a appliqué ce procédé dans 87 cas : chez toutes ces femmes, il a obtenu une amélioration marquée et, pour 91 % d'entre elles, il a pu constater que les résultats éloignés étaient excellents.

Le « ruban porte-gaze » comme moyen de prévenir l'abandon de compresses dans l'abdomen.

Ayant eu la malchance, au cours d'une opération abdominale, de laisser dans l'abdomen une compresse qu'il lui fut impossible de retrouver malgré les recherches les plus minutieuses, M. le docteur John M. Fisher, professeur adjoint de gynécologie au Jefferson Medical College de Philadelphie, a imaginé un procédé par lequel il croit pouvoir se mettre désormais à l'abri de pareille mésaventure. Voici en quoi consiste ce procédé :

On prépare un ruban large d'un centimètre et long d'environ un mètre, muni, à l'une de ses extrémités, d'un passe-lacet (ou d'une forte aiguille mousse). Quand la laparotomie est pratiquée et que l'on veut garnir le champ opératoire de compresses pour couvrir et isoler les organes abdominaux, on enfile séance tenante, à l'aide du passe-lacet, le ruban dans la première compresse dont on va se servir, et on le fixe au moyen d'un nœud simple. La totalité de la compresse étant engagée dans la cavité péritonéale, on laisse pendre au dehors, par la plaie abdominale, l'extrémité du ruban munie du passe-lacet. On enfile de même sur ce ruban, au fur et à mesure des besoins, les autres compresses que l'on veut introduire dans l'abdomen; de là le nom de « ruban porte-gaze » sous lequel M. Fisher désigne le dispositif préconisé par lui.

Il est de la sorte impossible d'oublier une compresse dans la cavité abdominale, puisque toutes celles qui ont été utilisées sont fixées à un ruban dont l'un des bouts est noué à la compresse qui a servi en premier lieu, tandis que l'autre bout du ruban pend en dehors de la cavité abdominale.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. A. CHAUFFARD.

Des indications thérapeutiques dans la cholélithiase infectée.

La lithiase biliaire est une maladie infiniment complexe dans ses formes cliniques, dans les complications si variées qui peuvent en accidenter le cours, dans les indications thérapeutiques qu'elle suscite.

J'ai déjà (1) tenté d'établir les règles du traitement médical dans les coliques hépatiques à répétition, et j'ai montré que ce traitement devait être systématique, longtemps poursuivi pendant les périodes de guérison apparente qui séparent les crises ; le salicylate de soude à petites doses, associé au benzoate de soude ou au sel de Carlsbad, et à l'huile de Harlem, m'a donné les meilleurs résultats, et je suis resté fidèle à cette méthode de traitement qui, du reste, est entrée aujourd'hui dans la pratique de beaucoup de médecins.

Mais je n'avais envisagé que les cas de cholélithiase non compliqués, apyrétiques, sans adjonction d'infection secondaire des voies biliaires.

Dans cette seconde catégorie de faits, quand *la cholélithiase est infectée*, la situation clinique devient tout autre, beaucoup plus dangereuse et pressante. Faut-il opérer le malade, et l'opérer d'urgence, à chaud? Peut-on attendre? Disposons-nous de moyens médicaux qui nous donnent quelques chances de succès? Peut-on essayer de faire le départ des cas exclusivement justiciables de la chirurgie et de ceux dont on peut espérer et tenter la guérison médicale? Voilà tout autant de questions d'importance majeure qui se posent, et sur lesquelles l'accord en pratique est loin d'être général.

A ces différentes questions, une réponse peut être faite, très simple, trop simple à mon avis : toute lithiase biliaire doit être opérée à sa phase vésiculaire, même non infectée, et à plus forte raison quand elle se complique d'infection aiguë. C'est la thèse qui a été soutenue par M. Lejars (2). Je suis loin de l'accepter pour la cholélithiase non infectée, et je crois bien que la plupart des médecins partageraient, sur ce point, ma manière de voir. Mais laissons ce côté du problème, et tenons-nous en aux cholélithiases infectées.

Doit-on toutes les opérer d'urgence, auquel cas toute discussion thérapeutique deviendrait ici superflue? Ce serait admettre que le traitement médical est impuissant ou dangereux, que seule l'intervention chirurgicale conduit au succès.

Je pense qu'il n'en est rien, qu'il faut examiner et peser chaque cas individuel, porter un jugement médical sur les risques que peuvent entraîner les deux méthodes thérapeutiques. Le vieil aphorisme *Ars tota in indicationibus* reste toujours vrai.

On dit que la cholélithiase est compliquée d'infection biliaire quand, au cours des coliques hépatiques ou dans leurs intervalles, apparaissent des symptômes très significatifs, et dont il nous faut dire un mot.

Au premier rang de ces symptômes, il convient de placer le *frisson* et la *fièvre*, mais en distinguant plusieurs catégories de faits de gravité croissante.

Beaucoup de malades se plaignent, au cours de chaque crise hépatique, d'une sensation pénible de froid, d'une véritable *algidité*, sans frisson cependant ni réaction fébrile. D'autres ont, pendant la crise, un frisson plus ou moins prolongé, sans fièvre, état déjà plus suspect, et qui confine aux formes atténuées de l'infection biliaire.

Pour la fièvre hépatalgique de Charcot, l'origine infectieuse n'est pas douteuse, et tout lithiasique atteint de grands accès de fièvre avec frisson, que ces accès accompagnent la crise douloureuse ou surviennent isolément, doit être tenu pour un infecté. La non-périodicité de ces accès, leur résistance à la médication quinique, l'état apyrétique pendant leurs intervalles, achèvent de caractériser ces formes déjà graves, et dont le pronostic devient d'autant plus sérieux que la réaction fébrile s'isole plus nettement du paroxysme douloureux.

Enfin, reste un groupe de faits où la fièvre ne procède plus par accès, mais devient continue, oscillant par exemple entre 39° et 40°; ce sont les cas qui ont le plus de tendance à évoluer vers l'angiocholite suppurée ou le phlegmon biliaire sous-hépatique.

L'examen hématologique donne des renseignements presque aussi importants que la courbe thermométrique, et les deux méthodes se complètent par des résultats parfois superposables. Tel est le cas relaté par M. F. Pick (1), où en cinq mois se montrèrent 46 grands accès fébriles, accompagnés chacun d'une poussée leucocytaire variant entre 18,000 et 34,000, alors que pendant les périodes apyrétiques le chiffre des leucocytes restait normal. Le tracé de la *figure 1*, recueilli sur un de mes malades de l'hôpital Cochin, est également très démonstratif.

L'augmentation du nombre des globules blancs porte sur les polynucléaires, dont la proportion, dans un cas récent de M. Claude (2), s'élevait à 89 et 91 %.

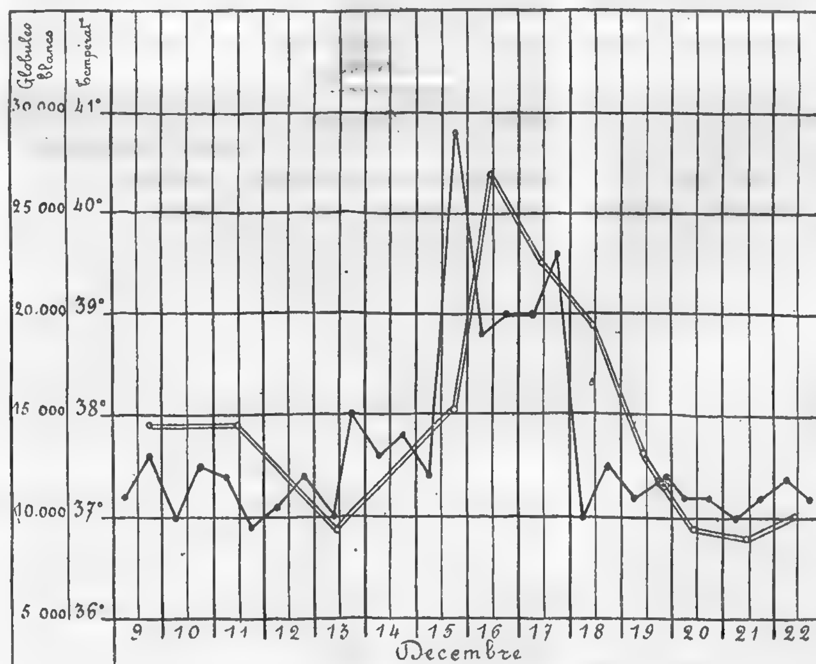


Fig. 1.

——— Température.
═══ Nombre des globules blancs.

C'est bien la réaction fébrile, c'est-à-dire l'état bilio-septique, et non la douleur, qui accompagne l'hyperleucocytose avec polynucléose, car celle-ci fait défaut dans les poussées douloureuses de péricholécystite et de cholécystite scléreuse sans tendance à la suppuration.

Il est probable que les formes fébriles continues ou rémittentes s'associent à une hyperleucocytose permanente, mais je n'ai aucun fait que je puisse en citer comme exemple.

L'ensemencement du sang pris dans une veine du pli du coude, et pratiqué suivant la technique moderne, pourrait, au moment des accès fébriles, donner des résultats positifs.

L'examen direct de la région vésiculaire et sous-hépatique permet de distinguer deux groupes de cas : dans les uns, la palpation (qui toujours doit être bimanuelle) ne décèle qu'un endolorissement profond ou une sensibilité plus ou moins exquise au foyer vésiculaire, avec un certain degré de défense musculaire de la paroi ; dans les autres, beaucoup plus rares, la main reconnaît et délimite soit une vésicule augmentée de volume, soit un empâtement sous-hépatique, ou une rénitence profonde. La douleur spontanée se montre plutôt sous forme de crises dans le premier cas, avec un caractère plus continu et lancinant dans le second.

L'ictère est habituel, souvent léger, et plus prononcé après les paroxysmes douloureux ou fébriles, mais on ne peut pas dire que, par lui-même, il constitue un signe d'infection biliaire. La splénomégalie, en général modérée, présente à cet égard une plus grande valeur.

Enfin, ajoutons que l'examen de notre lithiasique doit toujours être minutieux et complet, que toute détermination rénale, pleuro-pulmonaire ou cardiaque, doit être recherchée avec le plus grand soin.

Voilà donc les éléments cliniques dont nous disposons, et qu'il nous faut mettre en œuvre pour la discussion et le choix de notre ligne de conduite thérapeutique.

Prenons d'abord les cas les plus nets. Il en est pour lesquels, d'emblée, l'intervention s'impose, devient presque de la chirurgie d'urgence ; tel un homme, que je voyais récemment avec mon collègue M. Xavier Gouraud, lithiasique de vieille date, et qui revenait de la campagne atteint depuis une quinzaine de jours de fièvre à grands accès d'abord, puis rémittente et oscillant autour de 40°, avec subictère, rénitence profonde et douloureuse sous-hépatique, langue sèche, subdélire nocturne. L'opération, pratiquée par M. Segond, montra une cholécystite suppurée et gangréneuse, avec pus fétide et gazeux, par fermentation anaérobie très probablement ; la fièvre céda immédiatement après l'intervention et la guérison se fit sans complication. Voilà à coup sûr un malade qui serait mort sans la chirurgie, et qui ne pouvait guérir que par elle.

Donc, dans ces formes graves et toxiques, quand la fièvre s'est allumée depuis déjà bien des jours, qu'elle tend à devenir rémittente ou continue, que l'état général du patient est compromis, il n'y a pas de temps à perdre pour intervenir ; le *grand infecté* ne peut pas attendre, et le drainage biliaire, comme l'a montré depuis longtemps M. Terrier, reste sa seule planche de salut.

A opérer également, et à bref délai, les lithiasiques en rétention biliaire, ceux chez qui l'on constate l'existence d'une vésicule grosse, tendue et douloureuse, ou d'un empâtement plus ou moins diffus et profond de la région sous-hépatique, en même temps que le tracé fébrile

(1) A. CHAUFFARD. Du traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 1-3.)

(2) F. LEJARS. Valeur et indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 381-386.)

(1) F. PICK. La fièvre intermittente hépatique. (*Comptes rendus du treizième Congrès international de médecine*, section de pathologie interne, Paris, 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 284.) — Ueber intermittirendes Gallenfieber (fièvre hépatique intermittente, Charcot); ein Beitrag zur Lehre von der Harnstoffbildung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1900, LXIX, 1-2.)

(2) H. CLAUDE. Angio-cholécystite calculeuse suppurée; valeur diagnostique de l'examen hématologique. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mars 1903, p. 297-300.)

tend à devenir continu, et la leucocytose permanente. Ces malades-là font ou vont faire du pus, l'indication chirurgicale est évidente.

Donc, trois indications bien nettes me paraissent nécessiter l'intervention opératoire immédiate : *gravité des accidents fébriles et de l'état général, rétention biliaire, présence ou imminence de la suppuration*, et souvent toutes trois s'associent ou se combinent chez le même sujet.

Faut-il opérer également les malades qui ont déjà de l'infection en voie de généralisation, avec néphrite par exemple, ou congestion pulmonaire, ou endocardite? On ne saurait formuler ici de règle de conduite, et seule l'appréciation clinique directe permettra de conclure dans ces cas toujours très graves, et dont le pronostic ne peut guère être que mauvais.

Par opposition à ces différents types de cholélithiase infectée, il est une catégorie de malades que l'on a fréquemment l'occasion d'observer, et pour lesquels je pense que l'intervention chirurgicale doit, autant qu'il est possible, être évitée. Ce sont des femmes le plus souvent, âgées de cinquante à soixante ans, lithiasiques d'ancienne date, obèses, à ventre adipeux et flasque, à myocarde mou et hypotonique, souvent variqueuses, et pouvant présenter dans les urines un peu de glycose ou d'albumine. Ce sont à la fois des organismes sans résistance, et de mauvais ventres à opérer, auxquels seule la nécessité doit faire toucher, la formation d'un abcès par exemple. En revanche, ces patientes peuvent parfaitement guérir par le traitement médical. En veut-on quelques exemples? Une femme de soixante-cinq ans, grande obèse et presque impotente, est atteinte depuis 1879 de coliques hépatiques répétées avec ictère. En décembre et janvier 1900 évolue toute une série de crises très douloureuses, sans ictère, avec sensibilité locale profonde, paraissant dues à une poussée de cholécystite plutôt qu'à de vraies coliques hépatiques, et accompagnées d'une fièvre irrégulière, rémittente et vespérale, atteignant souvent 39°. Je la vois avec M. Bonneau (de Mantes) et, sous l'influence d'un traitement médical, crises douloureuses et fièvre disparaissent rapidement. Depuis lors, cette malade a tous les ans plusieurs coliques hépatiques, mais les accidents fébriles n'ont pas reparu.

Une autre patiente, de soixante ans, grande obèse héréditaire, avec xanthôme palpébral, lithiasique depuis vingt-deux ans, est prise en décembre 1902 de petits frissons répétés ; le 23, le 24 et le 25 du même mois, elle a de grands frissons avec températures de 39°8, de 40°5, de 40°8 ; en même temps, on constate une sensibilité douloureuse profonde dans la région de la vésicule ; il y a du subictère, un état nauséeux ; les urines sont bilieuses ; le 26, nouvel accès à 39°6, à 40°4 le 27, à 40°2 le 28. Outre le traitement interne, sur lequel nous reviendrons, des bains à 32° sont prescrits au moment des paroxysmes fébriles. Malgré la gravité des accidents, ceux-ci tournent court assez vite ; le 16 janvier la malade est en pleine convalescence, ne conservant qu'un peu de sensibilité profonde dans la région de la vésicule, et actuellement, depuis un an, aucune rechute n'a eu lieu.

Pour ce type très particulier de lithiasiques, le traitement médical peut donc donner de beaux succès, et en leur faisant, je crois, courir de moindres risques qu'une intervention chirurgicale qui ne pourrait être pratiquée que dans des conditions difficiles et dangereuses.

Ces premières éliminations une fois faites, reste le grand nombre des cas moyens, dans lesquels l'infection biliaire se traduit par une série de grands accès fébriles avec douleur locale et souvent subictère.

En voici deux exemples cliniques, traités et guéris par les moyens médicaux :

Le 5 août 1902, je voyais à Auxerre, avec M. Pillot, un malade âgé de quarante-cinq ans, atteint depuis 1896 d'une série de coliques hépatiques qui avaient nécessité trois cures à Vichy. Le 24 juin 1902, cet homme a une grande crise très douloureuse ; du 3 juillet au 4 août surviennent des crises répétées presque chaque jour, et quatre grands accès fébriles à 40°, suivis de sueurs profuses. Le patient, quand je le vis, était très amaigri, subictérique, avec urines biliphéiques et douleur provoquée par la pression au niveau de la vésicule, sans empâtement ni résistance profonde à ce niveau.

Le dernier accès fébrile avait eu lieu la veille, et j'avoue que je ne mis guère en doute la nécessité très prochaine d'une intervention opératoire. Cependant je conseillai de tenter, jusqu'à apparition d'un nouvel accès, le traitement médical, ce qui fut fait, et avec un résultat aussi démonstratif que possible. Aucun accès fébrile ni douloureux ne se produisit, et la guérison fut obtenue sans complication. En octobre, je revis cet homme, engraissé de quinze livres, et il est resté depuis en parfait état de santé.

L'histoire d'un de mes malades de l'hôpital Cochin n'est pas moins instructive. Cet homme, âgé de quarante-quatre ans, avait eu à plusieurs reprises, depuis sa trentième année, des coliques hépatiques avec ictère, survenant par séries successives séparées par de longs intervalles de repos ; depuis un an les crises étaient devenues de plus en plus fréquentes, au point de se répéter presque tous les huit jours : crises typiques par les localisations douloureuses, l'ictère, la cholurie, la décoloration des fèces, accompagnées d'un grand frisson et de sueurs profuses, le tout disparaissant en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Les trois dernières crises avaient été particulièrement violentes, avec fièvre, sensation de gonflement de la région hépatique, nausées, grands frissons très prolongés.

Le 28 juillet 1903, trois jours après la crise précédente, je constate chez ce malade du subictère avec cholurie, un foie débordant légèrement les fausses côtes, partout endolori, avec un foyer douloureux très net au niveau de la vésicule.

Le traitement médical est institué. Le 28, jour de l'examen, cet homme a une crise ébauchée avec petit frisson, et une crise analogue se reproduit le 30. Le 2 août, survient une grande crise avec ictère franc, violent frisson et poussée brusque de fièvre, douleur accrue au niveau de la vésicule. Cette crise fut la dernière, alors que ce malade n'avait cessé de souffrir depuis un an. Le poids, qui était tombé à 64 kilogrammes, était augmenté de 2 kilogrammes au 25 août, et, le 20 octobre, atteignait 71 kilogrammes. La guérison s'est maintenue depuis sans incident.

Voilà donc des faits cliniques très nets — et j'en pourrais citer d'autres si ceux-ci ne me paraissaient suffisamment démonstratifs — dans lesquels la disparition d'accidents lithiasiques graves, fébriles et douloureux, a été obtenue par les seules ressources du traitement médical.

Tous les cas ne sont pas aussi favorables. Les accès fébriles, avec ou sans paroxysmes douloureux, peuvent ne pas céder au traitement, surtout quand le début des accidents actuels est déjà ancien. Il va sans dire qu'il faut alors, sans hésiter, recourir à l'intervention chirurgicale.

Celle-ci sera encore tout indiquée si la cholécystite lithiasique évolue vers la suppuration, comme c'était le cas pour un malade âgé de soixante-deux ans, obèse, que je voyais le 25 juillet 1903 avec M. Boureau, à l'obligeance de qui je dois le tracé ci-dessous (*fig. 2*). Sans entrer dans le détail de l'observation, le tracé est à lui seul assez significatif, et montre bien la défervescence graduelle obtenue dès l'institution du traitement médical. Mais le résultat ne fut que momentané et partiel ; bientôt la fièvre reprit, pour ne céder qu'après ouverture d'un gros phlegmon sous-hépatique, suivie de guérison sans complication.

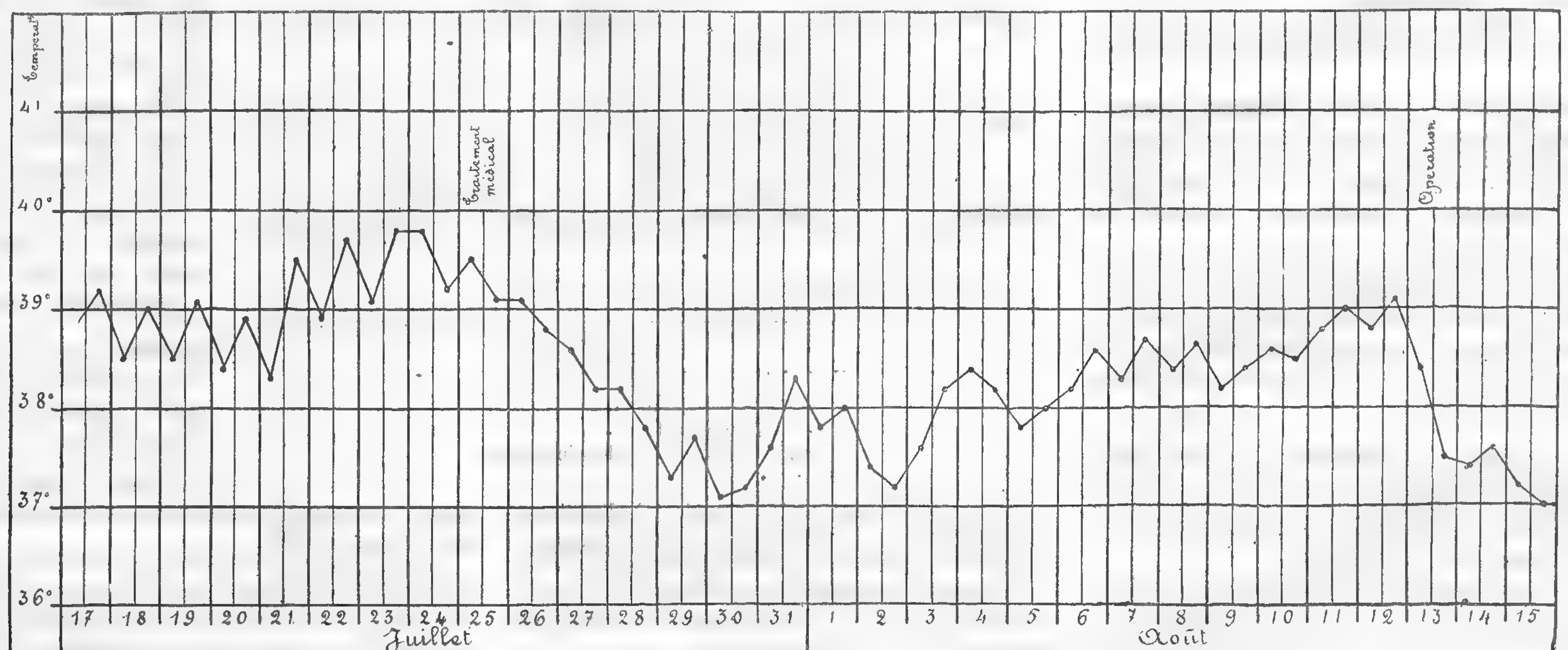


Fig. 2.

Comme conclusions de cette courte enquête

clinique, nous pouvons donc dire : que certains cholélithiasiques infectés doivent être opérés d'emblée ; que d'autres ne doivent l'être qu'en dernière ressource, en raison notamment de leur âge et de leur état de grande obésité ; que chez d'autres enfin le traitement médical peut être tenté et donnera souvent de très beaux résultats.

Pour nous guider dans la détermination à prendre, nous avons vu qu'il fallait tenir compte du type de la fièvre, intermittente, rémittente ou continue ; du type de la leucocytose, dont le tracé est en général sensiblement parallèle à celui de la température ; de la rétention biliaire ; des signes locaux, surtout au point de vue d'une évolution possible vers la suppuration ; enfin de l'état général et de l'examen rigoureux de tous les organes.

C'est par la mise en valeur de ces différentes données que, pour chaque cas particulier, nous pourrons espérer préciser les indications thérapeutiques à remplir, faire le départ des cas médicaux et des cas chirurgicaux.

Mais avant d'aller plus loin, il est une objection capitale qui se dresse devant nous. Tenter, chez un lithiasique infecté, un traitement médical, est-ce chose prudente, et ne s'expose-t-on pas, en cas d'échec, à voir la maladie s'aggraver dans ses conséquences générales ou locales ? L'exemple de l'appendicite, avec ses « accalmies traîtresses » si bien décrites par M. Dieulafoy, ne peut pas ne pas venir à l'esprit ; c'est donc une question à examiner.

En fait, dans l'appendicite et la cholécystite lithiasique, il s'agit bien d'infections en cavités closes, mais de gravité très différente. Pour l'appendicite, tout est à craindre, gangrènes et perforations, péritonite diffuse, abcès sous-diaphragmatiques ou pleuraux, néphrites toxiques, abcès aréolaires ou dégénérescences toxiques du foie, et tout cela peut éclater de la façon la plus inopinée, la plus imprévue.

Bien moins fréquentes, heureusement, sont toutes ces complications dans l'infection biliaire calculeuse, et surtout bien moins insidieuses. Les cas à septicémie grave trahissent de bonne heure leur malignité, et, nous l'avons vu, doivent être opérés d'emblée ; pour ceux, moins urgents, dans lesquels on croit pouvoir tenter le traitement médical, la surveillance attentive de la région permet toujours de déceler l'apparition prochaine du pus et d'intervenir en temps opportun. Nous n'avons guère à craindre ici, sauf temporisation vraiment excessive, les terribles surprises qui marchent dans l'ombre de l'appendicite.

Enfin, dernière différence entre les deux maladies, on peut dire qu'il n'y a pas de traitement antiseptique interne de l'appendicite, alors qu'il en existe un, et des plus efficaces, pour la cholélithiase infectée. Comment devons-nous donc comprendre et formuler le traitement médical des infections biliaires d'origine calculeuse ?

Rappelons-nous, tout d'abord, que le point de départ des germes infectants est dans l'intestin. La première indication sera donc de réduire les fermentations intestinales à leur minimum par la diète lactée, et même, dans les cas graves, par la *diète hydrique*. Comme pour l'appendicite, il y aura souvent avantage à ne donner au malade, pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, que des boissons aqueuses, eau d'Evian ou tisanes diurétiques par exemple, et en quantités suffisantes pour favoriser la dépuration urinaire.

Contre la localisation inflammatoire elle-même, l'application large et permanente, au niveau de la région de la vésicule, de *vessies de glace* pourra être très utile, nouvelle ressemblance avec le traitement médical de l'appendicite. Mais la vessie n'est pas toujours bien tolérée, soit à cause de son poids, soit que son application provoque des contractions douloureuses de la vésicule. On obtiendra alors plus de soulagement par les compresses chaudes humides, fréquemment renouvelées, et recouvertes d'un taffetas chiffon.

Enfin, reste la troisième et principale indication : réaliser, dans les limites du possible, *l'antisepsie des voies biliaires*. Il y a forcément dans cette partie du traitement quelque chose d'un peu hypothétique, puisque nous n'avons aucun moyen de vérifier directement l'efficacité de cette antisepsie biliaire ; nous ne pouvons que la déduire à la fois des faits cliniques observés, et des observations expérimentales qui démontrent l'élimination biliaire de l'acide salicylique.

C'est encore, en effet, à la *médication salicylique*, cette médication héroïque de la cholélithiase, que nous devons avoir recours, mais sous une forme un peu différente de celle que j'ai conseillée pour la lithiase non infectée. Au lieu d'associer le salicylate de soude au benzoate de soude, nous le combinerons au salol (salicylate de phénol) et au bétol (salicylate de naphtol). Du mélange à parties égales de ces trois sels, je donne généralement par vingt-quatre heures trois prises de 1 gramme chacune, en paquets plutôt qu'en cachets, car j'ai vu quelquefois ceux-ci ne pas se dissoudre et passer inaltérés dans les fèces.

C'est donc par l'association de l'acide salicylique, de l'acide phénique et du naphtol, que l'on peut espérer obtenir l'antisepsie biliaire, et avec des résultats que les quelques faits cliniques relatés plus haut permettent d'apprécier. J'ajoute que, dans certains accès très fébriles ou d'un peu longue durée, l'administration de bains tempérés, de 30° à 32°, peut devenir fort utile.

Il va sans dire que, une fois les accidents infectieux éteints, la méthode des traitements intercalaires préventifs retrouve pleinement son indication.

Telles sont les règles de conduite médicale que l'expérience m'a fait adopter ; je tenais d'autant plus à vous les faire connaître que la lithiase biliaire m'a toujours paru une maladie insuffisamment traitée, alors qu'elle est une de celles qui méritent le plus de retenir à un égal degré toute l'attention du médecin et du chirurgien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 janvier 1904.

Action des rayons de Röntgen sur les tissus animaux.

MM. R. Lépine et **Boulud**. — Nous avons trouvé que des fragments de pancréas de chien exposés aux rayons de Röntgen présentent un pouvoir réducteur beaucoup plus fort que des fragments semblables laissés à l'abri de ces rayons. La différence a, dans un cas, dépassé 25 %, la moyenne de cinq expériences étant de 12 %.

Exposée aux rayons pendant moins d'une heure, la pulpe de foie de chien renferme presque toujours moins de glycogène et plus de sucre que la pulpe témoin, et la somme du glycogène et du sucre y est moindre. Le premier effet des rayons X serait donc de favoriser la glycogénie et la glycolyse hépatiques. Mais quand l'exposition a été prolongée au delà d'une heure, les conditions sont renversées et glycogénie et glycolyse hépatiques sont diminuées.

Il en est de même pour le sang où la glycogénie et la glycolyse sont, au début, favorisées par les rayons de Röntgen, tandis que l'action radiologique plus ou moins prolongée diminue et peut arrêter l'une et l'autre.

La glande interstitielle a seule, dans le testicule, une action générale sur l'organisme.

MM. P. Bouin et **P. Ancel** envoient une note rendant compte d'une expérience qui tendrait à prouver que le rôle général attribué depuis longtemps à la totalité du testicule ne revient qu'à certains éléments testiculaires, éléments dits interstitiels et dont ils désignent l'ensemble sous le nom de glande interstitielle. L'expérience a été faite sur des lapins auxquels les auteurs ont enlevé un testicule puis ligaturé le canal déférent du côté opposé, et qui ont été sacrifiés six mois après. L'examen histologique de l'organe révéla que les cellules séminales étaient en pleine dégénérescence et avaient même disparu en grande partie ; quant à la glande interstitielle, elle était considérablement hypertrophiée et possédait un volume total au moins égal au double de son volume normal dans le testicule du lapin. Les animaux opérés ayant conservé leurs caractères sexuels secondaires et leur activité génitale, il semble qu'il y ait lieu d'admettre une dissociation fonctionnelle entre les éléments séminaux et la glande interstitielle. Contrairement à l'opinion de Brown-Séquard, le liquide séminal n'aurait donc aucune action sur l'organisme, et la glande interstitielle serait seule chargée de la fonction générale communément attribuée au testicule tout entier.

La radiothérapie, moyen de diagnostic et de thérapeutique de certains fibromes.

M. Foveau de Courmelles adresse une note dans laquelle il relate les résultats qu'il a obtenus par la radiothérapie dans deux cas douteux de fibromes utérins où l'aspect cachectique, le teint jaunâtre, les douleurs faisaient penser à la possibilité d'une tumeur maligne et où l'opération fut refusée par les malades.

Le premier fait concerne une femme de quarante-sept ans, qui avait une tumeur remontant à 20 centimètres au-dessus de l'ombilic ; après 27 séances de radiothérapie, les couleurs, les forces, l'appétit et le sommeil sont revenus et la tumeur est au-dessous de l'ombilic. Dans l'autre cas, la tumeur qui n'avait que le volume d'un gros œuf, a diminué de moitié pendant le même laps de temps et l'état général s'est également amélioré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1904.

Bons effets de la castration utéro-ovarienne dans un cas de cancer du sein.

M. Guinard. — Voici une femme âgée de quarante-cinq ans, que j'ai opérée, il y a trois mois, pour un volumineux fibrome de l'utérus ayant nécessité une hystérectomie abdominale subtotale. Cette malade avait en même temps un cancer mammaire, avec adénopathie axillaire. Or, consécutivement à la castration utéro-ovarienne, l'adénopathie a complètement disparu ; quant au néoplasme primitif du sein, il a notablement diminué de volume et ses adhérences à la peau et au grand pectoral se sont fort assouplies. Une biopsie pratiquée tout récemment, pour permettre la vérification histologique du diagnostic clinique, a montré qu'il s'agissait d'un squirrhe.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion de faire, dans des cas analogues, des constatations tout opposées. Je vous citerai notamment l'observation d'une religieuse, chez laquelle, après avoir pratiqué une hystérectomie pour fibrome, je constatai, en faisant le pansement, l'existence d'un cancer du sein qui avait échappé à mon examen. Ultérieurement, cette malade a présenté tous les signes d'une généralisation cancéreuse au niveau de la colonne vertébrale, et la castration utéro-ovarienne ne semble avoir exercé aucune influence sur l'évolution du cancer.

M. Quénu. — Le résultat obtenu par M. Guinard est particulièrement troublant. A mon avis, cependant, sa malade n'est pas guérie ; ce cas serait plus démonstratif si l'on avait pu examiner histologiquement les ganglions axillaires et y constater la présence d'éléments épithéliaux.

M. Pierre Delbet. — Les relations physiologiques existant entre la glande mammaire et les organes génitaux sont bien connues ; mais il est remarquable que, chez la malade de M. Guinard, ce soit moins la tumeur du sein que l'adénopathie qui ait été influencée ; c'est là un résultat tout à fait extraordinaire.

M. Segond. — Je puis vous citer, dans le même ordre d'idées que l'observation de M. Routier, le cas d'une femme dont j'avais enlevé les deux ovaires kystiques et que j'ai dû ultérieurement opérer pour un cancer du sein. Quant à la malade de M. Guinard, je crois que nous avons le devoir de proclamer que le succès apparent obtenu chez elle constitue purement et simplement une curiosité clinique et ne saurait autoriser aucune conclusion relative au traitement des cancers du sein par la castration utéro-ovarienne.

M. Kirmisson. — Je m'associe pleinement aux réserves formulées par M. Segond; la malade de M. Guinard n'est pas guérie, et je dois ajouter que nous voyons souvent des squirrhes du sein se comporter de la sorte.

Traitement des fractures du membre inférieur.

M. Pierre Delbet. — Contrairement aux assertions de M. Hennequin, qui pense que les appareils de marche ne méritent que très imparfaitement le nom qu'on leur a attribué (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 418), je puis affirmer que tous les malades, atteints de fractures de cuisse, auxquels j'ai appliqué des appareils de ce genre, étaient capables de circuler facilement et d'une façon véritablement utile; l'un d'eux, en particulier, a pu continuer à surveiller les ateliers qu'il dirige; quant aux enfants ainsi traités, ils marchaient et couraient.

Pour apprécier le résultat du traitement d'une fracture du fémur, j'estime, comme M. Tuffier, qu'il faut s'en rapporter aux radiographies beaucoup plus qu'aux mensurations, à la condition toutefois qu'on ait le soin de faire prendre deux radiographies sur deux plans réciproquement perpendiculaires. J'ai consulté, à ce propos, les collections de clichés qui sont conservées dans les services de radiographie de nos hôpitaux, et je puis vous dire que pas un seul résultat, fourni par l'extension continue, ne m'a paru supérieur à ceux que m'ont donnés les appareils de marche.

Je n'en considère pas moins l'appareil de M. Hennequin comme bon, mais je trouve qu'il est exagéré de dire qu'on obtient avec cet appareil une réduction anatomique parfaite.

D'ailleurs, je crois devoir ajouter que l'on a eu tort de comparer, dans cette discussion, les appareils de marche aux procédés d'extension continue, les premiers n'ayant pas été proposés comme une méthode de réduction des fractures du fémur.

Torsion intravaginale du cordon spermatique.

M. Legueu. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Souligoux, relativement à un cas de torsion du cordon spermatique. La torsion était intravaginale : on ne saurait, par conséquent, faire jouer un rôle à l'ectopie testiculaire dans sa production; pour que cette variété puisse être réalisée, il faut, d'une part, un allongement considérable de la cavité vaginale, et, d'autre part, une suppression du mésorchis; c'est d'ailleurs ce que l'on a constaté dans toutes les observations analogues qui ont été publiées.

Il ne faut pas confondre cette forme avec une autre variété, beaucoup plus rare, dans laquelle la torsion se produit suivant un mécanisme tout à fait semblable à celui du bistournage pratiqué par les vétérinaires; en pareil cas, la torsion est extravaginale, et le testicule tourne sur lui-même avec toutes ses enveloppes; j'en ai observé, il y a quelques années, un exemple chez un enfant de treize ans.

Dans le cas de M. Souligoux, l'étranglement était très serré, le testicule avait subi un éclatement et l'épididyme présentait un certain degré de sphacèle; notre collègue a donc cru devoir pratiquer la castration.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 janvier 1904.

Accidents cérébraux au cours de la résorption de certains œdèmes.

M. Merklen relate les observations de 5 malades artérioscléreux avec insuffisance rénale, chez lesquels survinrent des accidents cérébraux au cours de la résorption d'œdèmes d'origine cardiaque ou hépatique. Ces accidents consistèrent en torpeur avec respiration de Cheyne-Stokes, délire, confusion mentale ou agitation avec angoisse, et même en coma avec raideur musculaire généralisée, signe de Kernig et relâchement des sphincters. Un seul des patients a succombé. Trois ont guéri, les accidents ayant disparu au bout de quelques jours ou de quelques semaines; chez le cinquième ils se sont renouvelés à deux reprises, pour cesser avec la réapparition des œdèmes. Dans ce dernier cas la résorption avait été brusque et spontanée, tandis que dans les autres elle fut lente et provoquée par la médication.

Une particularité qui mérite d'attirer l'attention c'est que, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, l'insuffisance de la polyurie libératrice se prolongea tout en restant modérée. On peut en conclure qu'il y a eu désaccord entre les deux actes constitutifs de la crise des œdèmes, c'est-à-dire leur résorption et leur élimination par les urines, et que la dilution sanguine, qui en est l'étape intermédiaire, s'était prolongée plus que de coutume par suite de l'insuffisance de l'émonctoire rénal. Les accidents nerveux qui en ont été la conséquence peuvent être attribués soit à de l'œdème cérébral, comme le pensait Andral qui les avait parfaitement décrits et les comparait aux troubles produits chez les animaux par l'injection d'eau dans les veines, soit à la rétention dans le sang des principes excrémentitiels résorbés et non éliminés. Cette dernière hypothèse a été proposée par Vogel, Picard, Bartels, pour expliquer les crises éclamptiques qui, chez les brightiques, succèdent à la résorption des œdèmes et précèdent la guérison. M. Eichhorst, qui a observé un certain nombre de cas de délire provoqué chez les cardiaques par la résorption de leurs hydropisies, a défendu cette même interprétation.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de combattre la rétention et ses effets par des évacuations supplémentaires au moyen d'émissions sanguines ou de purgatifs. Il est, en outre, indiqué lorsqu'on se trouve en présence de ces accidents, de ne pas suspendre l'emploi des médications cardio-toniques et diurétiques, celles-ci ne pouvant en aucun cas être rendues responsables des complications observées. Ce dernier point a été bien mis en lumière par M. Eichhorst, qui a vu disparaître ces complications tout en continuant l'usage de la théobromine et de la digitale.

Quant au pronostic de ces accidents il est moins sombre qu'on ne l'a dit et la guérison, si l'on en juge par les cas qui viennent d'être rapportés, serait le mode de terminaison le plus habituel.

M. Dupré fait remarquer que les accidents cérébraux survenant chez les malades en état d'insuffisance rénale s'amendent en général très rapidement à la suite de la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.

M. Barth ne croit pas que la résorption des œdèmes soit la véritable cause des accidents observés par M. Merklen, et pense que ceux-ci sont plutôt le fait de la rétention des produits excrémentitiels dans le sang, ainsi que semblent du reste l'indiquer les bons effets de la médication déplétive.

Déformation du squelette thoracique et paraplégie spasmodique dans un cas de maladie de Recklinghausen.

M. Gasne présente une femme atteinte de maladie de Recklinghausen chez laquelle on constate, en outre, une déformation de la cage thoracique et une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde, etc.

Une autre particularité intéressante, c'est que la malade a transmis, à trois de ses enfants sur quatre, des lésions pigmentaires caractéristiques de l'affection, et cela à l'exclusion des autres symptômes. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion de M. Thibierge, à savoir que le diagnostic de maladie de Recklinghausen est légitime chez les sujets qui présentent uniquement des pigmentations sans dermo ni neuro-fibromatose.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 janvier 1904.

Des pseudo-guérisons de la leucémie.

M. Plehn montre un homme qui entra dans son service au mois d'octobre dernier, avec tous les signes d'une leucémie grave : son sang renfermait 90,000 leucocytes par millimètre cube avec seulement 2 millions d'hématies; il avait de l'ascite, de la tuméfaction du foie et de la rate, un hématome dans la région splénique, des hémorrhagies rétiniennes, etc. Ce malade fut soumis au traitement arsenical intensif. Tout d'abord son état empira, puis, peu à peu, les forces revinrent, la splénomégalie et l'hypertrophie hépatique disparurent; actuellement le patient donne tout à fait l'impression d'être guéri : il ne conserve qu'une légère lymphocytose relative.

Pour l'orateur, une telle amélioration serait absolument exceptionnelle dans la leucémie où la rétrocession des symptômes hématologiques, quand elle se produit, coïncide généralement avec une aggravation de l'état général.

M. H. Kohn ne croit pas ces pseudo-guérisons aussi rares que le pense M. Plehn; pour sa part il a eu l'occasion d'en observer 2 cas. L'un de ces faits concerne un enfant de trois ans, affecté d'une leucémie extrêmement grave, et qui paraissait perdu quand l'orateur le vit; sous la simple influence de l'alimentation et des stimulants (injections d'huile camphrée) — car les préparations arsenicales n'étaient pas tolérées — ce garçonnet revint à la santé, au point de donner, au bout de quelques semaines, l'impression d'un enfant tout à fait bien portant; mais cette amélioration ne persista que trois mois, et le petit malade finit par succomber. Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme qui, soignée il y a une douzaine d'années pour une leucémie grave, est encore vivante et mène une existence active, malgré la persistance de certains troubles.

Pour M. Kohn, la lymphocytose relative que l'on constate encore chez le malade de M. Plehn prouve bien que cet homme n'est pas guéri.

M. Senator déclare aussi que ces rémissions sont assez fréquentes dans la leucémie; il dit en avoir observé plusieurs exemples.

L'acide chlorhydrique contre la goutte.

M. Falkenstein fait une communication tendant à démontrer que la goutte est liée à des troubles sécrétoires fonctionnels des glandes de l'estomac, et qu'il y a lieu de la traiter par l'administration d'acide chlorhydrique.

Ce moyen a été essayé par M. Falkenstein sur lui-même : goutteux depuis vingt-trois ans, ce n'est que dans ces deux dernières années — après avoir usé sans succès des médications usuelles — qu'il se mit à prendre chaque jour de 40 à 60 gouttes d'acide chlorhydrique chimiquement pur, ce qui entraîna bientôt la disparition presque complète des douleurs, avec une sensation de bonne santé depuis longtemps inconnue de l'orateur. Ce traitement a également donné des résultats satisfaisants chez un certain nombre d'autres malades.

M. Senator déclare que, ayant connu M. Falkenstein à l'époque où ce dernier était malade, il a été surpris du changement qui s'est produit dans sa santé à la suite du traitement par l'acide chlorhydrique; aussi cette médication lui paraît-elle mériter d'être essayée.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 4 et 11 janvier 1904.

Arythmies nerveuses et cardiopathiques.

M. Rehfisch donne lecture d'un travail dans lequel il s'efforce de préciser, en se basant sur la comparaison entre les pulsations successives dont est constitué le pouls, les caractères diffé-

rentiels qui distinguent les arythmies névropathiques d'avec celles qui sont liées à une affection organique du cœur.

Il estime que dans le premier groupe d'arythmies (neurasthénie, hystérie, etc.), les irrégularités du pouls n'excèdent jamais 40 % ; au contraire, quand le trouble est d'origine cardiopathique, elles atteignent jusqu'à 120 %, par suite de la présence d'extrasystoles.

Les arythmies névropathiques, pour l'orateur, sont dues à la subordination fonctionnelle du centre du pneumogastrique à celui de la respiration. M. Lommel a attribué à la même pathogénie la plupart des arythmies consécutives aux états infectieux, mais c'est là une exagération, pour M. Rehfisch, qui pense que ces arythmies traduisent d'ordinaire une lésion cardiaque.

Quant aux neurasthéniques, lorsque chez eux le taux de l'arythmie dépasse 40 %, c'est qu'il s'agit également d'une altération organique du cœur : l'irritabilité excessive de cet organe, chez ces malades, pourrait entraîner à la longue une lésion du muscle cardiaque.

M. Reckzeh dit avoir fait depuis dix-huit mois, à la clinique médicale du professeur Kraus, des recherches sur l'arythmie par pouls bigéminé. Il a pu constater que ce trouble, qui s'observe fréquemment dans les affections organiques du cœur, survient aussi sous l'influence de toxines microbiennes et même d'un simple état névropathique, sans qu'il soit possible de trouver de différences entre les bigéminations dues à ces divers facteurs.

Un cas d'aphasie motrice pure, d'origine paludéenne.

M. Plehn présente un malade atteint d'aphasie motrice, chez lequel les troubles de la parole se manifestent seulement par l'incapacité où il est de trouver les mots; il y a, en outre, un certain degré d'affaiblissement intellectuel, mais le patient écrit couramment sous une dictée. Ces phénomènes se sont produits à la suite d'accès paludéens nombreux et d'attaques de fièvre bilieuse hémoglobinurique dont le malade avait souffert au cours d'un séjour de huit années dans l'Afrique orientale. L'orateur estime que dans ce cas l'aphasie est due à des lésions circonscrites de la corticalité, ayant pour cause des embolies constituées par l'hématozoaire de Laveran.

M. Gutzmann, qui a examiné ce malade au point de vue neurologique, pense que les troubles nerveux dont il s'agit doivent faire assigner à l'aphasie une origine subcorticale. L'orateur signale, en outre, chez cet homme, une sorte de bégaiement qui se produit quand on lui fait répéter des sons et des syllabes.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'arthritis avec ses diverses manifestations est une maladie générale, microbienne et transmissible ; prophylaxie et traitement, par M. TH. GUYOT. In-8°, 254 p. Paris. 1904.

En se basant sur les faits de sa pratique personnelle et sur des documents colligés par lui dans les auteurs anciens, modernes et contemporains, M. Th. Guyot tente, dans l'opuscule dont nous allons rendre compte, de substituer, à la conception actuelle de l'arthritisme, celle d'une maladie bactérienne, infectieuse, transmissible, qui aurait sa porte d'entrée dans l'économie au niveau des premières voies respiratoires ou digestives, naso-pharynx ou cavité buccale. La contagion se ferait par l'intermédiaire de l'un des microbes que l'on y trouve soit d'une façon passagère, soit d'une manière constante. De ce point de départ, le germe arthritique pénétrerait dans les voies lymphatiques, pour passer ensuite dans la circulation sanguine générale. D'autre part, le microorganisme dont il s'agit pourrait également, dans certains cas, envahir directement les parties profondes de l'arbre aérien ou des voies digestives et y déterminer certaines affections arthritiques particulières. L'invasion et l'installation de l'arthritis dans l'organisme seraient donc sous la dépendance des vaisseaux et des germes charriés par le sang, la lésion vasculaire étant la première en date et la condition essentielle de l'apparition de l'arthritis.

La démonstration que l'auteur s'efforce de fournir porte principalement sur le diabète, les affections articulaires et nerveuses.

Pour le diabète, les différentes hypothèses émises en vue d'en expliquer la pathogénie — théorie hépatique, théorie pancréatique, théorie nerveuse, etc. — semblent, pour M. Th. Guyot, se ramener à une interprétation unique, celle d'une contagion au moyen d'un microbe ayant sa voie d'accès et son premier habitat dans le naso-pharynx ou la bouche et y manifestant sa présence par une arthrite alvéolo-dentaire infectieuse.

L'explication admise pour les cas de diabète syphilitique, paludéen, conjugal, contagieux, devrait s'appliquer également au diabète arthritique; dans ce dernier, il s'agirait simplement d'une infection diabétogène de l'appareil hépato-pancréatique, s'effectuant par l'intermédiaire de la voie vasculaire.

En ce qui concerne le rhumatisme, les idées anciennes qui en font une diathèse sont plus faciles à battre en brèche que ne le sont les théories ayant cours à propos du diabète, étant donné surtout que les recherches contemporaines ont révélé dans le rhumatisme articulaire subaigu la présence de certains microbes, tels que le diplocoque de Triboulet et Coyon et le bacille d'Achalme.

Les affections nerveuses relevant de l'arthritis ressortiraient à un mécanisme pathogénique analogue : il s'agirait, pour M. Th. Guyot, de relations du même genre que celles qui unissent le tabes ou la paralysie générale à la syphilis.

En définitive, la conception de l'auteur est fondée sur la distinction doctrinale entre les *maladies* et les *affections*. Pour M. Th. Guyot, en effet, il n'y a maladie que lorsqu'il s'agit d'un envahissement de l'organisme, soit par des microbes, soit par des parasites plus élevés (hématozoaire de Laveran, filaires, etc.); il applique, par suite, la dénomination d'affection à toute autre manifestation morbide. On voit que, si l'on acceptait les hypothèses émises par l'auteur sur la nature microbienne et transmissible de l'arthritis, on devrait comprendre celle-ci dans le groupe des maladies au même titre que la variole, la tuberculose ou la syphilis. — F. M.

Etude clinique sur deux formes anormales de coqueluche (forme fruste, forme dyspeptique), par M. G. JACOBSON.

Au cours d'une épidémie de coqueluche, très étendue bien qu'assez bénigne, qui a sévi à Bucarest pendant l'hiver de 1901-1902 et le printemps suivant, l'auteur a recueilli certains faits qui lui paraissent mettre hors de doute l'existence d'une forme fruste de cette affection, forme non accompagnée des quintes de toux typiques et dont la réalité a été contestée par de nombreux cliniciens.

Les cas visés par M. Jacobson se distinguent par un effacement tellement marqué des symptômes habituels de la coqueluche que le diagnostic exact ne peut être porté qu'en tenant compte des liens qui les rattachent à des cas bien caractérisés. C'est ainsi que l'auteur signale d'abord le fait d'un enfant qui, après avoir été en rapport avec des sujets atteints d'une coqueluche typique, fut pris d'une toux présentant tellement peu les caractères spécifiques que les parents n'acceptèrent le diagnostic de coqueluche qu'avec scepticisme. Or, ce petit malade communiqua l'affection à d'autres enfants chez lesquels elle évolua d'une manière classique, et qui ne pouvaient s'être contaminés à une autre source. Dans un second fait, c'est le père qui, atteint à son insu d'une forme fruste de coqueluche, transmit la maladie à ses propres enfants : ceux-ci, d'après l'enquête de M. Jacobson, n'avaient pu prendre leur coqueluche que de leur père, et chez eux les quintes de toux ne laissèrent aucun doute sur la nature de l'affection.

Les signes par lesquels se manifestent ces formes frustes n'ont rien de pathognomonique, et en eux-mêmes ils sont insuffisants pour faire porter le diagnostic de coqueluche. Celui-ci ne saurait être basé que sur la notion du milieu contagieux où l'infection s'est produite.

A propos de cette même épidémie, M. Jacobson a observé des cas où la prédominance des phénomènes gastro-intestinaux permet d'établir une forme dyspeptique de la coqueluche, à peine signalée par les classiques. Cette variété est importante à connaître, parce que le traitement que l'on est dans l'habitude d'opposer à la coqueluche s'y montre totalement inefficace et souvent même provoque une aggravation des symptômes. C'est ainsi que chez les différents malades dont l'auteur relate l'observation, l'administration d'antipyrine ou de belladone, même à dose minime, a toujours déterminé une recrudescence des manifestations gastro-intestinales. Le seul moyen pour enrayer ces phénomènes consiste à mettre les patients au régime lacté absolu pendant un laps de temps quelquefois assez prolongé. (*Arch. de méd. des enfants*, août 1903.) — F. M.

De la splénectomie dans la splénomégalie avec hépatopathie cirrhotique (maladie de Banti), par MM. E. QUÉNU et P. DUVAL.

Il y a une dizaine d'années, M. Banti a attiré l'attention, dans ce journal même, sur une affection spléno-hépatique ayant des relations avec les cirrhoses hépatiques veineuses, à tel point que, dans sa phase terminale, elle n'a été parfois considérée que comme une forme atypique « splénomégalique » de la maladie de Laënnec (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 318-319).

MM. Quénu et Duval ont observé en 1899 une femme atteinte de cette splénomégalie avec cirrhose du foie; ils ont pratiqué la splénectomie et le résultat a été excellent. Ils ont eu cette année l'occasion de suivre, avec M. Widal, un second patient atteint de la même affection et ils ne l'ont pas opéré. C'est la comparaison de ces deux faits qui leur permet de discuter les indications du traitement chirurgical dans la maladie de Banti.

Parmi les cas traités chirurgicalement, il y en aurait seulement 4, dont celui de MM. Quénu et Duval, pour lesquels la lésion hépatique eût été reconnue. Sur ces 4 cas, la splénectomie a donné 3 guérisons et une mort, celle-ci étant d'ailleurs indépendante de l'acte opératoire ; les résultats éloignés sont tous bons, car les 3 malades ont été suivis respectivement pendant vingt mois, trente mois et trois ans. La splénectomie apparaît donc comme une thérapeutique active, susceptible d'assurer une guérison de longue durée, alors qu'il n'existe pas une observation de guérison de la maladie de Banti, en dehors de l'intervention chirurgicale.

Chez le patient pour lequel MM. Quénu et Duval n'ont pas voulu faire la splénectomie, la rate, quoique très hypertrophiée, ne déterminait par elle-même aucun trouble, et l'état général ne leur sembla pas légitimer une intervention. L'indication opératoire principale leur paraît être, à l'heure actuelle, l'hypersplénomégalie, c'est-à-dire la tumeur splénique de volume considérable; en dehors de cette éventualité, des désordres abdominaux ou une anémie profonde fournissent seuls des indications réelles à intervenir. (*Rev. de chir.*, octobre 1903.) — M. C.

Note sur deux cas de saturnisme; intoxication professionnelle chez un charpentier, par M. TILLIER.

Quelque nombreux que soient les travaux déjà parus sur l'étiologie du saturnisme, il n'en reste pas moins que bien des causes possibles de cette intoxication nous échappent encore, en raison de la multiplicité des usages tant industriels que ménagers du plomb ou de ses composés. Des deux observations relatées par M. Tillier — et qui toutes deux concernent des faits de ce genre —, la première est particulièrement intéressante en ce qu'elle révèle une cause, jusqu'ici insoupçonnée, semble-t-il, de saturnisme professionnel.

Un jeune charpentier fut pris, après le repas, de coliques continues avec ventre légèrement rétracté et hyperesthésie de la peau de l'abdomen; il n'y avait pas de liséré saturnin, seules les incisives médianes supérieures avaient à leur base une légère teinte grise. L'exploration des organes abdominaux, de la région appendiculaire et des principaux orifices herniaires ne donna aucun résultat. En somme, il y avait tout lieu de soupçonner une intoxication par le plomb, d'autant plus que le malade avait souffert plusieurs fois de coliques semblables ; il en avait été exempt, au contraire, durant son service militaire.

Au cours de l'enquête qu'il fit à ce sujet, l'auteur apprit que ce jeune homme, qui se servait de pointes au cours de son travail, en avait une certaine quantité dans la poche de son bourgeron et avait l'habitude d'en tenir quelques-unes dans sa bouche; or, ces pointes, d'un noir gris luisant, onctueuses au toucher, laissaient aux doigts un enduit grisâtre que l'analyse démontra être du plomb. D'autres pointes, prises dans le commerce, fournirent à l'analyse les mêmes résultats, ce qui tendrait à prouver que toutes les pointes sont livrées par les fabricants recouvertes d'un enduit de plomb. Le patient guérit rapidement et ne présenta plus d'accidents, grâce aux précautions qu'il prit depuis lors.

Se basant sur ce fait, M. Tillier pense que, dans plusieurs professions « à saturnisme » où l'usage des pointes est fréquent (plâtriers, par exemple), c'est là une cause d'intoxication dont il faut tenir compte, d'autant que les ouvriers, connaissant parfaitement les dangers des couleurs à base de plomb, prennent à leur égard les précautions nécessaires. Par suite, on a peut-être bien des fois imputé à ces couleurs des méfaits qui étaient dus à l'emploi de pointes plombifères.

L'auteur rapporte aussi un cas d'intoxication saturnine très profonde provoquée, chez une ménagère, par l'usage d'un tisonnier ayant pour manche une grosse olive en plomb. La malade, qui avait l'habitude de manier le tisonnier tout en prenant ses repas, sans se laver les mains, finit par succomber aux suites d'une néphrite saturnine. (*Lyon méd.*, 6 septembre 1903.) — J. G.

De la rétinite hémorrhagique,
par M. G. Ahlstrom.

Parmi les causes que l'on attribue à la rétinite hémorrhagique, ou apoplexie sanguine de la rétine, la plus fréquemment incriminée est la thrombose de la veine centrale de la rétine, ordinairement de nature marastique; on a invoqué quelquefois aussi un processus d'endartérite proliférante des artères de la rétine et du nerf optique, mais les cas où une telle lésion a été constatée d'une façon indiscutable sont encore assez peu nombreux pour qu'il ne soit pas sans intérêt de résumer le fait relaté par M. Ahlstrom dans le présent travail.

Un homme de cinquante-sept ans, bien portant quoique un peu nerveux et très légèrement glycosurique, se plaignait d'un affaiblissement considérable de la vue à l'œil gauche, survenu assez brusquement. A l'examen ophtalmoscopique, l'auteur reconnut que la papille était fort hyperémiée, mais sans gonflement; son bord supérieur était recouvert par une vaste hémorrhagie récente, et tout autour d'elle s'apercevaient une quantité de suffusions sanguines, de dimensions variables, les unes arrondies, les autres en stries. L'œil droit était parfaitement normal. M. Ahlstrom porta le diagnostic de thrombose de la veine centrale de la rétine, et ordonna de l'iodure de calcium.

En dépit de ce traitement, la vision continua à péricliter, puis, au bout de quelques mois, l'œil gauche devint brusquement très douloureux et enflammé; il existait alors une injection périkératique avec mydriase extrême (sans que le malade fît usage d'atropine); la cornée était terne, la tension du globe très élevée, l'œil inéclairable, la vision réduite à 0.

Sous l'influence d'un collyre à la pilocarpine et à la cocaïne, les douleurs, jusqu'alors continuelles, devinrent intermittentes, sans que pourtant le malade s'en trouvât sensiblement soulagé; aussi l'auteur se décida-t-il à pratiquer l'énucléation.

A l'examen de la pièce, M. Ahlstrom constata que la rétine, partout adhérente, présentait une quantité d'hémorrhagies, et que le corps vitré était en arrière détaché d'elle. Le globe oculaire ayant été débité en coupes histologiques, il put s'assurer que, pas plus dans le nerf optique que dans la rétine, il n'y avait trace de thrombose veineuse; mais tandis que les vaisseaux veineux étaient dilatés, les artères avaient un calibre notablement diminué — voire que les plus petites étaient par places complètement oblitérées — et des parois fortement épaissies, surtout au niveau de la tunique interne; les cellules endothéliales semblaient gonflées et présentaient des noyaux hypertrophiés; on notait aussi une prolifération abondante du tissu conjonctif; enfin par endroits les parois artérielles avaient subi la dégénérescence hyaline. Des lésions analogues furent trouvées au niveau de la choroïde, ainsi que dans le corps ciliaire et l'iris.

Se basant sur ce fait et sur quelques autres plus ou moins analogues recueillis dans la littérature médicale, M. Ahlstrom est porté à croire que la rétinite hémorrhagique relève d'une endartérite des artères de la rétine et du nerf optique au moins aussi souvent que d'une thrombose de la veine centrale de la rétine. (*Ann. d'oculist.*, septembre 1903.) — F. F.

Un cas d'amputation congénitale par le cordon,
par M. P. Wanner.

Si les cas d'amputation congénitale par brides amniotiques sont relativement nombreux et d'interprétation tout à fait incontestable, il n'en va pas de même des amputations attribuées à une stricture exercée par le cordon: rares en sont, en effet, les observations qui, d'ailleurs, ne résistent pas toutes à une critique serrée. C'est là une raison pour signaler le fait que relate M. Wanner, car l'on y voit le cordon pris pour ainsi dire en flagrant délit.

Une femme de vingt-six ans, de bonne santé habituelle, mais cousine germaine de son mari, avait eu antérieurement deux couches normales et un avortement de six à huit semaines, sans cause apparente. Sa quatrième grossesse fut également interrompue vers la fin du troisième mois et se termina par l'expulsion de deux fœtus du sexe féminin, dont l'un n'offrait rien de particulier, tandis que, chez l'autre, le cordon remontait le long de la face antérieure du thorax, puis décrivait un circulaire autour du cou, traçant sur la nuque un sillon dont la profondeur était double environ de son propre diamètre. En outre, entre le cordon et le sternum, se trouvait engagée la main gauche, en supination forcée, la paume en avant, le pouce en bas; en écartant le cordon, on pouvait constater, à la région métacarpo-phalangienne des quatre derniers doigts, un sillon très marqué, au niveau duquel les tissus comprimés ne formaient plus qu'une mince membrane: la chute des parties terminales de ces doigts — surtout des second, troisième et quatrième — paraissait imminente; quant au pouce, son extrémité, seule touchée par le cordon, avait pris l'aspect d'un plan incliné.

D'une revue à laquelle se livre l'auteur à propos de ce fait, il résulte que c'est le plus souvent au début de la grossesse (du deuxième au quatrième mois) que se produisent les amputations par le cordon; le peu d'abondance du liquide amniotique à cette époque de la vie fœtale expliquerait cette particularité. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'existence de ganglions lymphatiques dans l'épaisseur de la joue et sur leur importance clinique, par M. Trendel.

C'est à l'école lyonnaise, à M. Poncet et à ses élèves, que revient le mérite d'avoir appelé l'attention sur les *ganglions de la joue*, vaguement signalés par les anatomistes, depuis Mascagni, d'avoir montré leur fréquence relative et décrit leur topographie, et surtout d'avoir tracé leur histoire clinique. Le travail de M. Trendel se rapporte particulièrement à ce côté clinique de la question: il contient 15 faits inédits, recueillis à la clinique de Tubingue.

L'auteur expose d'abord les données anatomiques aujourd'hui établies, et résume l'important mémoire de Princeteau, auquel les travaux de Buchbinder, de Polya et von Navratil ne paraissent pas avoir beaucoup ajouté. En somme, sans insister sur le degré de fréquence des ganglions géniens (Princeteau, sur 30 sujets, a trouvé 20 glandes; Polya et von Navratil, sur 24 têtes disséquées, ont relevé 7 fois leur existence), ils se départagent assez bien en trois groupes: 1° un groupe maxillaire ou supramandibulaire, correspondant à la face externe du maxillaire inférieur et formé d'un ou de deux ganglions qui se logent entre l'artère et la veine faciale, sur le bord antérieur du masséter; 2° un groupe buccinateur, situé à la face externe du muscle buccinateur (exceptionnellement dans la profondeur, entre la muqueuse et le muscle), en pleine joue, et au-dessous d'une ligne tirée de la commissure labiale au lobule de l'oreille; ils peuvent se subdiviser, d'ailleurs: les uns sont antérieurs, à un doigt de la commissure labiale (ganglions commissuraux) entre l'artère et la veine, les autres sont postérieurs, derrière la veine, sur le devant du masséter et non loin du point de pénétration du canal de Sténon; 3° un dernier groupe, tout exceptionnel (groupe supérieur de Princeteau, groupe du maxillaire supérieur), est formé de ganglions inclus dans le pli naso-génien, au niveau du bord inférieur de l'orbite, à l'angle palpébral interne.

Le bien fondé de ces groupements se vérifie en clinique. Sur les 17 observations (2 ont été déjà publiées par M. Küttner) émanant de la clinique de M. von Bruns, 9 fois il s'agissait des ganglions supra-mandibulaires, 8 fois des ganglions buccinateurs: or, le cancer était en cause chez 12 malades, et la tuberculose chez les 5 autres.

C'est, en effet, au cancer ou à la tuberculose que se rapportent la plupart des adénites géniennes chroniques; quant aux adénites aiguës, suppurées, aux adéno-phlegmons de la joue, quelques-unes rentrent aussi dans le cadre de la tuberculose (adénites tuberculeuses « échauffées », autrement dit compliquées par l'association de microbes pyogènes), mais, en général, elles succèdent à la carie dentaire, à l'amygdalite, à l'érysipèle, etc.

Sur un total de 84 cas, M. Trendel en relève 25 où la lésion initiale était le cancer (cancer du nez, de la joue, de la tempe, de la lèvre inférieure, de la parotide, du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur) et 59 qui avaient pour origine un processus inflammatoire, aigu ou chronique, dans le territoire de la face. Ajoutons que les ganglions buccinateurs ont été atteints 46 fois (9 fois dans le cancer, 37 fois dans la tuberculose ou les processus inflammatoires simples), les ganglions supra-mandibulaires 37 fois (16 cancers, 21 affections inflammatoires, aiguës ou chroniques); une fois, enfin, à la suite d'un érysipèle, l'adénite sous-orbitaire fut observée.

Ces chiffres suffiraient à prouver que l'adénite de la joue n'est point une simple « curiosité », et vaut qu'on y pense, et qu'on la recherche, car elle ne se traduit pas par de volumineuses tumeurs et ne forme jamais ces chaînes et ces amas bosselés qui se retrouvent si souvent à la région sous-maxillaire et au cou. Non; l'adénite génienne reste petite, elle ne dépasse guère le volume d'un pois, d'une noisette, d'une noix tout au plus, avec des caractères de consistance et de mobilité variables, d'ailleurs, suivant sa nature et son étape d'évolution: les ganglions cancéreux et tuberculeux restent longtemps à l'état de nodules durs, inclus dans la joue, et qu'il faut y chercher. Pour cela, le palper extérieur est insuffisant, et l'on aura toujours soin d'explorer la joue suivant son épaisseur, une main en dehors, et les doigts en dedans, sur la muqueuse. C'est là une exploration qu'on ne devra pas négliger, en présence de tout épithélioma de la face: palper la zone sous-maxillaire et sous-mentale, et palper la joue.

Un peu plus tard, le ganglion tuberculeux, parfois aussi le ganglion néoplasique, se diffuse, adhère, envahit la peau, s'ulcère. L'adénite aiguë s'extériorise, elle, très vite, et s'accompagne, lorsqu'elle suppure, d'un vaste œdème de la joue, qui la rend souvent méconnaissable. L'adéno-phlegmon s'ouvre en dehors, à la peau; c'est en dehors aussi que se fistulisent les adénites tuberculeuses; exceptionnellement, on a vu se vider par la bouche une glande située sans doute à la face interne du buccinateur.

Cette période fistuleuse est celle où le diagnostic est le plus difficile. Parmi les scrofulomes, les ulcérations tuberculeuses de la joue, n'en est-il pas un certain nombre qui procèdent, en réalité, d'une adénite? On n'en saurait être assuré, si l'on ne constate pas quelque reste de la glande sur les parois du foyer excisé, et c'est là chose malaisée et rare. Il y a une autre cause d'erreur que nous sommes un peu étonné de ne pas trouver signalée par l'auteur: certaines fistules de la joue, entourées d'une peau violacée, épaissie, et dont l'aspect rappelle tout à fait la tuberculose, ne sont, en fait, que des fistules d'origine dentaire, ayant pour point de

départ la racine nécrosée d'une des dents de la mâchoire supérieure; toute espèce de curettage ou d'excision est alors inutile : la dent malade enlevée, elles guérissent seules.

Quant au traitement des adénites géniennes proprement dites, il se résume en quelques indications fort simples : les adéno-phlegmons devront être ouverts, par la joue, sauf l'éventualité exceptionnelle des collections sous-muqueuses; pour les cas ordinaires, où le ganglion correspond à la face externe du buccinateur, M. Trendel insiste, avec raison, sur les difficultés réelles que l'on rencontre à faire l'incision par la bouche, sans compter le danger de l'infection d'origine buccale. Pour les adénites tuberculeuses, il faut les enlever ou les curetter, suivant la période à laquelle on les observe. Enfin les ganglions cancéreux doivent être extirpés, eux aussi, avec le néoplasme originel, si l'on tient à faire une opération complète : d'où ressort ce principe, d'explorer toujours, en présence d'un épithélioma de la face, non seulement les ganglions sous-maxillaires et sous-mentonniers, mais encore la joue. Ces ablations de ganglions géniens doivent être pratiquées au moyen d'incisions aussi courtes que possible, et horizontales, pour épargner les branches du facial et le canal de Sténon. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — L.

Influence des lavements alimentaires sur les mouvements péristaltiques du tube digestif, par M. O. Löwe.

L'utilité de l'alimentation rectale dans l'ulcère de l'estomac avec hémorragie paraît généralement reconnue. Mais, en dehors de cette indication, on a préconisé ce mode d'alimentation dans plusieurs autres affections du tube digestif, notamment dans les lésions de la région iléo-cæcale : on s'est basé sur l'hypothèse généralement admise que le lavement est complètement résorbé par la muqueuse du rectum et de l'S iliaque et ne provoque pas de mouvements réflexes des portions supérieures de l'intestin. En raison de l'importance pratique de la question, M. Löwe a cherché à la résoudre par la méthode expérimentale.

Il a opéré sur des chats immergés dans un bain physiologique de chlorure de sodium à 38°, d'après la méthode de Braam-Houckgeest. Après avoir ouvert le ventre de l'animal, on peut observer à loisir les mouvements de l'intestin flottant librement dans le liquide et protégé de la sorte contre le refroidissement et le contact de l'air. Il a pu s'assurer ainsi que l'administration d'un lavement alimentaire additionné d'une quantité suffisante d'opium ne provoque pas de mouvements péristaltiques de l'estomac, ni des portions supérieures de l'intestin grêle. Par contre, on ne peut, même dans les conditions les plus favorables, éviter la réaction du gros intestin. Le lavement remonte jusqu'à la valvule de Bauhin, et la région iléo-cæcale est fréquemment le siège de mouvements très accentués.

L'examen microscopique du contenu intestinal, pratiqué dans 2 cas après des lavements huileux, a démontré la présence de gouttelettes graisseuses jusque dans l'estomac et même dans l'œsophage. Dans ces 2 cas, l'expérience avait été poursuivie après la mort de l'animal jusqu'à ce que les mouvements intestinaux eussent disparu. On a observé, en outre, à différentes reprises, des mouvements antipéristaltiques du gros intestin et de l'intestin grêle, et M. Löwe considère la présence de gouttelettes d'huile dans le duodénum comme une nouvelle preuve en faveur de la théorie de Grützner, qui admet l'existence de mouvements antipéristaltiques à l'état normal.

La conclusion pratique de ces recherches est que les lavements alimentaires sont indiqués dans les affections de l'estomac et des parties supérieures de l'intestin grêle, où il est urgent d'immobiliser le tube digestif. Ils peuvent aussi être utilisés dans le traitement des affections de la portion moyenne de l'intestin grêle, à condition que l'on administre en même temps de l'opium en quantité suffisante : ils sont d'autant plus précieux dans ces cas, que l'alimentation par la voie ordinaire a pour effet, d'après les recherches de M. Nothnagel, de provoquer un péristaltisme violent des portions supérieures de l'intestin. L'alimentation rectale doit, par contre, être prohibée sévèrement dans les affections de la région iléo-cæcale, dans l'appendicite et dans la fièvre typhoïde au moment où les eschares se détachent. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 3-4.) — A. J.

Traitement des plaies cutanées en voie de bourgeonnement, par M. H. Wagner.

En présence d'une plaie en voie de bourgeonnement, nombre de chirurgiens, surtout en Allemagne, ont recours à des applications de corps gras (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 192 et 288), notamment de pommades à base de nitrate d'argent. Or, d'après l'expérience de M. Wagner, l'épidermisation des pertes de substance tant soit peu étendues, traitées de la sorte, nécessiterait un laps de temps beaucoup trop long, la chaleur humide entretenue par le pansement favorisant, d'une part, la pullulation des microorganismes et étant, d'autre part, fort préjudiciable à la vitalité du tissu épithélial nouvellement formé. Par contre, en exposant une telle plaie à l'action de l'air, on ne tarderait pas à constater des modifications importantes, qui se traduiraient par une diminution notable de la sécrétion et par une sorte de ratatinement des granulations, en même temps que l'on verrait se former plus ou moins rapidement, suivant les dimensions de la plaie et l'abondance de la sécrétion, une mince cuticule recouvrant toute la surface bourgeonnante. Dans les cas où les phénomènes inflammatoires aigus ne se sont pas encore complètement dissipés, il peut se produire, sous cette cuticule, une rétention des produits de sécrétion, mais en général l'action dessiccative de l'air atténuerait rapidement l'activité des microorganismes qui subsistent encore au niveau de la plaie.

Fort de ces constatations, l'auteur traite, depuis cinq ans et d'une façon systématique, les plaies en voie de bourgeonnement par l'exposition à l'air libre. Il se borne à appliquer, le soir, un pansement sec avec une poudre antiseptique quelconque; puis, le matin, on enlève ce pansement et, après avoir nettoyé les alentours de la perte de substance, on laisse la plaie à découvert pendant toute la journée, en ayant soin d'éviter tout contact de la surface bourgeonnante avec les vêtements.

A en juger d'après les essais comparatifs que notre confrère a institués sur des sujets atteints à la fois de plusieurs plaies, le procédé en question, qui n'est pas nouveau, il est vrai, mais qui n'est guère utilisé d'une manière courante, serait cependant de beaucoup préférable au traitement usuel. Il serait particulièrement indiqué pour les plaies soumises sans succès à des tentatives de greffes, et sur lesquelles on verrait se former, sous l'influence de l'exposition à l'air, des îlots d'épidermisation, qui s'agrandiraient rapidement.

On pourrait, il est vrai, se demander si le traitement des plaies à ciel ouvert n'expose pas à une infection, mais M. Wagner estime que les risques sont tout à fait minimes, si le blessé ne se trouve pas dans un milieu infecté (érysipèle, etc.). (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 12 décembre 1903.) — L. CH.

Strumectomie comme opération d'urgence dans la grossesse, par M. R. von Fellenberg.

La grossesse s'accompagnant normalement d'une hypertrophie du corps thyroïde, il est assez naturel que les femmes déjà atteintes d'un goitre présentent de la dyspnée quand elles deviennent enceintes; mais il est fort rare que cette dyspnée, comme dans les 2 observations relatées par M. von Fellenberg, provoque des crises de suffocation presque mortelles.

Le premier fait concerne une femme de trente-deux ans : son goitre portait principalement sur le lobe gauche du corps thyroïde; dans le lobe droit, cependant, existait aussi un petit nodule. Elle se trouvait vers la fin de sa grossesse et la dyspnée avait dans les derniers temps légèrement augmenté. Un jour qu'elle venait de s'étendre pour se soumettre à un examen obstétrical, elle fut prise d'une violente crise de suffocation. L'auteur essaya de soulever le lobe thyroïdien gauche, qui s'enfonçait derrière le sternum, mais, n'y parvenant pas, il s'empressa de faire l'incision de la trachéotomie. La trachée était tellement aplatie contre la colonne vertébrale qu'il dut pourtant y renoncer. Il se borna donc à luxer le corps thyroïde hors de la plaie et commença aussitôt à pratiquer la respiration artificielle pour essayer de ranimer la patiente dont le cœur battait encore, bien que la respiration eût cessé. Ces manœuvres ayant été couronnées de succès, il termina l'opération par l'extirpation du lobe gauche du corps thyroïde : le lobe droit, qui ne gênait pas la respiration, fut conservé. Malgré l'absence forcée de précautions antiseptiques, la guérison se fit sans encombres. Le jour qui suivit cette intervention apparurent des contractions utérines, mais elles se calmèrent bientôt et quatre semaines plus tard la malade accouchait de deux jumeaux en excellente santé.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une primipare de vingt-quatre ans, atteinte d'un goitre colloïde portant sur les deux lobes thyroïdiens et s'enfonçant assez profondément derrière le sternum, mais ne provoquant pas de dyspnée. Une nuit, alors qu'elle se levait pour uriner, cette femme fut prise subitement d'une crise de suffocation telle qu'elle tomba sur le sol et fut transportée râlante et cyanotique à la salle d'opérations. On s'empressa de faire l'incision de la trachéotomie, mais, ici encore, la trachée était aplatie en fourreau de sabre et il fallut luxer le corps thyroïde afin de pouvoir ranimer la malade. On termina par une thyroïdectomie double, mais partielle, afin d'éviter les accidents strumiprives. Deux jours après l'opération, la patiente accouchait avant terme d'un enfant du poids de 2 kilogr. 380 gr. Les suites opératoires furent simples, bien que la cicatrisation se fît par seconde intention.

M. von Fellenberg pense que la luxation sanglante du corps thyroïde est, en pareille occurrence, la seule conduite possible : tout médecin peut la pratiquer et, s'il hésite à la compléter par la thyroïdectomie, il n'a qu'à placer un pansement antiseptique autour de la glande luxée en attendant de pouvoir faire appel au chirurgien. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 octobre 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

L'hypotension artérielle chronique, par M. A. Ferrannini.

A la notion d'artériospasme et d'hypertension artérielle chronique, émise par M. Huchard et considérée par cet auteur comme répondant à la première phase, purement fonctionnelle, du complexus symptomatique qui aboutit à l'artériosclérose, M. Ferrannini s'efforce d'opposer celle d'hypotension artérielle chronique, condition qui, au premier abord, peut paraître favorable à l'accomplissement des fonctions cardiaques et à la bonne nutrition des parois vasculaires ainsi que de l'organisme tout entier, et qui cependant serait susceptible à la longue de déterminer, elle aussi, la sclérose vasculaire avec toutes ses conséquences.

A cet état morbide correspond tout un ensemble de symptômes et de troubles des divers appareils, dont l'origine et la nature exacte, pour certains du moins, peuvent facilement être méconnues. En première ligne, il convient tout d'abord de signaler les caractères du pouls; celui-ci naturellement est toujours hypotendu; mais on sait que deux éléments concourent à donner au pouls sa tonicité : l'un myocardique (pression centrale ou variable), l'autre vasculaire (pression latérale ou constante); or, selon que le premier ou le second de ces éléments sera plus spécialement intéressé, le pouls sera faible (*polso inane*) ou ondulant (*polso ondoso*). Comme autres phénomènes du côté du système artériel, il faut citer encore l'instabilité cardio-vasculaire, caractérisée par le fait que les battements cardiaques subissent, sous l'influence des facteurs susceptibles d'en augmenter ou d'en diminuer le nombre, des modifications beaucoup plus considérables qu'à l'état normal; l'acrocyanalgie ou acrocyanose douloureuse, congestion passive des extrémités avec sensations douloureuses ou paresthésie; le contraste entre l'hypotension et la dureté des artères. Au niveau du cœur, ce qui frappe le plus souvent, ce sont les divers modes de déplacement de l'aire de matité cardiaque : cardio-dystopies, cardio-ectopies, voire même cardio-ectasies; parfois, le premier bruit est particulièrement éclatant, tant à la pointe qu'au foyer aortique, en dépit de la faible tension artérielle, tandis que le second bruit aortique est au contraire mal frappé; pour peu qu'il s'y joigne — ce qui

a été observé 2 fois par M. Ferrannini — un frémissement présystolique à la pointe et un souffle extracardiaque précédant immédiatement le premier temps, on voit — l'asthénie générale des malades y aidant — combien facile est la confusion avec la sténose mitrale. Du côté des veines, enfin, on note fréquemment des phlébectasies pouvant entraîner un œdème douloureux des jambes, nommé par l'auteur œdème cruralgique juvénile, et les divers troubles relevant de la stase veineuse abdominale.

A cette symptomatologie plus spécialement cardiovasculaire, il faut ajouter tout un ensemble de phénomènes généraux qui peuvent se caractériser en peu de mots : les malades sont des myasthéniques et des psychasthéniques. Il n'est pas jusqu'à leur *habitus* extérieur qui, d'après l'auteur, ne soit capable de les faire reconnaître : ce sont d'ordinaire des sujets maigres, à teint pâle, plombé, souvent à thorax étroit, parfois de haute taille.

L'hypotension artérielle chronique pourrait aboutir, tout comme l'artériospasme, à la sclérose vasculaire; toutefois c'est par les veines, plutôt que par les artères, que débuteraient ici les lésions, en raison de la distension passive et de la mauvaise nutrition des vaisseaux à sang noir. Aussi les cardiopathies qui en résultent sont-elles non plus des cardiopathies « artérielles » au sens que M. Huchard accorde à ce terme, mais bien des cardiopathies « artério-veineuses ».

Multiples sont les facteurs que M. Ferrannini fait intervenir dans la genèse du syndrome qu'il décrit; mais tous n'ont pas la même valeur. Sans nous appesantir sur un certain nombre d'entre eux, qui, de l'aveu même de l'auteur, ne peuvent guère remplir que le rôle de causes adjuvantes — de ce nombre sont, outre la prédisposition résultant de certaines conditions anthropologiques ou morphologiques, les attitudes vicieuses de nature à gêner la circulation de retour, et qui trouvent leur plus haute expression dans les déviations permanentes de la colonne vertébrale, les habitudes de vie trop sédentaires, etc. —, il nous suffira de signaler que M. Ferrannini attribue la majeure importance aux phénomènes d'auto-intoxication : étant donné le haut pouvoir vasoconstricteur des capsules surrénales, et en raison aussi des fonctions antitoxiques de ces glandes, c'est à l'insuffisance de sécrétion de ces organes qu'il fait jouer le rôle principal.

De ces données pathogéniques découle tout naturellement la thérapeutique à opposer à l'hypotension artérielle chronique : la première place y sera occupée par l'opothérapie surrénale; les divers moyens toniques, soit internes (glycéro-phosphates, sérum artificiel, etc.), soit externes (mécanothérapie, massage, hydrothérapie, excercices sportifs sagement conduits), les courants électriques triphasés, à l'occasion le massage du cœur ou la vessie de glace sur la région précordiale, viendront en compléter l'action. (*Medicina italiana*, 20 et 31 juillet, 10, 20 et 31 août 1903.) — F. F.

Recherches expérimentales sur l'infection de l'utérus à la suite de la coprostase, par M. A. Capaldi.

Etant donnée la fréquence de la constipation chez la femme, et MM. Posner et Lewin ayant d'autre part démontré, il y a quelques années, que l'arrêt artificiel des matières déterminait chez les animaux une infection générale de l'organisme par le colibacille (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 61), l'auteur s'est demandé si le même moyen ne permettrait pas de réaliser l'infection localisée de l'utérus. Pour cela, il a fait une série de recherches sur des cobayes auxquels il oblitérait complètement le segment inférieur de l'intestin en suturant un pli cutané au devant de l'anus, de façon à produire une occlusion totale du rectum sans cependant léser les parois de ce conduit.

Abandonnés à eux-mêmes, les animaux ainsi traités meurent en quelques jours; on trouve alors constamment au niveau de l'utérus un état de congestion et de tuméfaction, parfois avec sérosité dans la cavité utérine; la muqueuse est facilement saignante, et les procédés bactériologiques permettent d'y mettre en évidence la présence du colibacille. Toutefois, comme l'ont signalé MM. Posner et Lewin, ce microorganisme se trouve alors dans les divers organes et même dans le sang du cœur, ce qui enlève à sa constatation au niveau de l'utérus toute espèce de spécificité. Aussi, dans une seconde série d'expériences, M. Capaldi a-t-il eu soin de sacrifier ses animaux au bout de deux ou trois jours, avant le développement de l'infection générale. Les résultats qu'il obtint de la sorte furent tout à fait concluants : tandis que le sang était encore stérile, l'utérus, le plus souvent aussi le péritoine, contenaient en abondance le *Bacterium coli;* dans quelques cas où il s'agissait d'animaux gravides, le même microbe fut également trouvé à l'intérieur de l'œuf.

Assurément ces données ne sauraient être transportées sans restriction dans le domaine de la clinique; elles n'en sont pas moins de nature à jeter un certain jour sur l'origine d'affections utérines dont la cause paraît inexplicable. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, août 1903.) — F. F.

Sur les conséquences de la ligature du canal de Sténon, par MM. V. Marzocchi et E. Bizzozero.

Sur la foi d'expériences fort anciennes, tendant à démontrer que la ligature du canal de Sténon est sans danger et détermine l'atrophie de la parotide, on a proposé — et pratiqué sur l'homme — cette ligature pour obtenir la guérison des fistules externes du canal en question. Toutefois, cette opération entraînant parfois des inconvénients assez sérieux (phénomènes de réaction intense avec douleurs, fièvre et tuméfaction de la parotide), les auteurs du présent mémoire ont cru devoir reprendre expérimentalement l'étude de cette question.

Leurs recherches ont porté sur le chien, animal chez lequel la ligature du canal de Sténon est particulièrement aisée; 17 de ces animaux furent soumis à cette ligature, puis sacrifiés au bout d'un laps de temps qui varia d'un jour à plus de deux mois; leurs parotides furent alors examinées par les méthodes usuelles.

MM. Marzocchi et Bizzozero ont ainsi pu se convaincre que la ligature du canal de Sténon ne détermine jamais la formation de kystes : la lumière des *acini* et des tubes glandulaires subit bien un certain degré de dilatation, mais qui demeure toujours modéré, et de plus les épithéliums ne tardent pas à s'atrophier et à perdre toute activité fonctionnelle.

Aussitôt après l'opération, la glande est envahie par des leucocytes à noyaux polymorphes, dont le nombre, par la suite, diminue considérablement; toutefois, au bout de soixante-cinq jours, ils n'ont pas entièrement disparu. Quant au processus de réaction conjonctive, ce n'est que très lentement qu'il se développe, au point que, après un délai de plus de deux mois, on ne saurait encore parler d'une vraie sclérose. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 2.) — L. de la H.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Comment faut-il alimenter les individus atteints d'ulcère rond de l'estomac?

Dans le traitement de l'ulcère rond de l'estomac, on attribue habituellement — surtout lorsqu'il y a hématémèse — une importance majeure à la sévérité du régime que l'on impose au malade. Aussi supprime-t-on généralement au début toute alimentation par la bouche pour n'autoriser que les lavements alimentaires; la diète lactée absolue est ensuite imposée pendant plusieurs semaines. Or, contrairement aux idées généralement reçues, M. le professeur H. Lenhartz, médecin de l'hôpital Eppendorf de Hambourg, pense que l'hyperchlorhydrie et l'anémie jouent dans la pathogénie de la maladie de Cruveilhier un rôle capital. C'est pourquoi notre confrère estime que le meilleur moyen de combattre ces phénomènes consiste à relever l'état général du patient. Dans ce but, il croit indispensable d'avoir recours, dès les débuts du traitement, à une alimentation beaucoup plus substantielle que celle qui est communément prescrite. Si l'on veut donner, en effet, à des malades soumis au régime lacté exclusif les trois litres de lait nécessaires pour fournir à l'organisme la ration normale d'entretien, on s'expose à surcharger l'estomac de liquides et à provoquer une gastrectasie avec tous les dangers que comporte cette complication. Aussi M. Lenhartz est-il d'avis qu'il y a lieu de prescrire de bonne heure des œufs et de la viande.

La manière à laquelle notre confrère accorde la préférence pour faire prendre les œufs, consiste à les donner avec leur blanc, refroidis sur de la glace, après les avoir fait battre en neige ou avec du vin. Il ne faut pas craindre de commencer le plus tôt possible à donner des œufs, soit quelques heures après la fin des hématémèses : celles-ci ne constituent nullement une contre-indication à une alimentation par les albuminoïdes sous forme condensée. C'est même là, pour M. Lenhartz, le meilleur moyen d'atténuer l'hyperchlorhydrie et, par conséquent, de combattre vomissements et douleurs. Notre confrère a presque toujours vu disparaître ces phénomènes d'une façon immédiate, au plus tard au bout de trois jours.

Le premier jour, on se contente d'un seul œuf, mais on en augmente rapidement la quantité, de façon à atteindre le nombre de 8 ou 10 dès la fin de la première semaine. De cette façon, il n'est pas utile de dépasser la dose quotidienne d'un litre de lait. A partir du sixième jour, M. Lenhartz ajoute aux œufs de la viande de bœuf crue et finement râpée; 35 grammes constituent pour le premier jour une quantité suffisante; on la double le lendemain ou le surlendemain et on l'augmente ensuite progressivement. Au bout d'un mois de ce régime, on peut passer à une alimentation mixte.

Dans les sept dernières années, M. Lenhartz a traité de la sorte 60 cas d'ulcère de l'estomac; sur ce nombre, il n'a vu récidiver l'hématémèse que 5 fois au cours du traitement.

Traitement de l'orchite blennorrhagique par la ponction aspiratrice.

Au cours de recherches entreprises dans un but diagnostique, M. le docteur Rudolf Böhm, assistant à la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté allemande de médecine de Prague, a eu l'occasion de constater que la ponction aspiratrice de l'épididyme exerce sur l'évolution de l'orchite blennorrhagique une influence thérapeutique évidente. Le résultat est le même lorsqu'en raison d'un épanchement concomitant de la vaginale, l'aiguille ne pénètre pas jusqu'à l'épididyme et que la ponction n'aboutit qu'à une simple évacuation du liquide de l'hydrocèle. L'effet de cette intervention est surtout manifeste quand on se trouve en présence d'un cas aigu avec élévation thermique et douleurs intenses.

Voici comment procède notre confrère : après une désinfection soignée du scrotum, il fixe de la main gauche le testicule malade et pratique avec une seringue de Pravaz une ponction profonde dans la direction de l'épididyme en enfonçant la canule de toute sa longueur. Comme il existe le plus souvent une hydrocèle concomitante, l'aspiration ramène un liquide séreux, quelquefois trouble et plus ou moins teinté de sang, rarement spumeux. Quand il n'existe pas d'épanchement dans la vaginale, et que la canule pénètre dans l'épididyme, il peut y avoir ponction blanche. Après avoir retiré la canule, on peut obturer l'orifice de ponction par une bandelette agglutinative, mais cela n'est généralement pas indispensable.

Bien que d'ordinaire l'orchite blennorrhagique soit très douloureuse, l'opération en elle-même est parfaitement indolore; il est même inutile d'avoir recours à l'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle, ainsi que M. Böhm le fit au début de ses expériences.

Généralement la douleur locale spontanée s'amende très notablement ou disparaît même tout à fait immédiatement après l'intervention. A la pression, toutefois, il subsiste habituellement encore pendant cinq ou six jours une certaine sensibilité. La température revient très rapidement à la normale, et cette défervescence, qui peut survenir dès les premières heures, tarde rarement jusqu'au lendemain. Quant à la résolution de la tuméfaction, elle a lieu en une ou deux semaines.

Le traitement que nous venons d'indiquer aurait donné, entre les mains de notre confrère, des résultats excellents dans la presque totalité des 38 faits où il y eut recours. En cas d'échec, il a suffi de pratiquer une seconde ponction pour obtenir immédiatement la défervescence et la disparition des douleurs.

TRAVAUX ORIGINAUX

La coloration vitale des tissus et des bactéries pour augmenter la pénétration et favoriser l'action curative des rayons chimiques.

I

Nous avons naguère émis l'hypothèse (1) que peut-être les substances jouissant de la propriété de colorer les cellules et leurs noyaux vivants pourraient enrayer la caryocinèse des cellules épithéliales dans le cancer. Depuis lors, le bleu de méthylène a été appliqué au traitement des cancroïdes et des épithéliomas, et il semble qu'à la suite de ces applications l'état local ait présenté souvent de réelles améliorations.

Si l'on cherche aujourd'hui quelles peuvent bien être les causes de cette diminution temporaire des tumeurs malignes sous l'influence des applications de bleu de méthylène, l'on ne trouve que deux explications :

Ou bien cette couleur, grâce à la propriété qu'elle a de se fixer sur les cellules vivantes, produit un ralentissement ou un arrêt de la multiplication cellulaire ;

Ou bien, en imprégnant les éléments anatomiques, elle crée, dans les tissus et les humeurs qui les baignent, un milieu plus perméable aux rayons lumineux, particulièrement aux rayons bleus et violets, et renforce leur action.

Nous penchons en faveur de cette dernière hypothèse, qui nous semble parfaitement plausible.

C'est que, à l'état normal, l'action des rayons chimiques du spectre est assez limitée en profondeur. La résistance que les tissus opposent au passage de ces radiations est la conséquence de la couleur rouge du sang, lequel absorbe tous les rayons chimiques, comme une simple solution colorée. De là, dans la méthode photothérapique de Finsen, la nécessité d'anémier la partie à traiter pour permettre aux rayons actifs d'atteindre les régions moins superficielles. Or, bien que la perméabilité des téguments à la lumière soit relativement grande — puisqu'il est possible d'influencer une solution de nitrate d'argent à travers la main —, elle n'est cependant pas suffisante pour qu'on puisse obtenir des effets thérapeutiques sur des régions du corps trop distantes de la peau.

Si le sang, au lieu d'être rouge — couleur qui n'est sans doute pas le fait du hasard, mais bien certainement est destinée à jouer un rôle de protection vis-à-vis des rayons chimiques —, était bleu, la lumière aurait sur notre organisme une action autrement puissante, et il n'est pas une partie du corps humain qui pourrait se soustraire à son influence.

Or, s'il ne nous est pas possible de changer la couleur du sang, nous pouvons du moins augmenter la perméabilité des tissus aux rayons chimiques, grâce à l'intervention de certaines couleurs de houille, possédant la propriété de se fixer, pendant un laps de temps plus ou moins long, sur les cellules vivantes ou sur certaines de leurs parties.

Partant donc de cette constatation, banale en soi, que le bleu de méthylène en solution diluée colore d'une façon durable les cellules épithéliales, nous avons cherché à déterminer quelle était l'action de la lumière d'une lampe à arc sur un organisme partiellement ou totalement teint en bleu par ce réactif.

II

Nous avions d'abord à nous demander quelles sont, au point de vue purement histologique, les propriétés des substances dites « couleurs vitales ».

Nous ne nous occuperons présentement que du bleu de méthylène, de la thionine et du violet de gentiane (1).

Le bleu de méthylène, le type des couleurs susceptibles de produire des colorations vitales, a passé pendant longtemps pour se lier, se combiner d'une façon intime aux tissus vivants.

C'était une erreur, et elle a été relevée par des anatomistes dont l'autorité ne laisse subsister aucun doute. MM. Galeotti (2), Henneguy (3), Bolles Lee (4) ont démontré que cette substance est absorbée par diverses espèces de cellules dans un ordre déterminé, mais que, une fois le degré maximum de saturation obtenu, celles-ci dégorgent la couleur qui est rendue au milieu ambiant *sans avoir subi aucune modification chimique*. Ce n'est donc pas le fait d'une véritable coloration, mais bien d'*une simple imbibition temporaire*. La distinction est importante, et il ne saurait s'agir ici simplement de jouer sur les mots.

Il en ressort que si l'on désire obtenir une imprégnation durable des tissus, il ne faut fournir aux éléments qu'une quantité de matière insuffisante pour les saturer et incapable de provoquer le phénomène de la régurgitation.

Comme cette dernière est un acte physiologique qui dépend exclusivement de la parfaite intégrité vitale de la cellule, nous avons cherché s'il ne serait pas possible de modifier l'équilibre de celle-ci de manière à augmenter la durée de la période précédant la saturation.

Il se trouve que certains anesthésiques, en modifiant probablement les divers protoplasmas par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses périphériques, confèrent aux épithéliums (les seuls éléments dont nous nous occupons ici) une « insensibilité », si nous osons nous exprimer ainsi, qui les rend d'une grande tolérance à l'égard des couleurs vitales.

La cocaïne, même diluée, jouit au plus haut degré de cette propriété.

En injectant un mélange de bleu de méthylène et de cocaïne, tous deux en solution au centième, dans le mésentère d'un lapin, et en faisant la ligature en masse des vaisseaux mésentériques, ligature qu'on enlève vingt minutes plus tard, on constate, au microscope, que les différents éléments anatomiques restent colorés deux heures et plus, alors que, sans anesthésique et en suivant rigoureusement la même technique, les diverses cellules du mésentère d'un lapin témoin dégorgent la couleur dont elles s'étaient imprégnées, déjà vingt-cinq ou trente minutes après section de la ligature.

Le violet de gentiane se porte sur les noyaux des cellules, qu'il colore à l'exclusion de toute autre partie. Mais il faut l'injecter en solution acide pour qu'il agisse d'une façon intense et parfaitement élective. L'addition d'une infime proportion d'acide acétique donne les meilleurs résultats.

Enfin, la thionine agit comme le bleu de méthylène, mais en se concentrant plus spécialement sur la chromatine.

Nous ajouterons que ces trois principes colorants agissent mieux en solution chaude à 35°-38°.

III

Nous avons alors fait un mélange de ces trois couleurs et l'avons injecté à des embryons, à des animaux d'âges divers. Le protoplasma, les noyaux et la chromatine étaient donc individuellement colorés, comme nous nous en sommes assuré à maintes reprises.

Tandis qu'un embryon de *Salmo trutta* (1), de sépia (2), de *Rana temporaria* (3) se développe beaucoup plus vite dans la lumière bleue, un têtard ou un embryon de poule ayant reçu préalablement dans la circulation, au moyen d'une pipette effilée, une goutte de la solution colorée, présente un retard manifeste, par rapport au développement des embryons témoins, maintenus simplement à la lumière du jour sans injection de couleur. Mais si, au lieu de les abandonner aux rayons du soleil, on dirige sur des embryons colorés identiques, pendant trente minutes, les faisceaux concentrés d'une lampe à arc à 50 centimètres de distance, on ne tarde pas à les voir périr.

Des témoins teints, mais laissés à la lumière du jour, ne meurent jamais, à condition, cela va sans dire, qu'on ne les intoxique pas par sursaturation de couleur.

A l'examen microscopique, on constate que des globules sanguins sont sortis çà et là des vaisseaux dilatés, et partout l'on voit les figures des diverses phases de la caryocinèse. La mort a été la conséquence directe de l'action de la lumière sur les cellules préalablement imprégnées de couleur, lesquelles constituent des centres d'attraction, de véritables « points de mire » pour les radiations chimiques. Ainsi dirigées et renforcées, ces dernières atteignent les éléments anatomiques dans leur vitalité.

Il est d'ailleurs facile de démontrer directement que les tissus d'animaux *adultes*, auxquels on injecte du bleu ou du violet, deviennent suffisamment perméables à la lumière pour permettre aux rayons actifs d'atteindre jusqu'aux os.

C'est ainsi qu'on peut sensibiliser en une minute, à 20 centimètres de distance, avec une lampe à arc, un papier au gélatino-bromure enfermé dans un sac de collodion et placé après trépanation sous la voûte crânienne d'un chat préparé de la sorte.

Chez un lapin préalablement coloré, en dirigeant le cône lumineux sur l'un des côtés de l'abdomen, on impressionne en trente secondes une plaque sensible placée contre la paroi opposée.

L'injection locale d'une solution de thionine à 1 % dans la paroi abdominale d'un chien permet, en faisant agir sur cette peau colorée les rayons concentrés d'une lampe à arc, d'impressionner en vingt secondes une plaque photographique préalablement introduite dans la cavité péritonéale au-dessous de la partie injectée.

En ce qui concerne les bactéries, l'intérêt des colorations vitales est non moins grand. Les couleurs dont nous avons parlé ont, en effet, la propriété de teindre vivants un certain nom-

(1) R. Odier. Cancer, théorie du rajeunissement karyogamique; considérations sur la pathogénie et le traitement rationnel du cancer. (*Intermédiaire des biologistes et des médecins*, 20 juin 1899, p. 239.)

(1) Il est regrettable que le *vert de méthyle* ne soit pas bleu ou violet : nous aurions en lui le remède capable d'arrêter le développement de la plupart des tumeurs épithéliales accessibles. En effet, outre qu'il est un colorant spécifique de la chromatine vivante (analogue à l'iode vis-à-vis de l'amidon), *il reste énergiquement fixé et adhérent à celle-ci*. De plus, il a une remarquable *propriété fixatrice*, surtout en présence de traces d'acide acétique. Injectée à un têtard de 5 centimètres, une solution de vert de méthyle acétique, à la dose de 2 ou 3 gouttes, le tue rapidement par fixation de tous les éléments anatomiques qu'il atteint

Il est désirable que la mise en pratique de cette remarquable propriété soit expérimentée dans le sarcome et dans le cancer. Bien que le vert de méthyle ne puisse servir d'adjuvant aux rayons chimiques, cette couleur pourra être appelée à jouer un rôle dans le traitement de ces affections, lorsqu'elle sera convenablement maniée.

(2) G. Galeotti. Ricerche sulla colorabilità delle cellule viventi. (*Zeitsch. f. wiss. Mikrosk.*, 1894, XI, 2, p. 172.)

(3) L.-F. Henneguy. Colorabilité du protoplasma vivant. (*Intermédiaire des biologistes*, 5 mars 1898, p. 198.)

(4) A. Bolles Lee et L.-F. Henneguy. Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique (histologie, embryologie et zoologie). 3e éd., p. 236. Paris, 1902.

(1) E. Yung. Contributions à l'histoire de l'influence des milieux physiques sur les êtres vivants. (*Arch. de zool. expérim.*, 1878, VII, p. 251.)

(2) E. Yung. De l'influence des lumières colorées sur le développement des animaux. (*Mitteil. aus der zoolog. Station zu Neapel*, 1881, II, p. 233.)

(3) Voir sur ce sujet, outre le premier des deux mémoires précités : Leredde et Pautrier. Photothérapie et photobiologie; rôle thérapeutique et rôle biologique de la lumière, p. 66 et suivantes. Paris, 1903.

bre de microbes pathogènes. Pour n'en citer que trois, pris parmi les plus nocifs, signalons ceux de la tuberculose, de la diphtérie et certains streptocoques. Sans entrer dans des détails, inutiles ici, ni vouloir présenter des conclusions hâtives, bornons-nous à dire que l'addition d'une quantité, même faible, de bleu de méthylène à la culture de l'une de ces espèces microbiennes augmente le pouvoir bactéricide de la lumière dans des proportions considérables.

Le bacille pyocyanique semble, de par la faculté qu'il a de vivre impunément dans la couleur qu'il sécrète, devoir être insensible au spectre chimique. Par contre, il est permis de croire que précisément cette couleur n'est pas étrangère à la disparition des autres espèces microbiennes que quelques auteurs ont associées expérimentalement au bacille du pus bleu (1).

IV

En fait d'application thérapeutique, nous n'avons mis notre principe en pratique que dans 3 cas d'érysipèle bénin et dans quelques cas de furonculose.

Pour ce qui est de l'érysipèle, nous avons, chez 2 hommes, fait disparaître des plaques érysipélateuses circonscrites — après les avoir badigeonnées avec un mélange de violet de gentiane et de bleu de méthylène (2) — en les exposant de quinze à vingt minutes, à quatre ou cinq reprises différentes, à la lumière émise par une lampe à arc.

Dans le troisième cas nous avons échoué en partie; à l'examen microscopique, nous avons constaté que les streptocoques provenant de ce malade appartenaient à une variété ne prenant ni le Gram, ni le bleu de méthylène. Ce fait négatif n'est donc pas de nature à infirmer les résultats favorables enregistrés chez les 2 premiers patients.

Chez un chien, nous avons guéri en 3 séances un furoncle volumineux du dos après injection d'un demi-centimètre cube de sérum artificiel chaud, contenant 1 % de bleu de méthylène et autant de cocaïne. Nous dirigions les faisceaux lumineux sur l'abcès coloré, pendant une durée de trente minutes chaque fois.

Enfin, la disparition de petits furoncles de la nuque nous a paru considérablement hâtée par le badigeonnage avec une solution de violet de gentiane et de bleu, suivi de la simple exposition à la lumière du jour.

Voici comment nous croyons — après essais sur nous-même — qu'on peut réaliser d'une façon pratique la coloration de régions limitées du corps.

Pour les doigts, la main, il suffit de faire une ou deux ligatures, selon le cas, de préférence après avoir anémié la région au moyen d'une bande de caoutchouc. On injecte plusieurs gouttes (jusqu'à 1 c.c,) de la solution de bleu de méthylène et de cocaïne au centième. En enlevant la ligature quelques minutes plus tard, on voit la coloration subsister d'une façon intense.

Il n'est pas possible, naturellement, de procéder de même, c'est-à-dire au moyen de ligatures, pour toutes les régions du corps. Quand ce procédé est inapplicable, nous avons recours à un artifice fort simple, consistant en l'application, sur la peau, d'anneaux métalliques de diverses grandeurs, formés d'une lame mince circulaire de 2 centimètres de hauteur. Nous les maintenons, suivant les circonstances, par une bande élastique ou par une longue pince spéciale, dont chaque branche — qui peut se couder — reçoit un anneau métallique que l'on fixe dans toutes les positions désirables autour de l'axe de l'instrument au moyen d'un manchon mobile. Il est ainsi possible de comprendre et d'isoler à volonté, sous ces anneaux, à peu près n'importe quelle région circonscrite de la tête, du tronc et des membres et d'y arrêter momentanément la circulation avant de procéder à l'injection de matière colorante.

Il n'y a pas de doute que l'étude de ce principe de la coloration vitale des tissus puisse être fructueuse. Quoique les recherches que nous venons d'exposer ne soient, en quelque sorte, qu'ébauchées, nous préférons ne pas en retarder la publication, persuadé que seule une large expérimentation pourra apporter ici la précision qui permettra d'appliquer cette méthode d'une façon plus générale à la pathologie humaine.

Les résultats favorables obtenus dans le traitement des tumeurs malignes avec les rayons de Finsen et de Becquerel nous autorisent en effet à penser que la photothérapie trouvera dans la coloration vitale des tissus malades (et peut-être des microbes invisibles) un auxiliaire doublement puissant, puisque les rayons actifs atteignent par ce moyen, même dans la profondeur, soit le protoplasma, soit le noyau — c'est-à-dire la partie de la cellule qui est le siège et la condition des phénomènes caryocinétiques —, et, de plus, ce noyau est rendu vulnérable et par la fixation de la couleur sur lui et par la nature même de cette couleur, qui laisse passer les rayons chimiques du spectre à l'exclusion de tous les autres.

Dr Robert Odier (de Genève).

CHIRURGIE PRATIQUE

Sigmoïdite et péri-sigmoïdite.

Nous voulons parler des accidents inflammatoires qui prennent leur origine dans l'S iliaque, l'anse sigmoïde, et qui pourraient servir de pendants à la typhlite et à la pérityphlite. Qu'ils soient beaucoup plus rares, nul n'en doute, mais ils affectent, en clinique, des allures semblables, et l'on rencontre un phlegmon iliaque gauche, péri-sigmoïdien, qui rappelle de tout point le phlegmon péri-cæcal. Depuis que M. le docteur A. Mayor (de Genève), a signalé, en 1893, cette « entérite iliaque » gauche, peu de faits ont été publiés, mais quelques travaux récents ont rappelé l'attention sur la sigmoïdite et la péri-sigmoïdite, et c'est là une question de pratique courante qui mérite d'être étudiée.

Ces accidents reconnaissent pour cause habituelle la constipation, la stase fécale dans l'anse sigmoïde, mais il s'agit de tout autre chose que de ces boudins iliaques, bosselés, pétrissables et douloureux, et de volume parfois surprenant, qui caractérisent la rétention stercorale simple, et disparaissent avec elle. Ici la paroi intestinale et le péritoine ambiant sont malades, à des degrés divers, que traduisent des formes cliniques différentes.

Un brusque accès de fièvre, une douleur iliaque, des nausées signalent d'ordinaire le début de la sigmoïdite aiguë; la fièvre persiste plus ou moins longtemps, suivant la « tournure » que prend l'affection; on constate dans la fosse iliaque, assez mal d'abord, par suite de la contracture douloureuse de la paroi, plus nettement, quand l'acuité initiale des douleurs s'est atténuée, une tuméfaction boudinée, cylindroïde, épaisse, tendue, allongée obliquement de la crête iliaque à l'entrée de l'excavation; même après la débâcle fécale, ce boudin ne s'affaisse et ne se réduit que peu à peu, assez lentement : l'intestin distendu s'est vidé, la masse inflammatoire se résout et se résorbe progressivement. Il arrive qu'on retrouve encore, pendant plusieurs semaines, de l'induration profonde, dans la fosse iliaque, et l'on s'est demandé parfois, devant cette évolution traînante, si le néoplasme n'était pas en cause (Mayor).

Il s'agit, dans cette première série de faits, de la forme bénigne, résolutive et spontanément curable. M. le docteur A. Bittorf (de Leipzig) en donnait, il y a quelques mois, deux exemples typiques : un homme de quarante-sept ans, sans passé abdominal, est pris brusquement de fièvre (39°4), de céphalée, d'abattement général; le ventre est tendu, météorisé; dans la fosse iliaque gauche, on sent profondément une résistance « en forme de boudin, de 10 à 12 centimètres de long, de 4 à 6 de large, très douloureuse, convexe à droite, et qui se perd du côté du petit bassin ». La douleur est exactement cantonnée à cette zone. Après l'administration d'huile de ricin et des selles nombreuses, la tumeur s'affaisse peu à peu : au sixième jour, la douleur et le ballonnement reparaissent, mais pour quelques heures seulement. Autre malade, de trente-trois ans : début fébrile (38°4 le soir du second jour); dans la fosse iliaque gauche, résistance très nette, arrondie, allongée, commençant à la hauteur de l'ombilic et finissant au petit bassin : douleur très vive, à la pression, localisée à ce niveau. Là encore, les accidents tournent court, et, en quatre ou cinq jours, le repos au lit, l'huile de ricin, la diète en ont raison.

Tout récemment, un jeune homme de vingt ans entrait dans mon service, à l'hôpital Tenon, avec des douleurs très aiguës dans la fosse iliaque gauche, le ventre ballonné, la langue sale, et une température de 38°4; il était constipé depuis quatre jours, il souffrait depuis lors, mais la douleur s'était brusquement accrue dans les dernières quarante-huit heures. La paroi abdominale était en état de « défense », contracturée et douloureuse dans la fosse iliaque gauche; on parvenait pourtant à sentir, à ce niveau, un gros boudin allongé, qui devint plus net le lendemain, dès que la glace, le repos au lit, une première débâcle fécale eurent atténué les douleurs. Toutefois, pendant quatre jours encore, la température resta à 38°, et l'on trouvait, au palper iliaque, de la résistance profonde et une sensibilité très marquée.

Sous cette première forme, l'affection est donc peu grave et de cure facile. Mais, avec ce début brusque, fébrile, et cette tuméfaction iliaque douloureuse, elle peut faire penser, chez la femme surtout, à d'autres accidents, de signification toute différente et de pronostic moins bénin. M. le professeur G. Edlefsen (de Hambourg) rappelait, il y a peu de temps, que la sigmoïdite stercorale n'est pas exceptionnelle chez les accouchées, et qu'il convient d'y penser, pour ne pas la confondre avec la paramétrite puerpérale. En dehors même de l'accouchement, on aura souvent tendance à mettre les accidents et la tumeur sur le compte d'une lésion utéro-annexielle : une femme de vingt-huit ans était envoyée à M. le docteur Galliard, médecin des hôpitaux de Paris, avec le diagnostic de métrite; depuis huit jours, elle n'avait pas eu de garde-robe, depuis deux jours elle vomissait; sa température était de 39°1. On constatait, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur volumineuse, ovoïde, faisant corps avec l'S iliaque, assez dépressible, non fluctuante, peu mobile, dou-

---

(1) Ed. de Freudenreich. Notes de laboratoire sur l'action du bacille pyocyanique sur la bactéridie charbonneuse. (*Ann. de microgr.*, 1888-1889, I, p. 465.)

(2) On confond fréquemment le bleu de méthylène avec plusieurs autres couleurs qui, pour être bleues, n'ont cependant aucun rapport avec lui; nous entendons par *bleu de méthylène* le chlorure tétraméthylé de la thionine, qu'il ne faut pas confondre avec les bleus *de méthyle*, lesquels sont des dérivés trisulfoconjugués de la rosaniline, par conséquent des couleurs acides, tandis que le bleu de méthylène est basique.

Le chlorhydrate de thionine est l'homologue du bleu de méthylène; il est beaucoup plus énergique et plus adhérent à la cellule.

Enfin, signalons encore le fait que le bleu de méthylène du commerce contient souvent une impureté improprement appelée *rouge de méthylène*. Cette couleur rouge intense se porte sur le ciment intercellulaire et a faussé pendant longtemps, à notre insu, toutes nos expériences. En effet, lorsque nous injections du bleu de méthylène à des animaux, les noyaux et le protoplasma étaient bien colorés en bleu, mais le ciment intercellulaire, ainsi que la capsule des éléments anatomiques, était teint en rouge et arrêtait au passage les rayons chimiques, de façon que les cellules proprement dites n'étaient pas atteintes par eux. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de cette erreur pour l'éviter, en ne faisant usage que de bleu de méthylène chimiquement pur.

loureuse à la pression. Le toucher vaginal était entièrement négatif. Malgré les évacuations rectales journalières, la température oscilla entre 38° et 39° jusqu'au cinquième jour, et la tumeur ne s'affaissa que progressivement. On ne trouva jamais de pus dans les selles.

Ce dernier détail nous amène à l'autre forme de l'inflammation péri-sigmoïdienne, à la *péri-sigmoïdite suppurée*, aux abcès chauds de la fosse iliaque gauche, d'origine intestinale, et qu'on peut mettre en parallèle jusqu'à un certain point avec les abcès péri-cæcaux.

M. Mayor en rapportait un exemple fort net, chez un garçon de onze ans, qui, brusquement, avait été pris d'un « point douloureux très vif siégeant dans le bas ventre et à gauche » et d'une fièvre très élevée (39°5 à 40°). La tuméfaction iliaque gauche avait grossi très rapidement, et « déterminait une saillie évidente de toute la moitié gauche du ventre ». Au moment où l'on songeait à ouvrir cet abcès, l'enfant rendit une « forte selle de consistance crémeuse et infecte »; et, du même coup, la fosse iliaque s'affaissait, et la tuméfaction ne figurait plus qu'une masse dure, grosse comme le poing. Peu à peu tout disparut.

J'ai ouvert, en 1897, à l'hôpital Beaujon, un abcès iliaque gauche, de ce genre, chez un jeune homme de vingt-huit ans qui, depuis un mois, souffrait un peu du ventre à gauche : la température était à 39°; on sentait, dans la fosse iliaque gauche, une masse allongée, oblique, manifestement fluctuante; l'incision me conduisit dans une collection purulente, fétide, occupant la fosse iliaque, accolée en dedans à l'S iliaque, encapuchonnée de fausses membranes, et close de toutes parts. La guérison eut lieu sans incident.

Il est entendu qu'un certain nombre de ces abcès iliaques gauches sont, en réalité, des abcès appendiculaires, et la question de l'appendicite « avec abcès à gauche » est aujourd'hui bien étudiée. Mais, dans les faits que nous venons de citer, aucun doute ne saurait subsister, et la péri-sigmoïdite suppurée ne doit plus être méconnue. Quelle que soit la fréquence des suppurations d'origine appendiculaire, quel que soit le siège parfois inattendu et lointain de ces suppurations, nous savons que l'appendice n'est pas seul en cause, dans tous les abcès péri-intestinaux, et que les divers segments du gros intestin, en particulier, peuvent être le siège d'infections localisées. Les abcès péri-sigmoïdiens rentrent dans ce cadre, et il y a quelque intérêt, je pense, à l'heure présente, à rappeler ces données de saine clinique.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 janvier 1904.

Sur certaines anomalies congénitales de la tête, déterminant une transformation symétrique des quatre extrémités (acrométagenèse).

M. V. Babes. — J'ai pu recueillir un certain nombre de fœtus humains porteurs d'anomalies identiques au niveau des quatre extrémités (hexadactylie des deux mains et des deux pieds, par exemple), mais plus accentuées aux membres supérieurs; on peut considérer ces monstres comme constituant un groupe distinct, celui des monstres *acrométagénétiques*. Ce genre de monstruosité reproduit souvent les caractères qu'affectent normalement les extrémités dans des races ou espèces animales plus ou moins éloignées.

Tous ces monstres sont atteints en même temps d'une anomalie quelconque de la face pour la plupart, il s'agit de bec-de-lièvre avec cheilognathie, palatoschizis, voire même aprosopie ou schisto-prosopie. A un examen attentif, on reconnaît en outre que ces dernières malformations ne sont souvent que la conséquence d'autres lésions de la base du crâne, telles que scléroses, adhérences, déplacements ou défauts de conformation.

Ces diverses altérations faciales et crâniennes sont de nature inflammatoire — et peut-être spécifique — ou traumatique, et je suis convaincu qu'elles représentent l'origine des anomalies concomitantes des membres. Il m'a semblé que la lésion principale siégeait au niveau de l'os sphénoïde et de la glande pituitaire, ce qui tendrait à faire admettre qu'il existe dans cette région un centre particulier en rapport avec les extrémités, et dont la perturbation entraîne des anomalies pouvant donner aux membres les caractères qu'ils ont dans d'autres races ou espèces.

MM. Doyon et **Kareff** adressent une note relative à des expériences d'où il résulte que l'injection, dans une veine intestinale, de chlorhydrate de pilocarpine ou de chlorure d'adrénaline diminue ou fait disparaître la glycogénie du foie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1904.

Erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire (appendicalgie).

M. Guinard. — Je désire attirer votre attention sur une série d'erreurs de diagnostic commises chez des malades atteints d'appendicite chronique, sans crises, à forme très atténuée, et ne se traduisant que par un signe : la douleur ou *appendicalgie*; encore cette douleur ne siège-t-elle pas toujours au point de McBurney; on trouve souvent son maximum plus bas, près de l'arcade crurale, parfois même du côté gauche.

J'ai observé notamment un cas d'appendicalgie chez une femme qu'on avait soignée successivement pour des troubles gastriques, pour des coliques hépatiques, pour un fibrome utérin et pour une hernie crurale. Dans un autre fait, j'ai trouvé, chez un patient venu à la Maison Dubois pour se faire opérer d'une hernie inguinale ancienne, un appendice malade, qui certainement était le point de départ de crises douloureuses dont cet homme avait souffert à plusieurs reprises et qu'on avait considérées comme des coliques néphrétiques. Dans un troisième cas, j'ai dû, après avoir fait une cure radicale de hernie, enlever l'appendice par une deuxième intervention, parce que les douleurs dont se plaignait le malade avant ma première opération n'avaient pas disparu et étaient certainement d'origine appendiculaire.

D'autre part, les fibromes utérins ne sont pas douloureux, en dehors de leur association avec des lésions salpingiennes, et lorsqu'une femme atteinte de fibrome se plaint de douleurs du côté droit, il faut toujours penser à la possibilité d'une appendicite concomitante. C'est ainsi que sur 18 femmes que j'ai opérées pour des fibromes et qui éprouvaient des douleurs, 12 avaient l'appendice malade, les autres présentant une affection annexielle.

Les douleurs dont se plaignent parfois les femmes atteintes de kyste de l'ovaire tiennent le plus souvent à des altérations de l'appendice, comme le prouvent nettement deux cas opérés.

J'ai observé également 11 cas d'appendicalgie coïncidant avec des lésions salpingiennes.

L'ovaire scléro-kystique peut aussi donner lieu à une erreur de diagnostic : c'est ainsi qu'une femme, qui accusait des douleurs abdominales et fut opérée cinq ans auparavant par un de nos collègues pour un ovaire scléro-kystique, ne vit disparaître ses douleurs qu'après l'ablation de l'appendice, dans lequel se trouvait un calcul.

Dans 2 cas, j'ai mis à tort l'appendicalgie sur le compte d'un rein mobile, méconnaissant ainsi l'existence de lésions appendiculaires.

Il m'est arrivé aussi de pratiquer une périnéorrhaphie pour un prolapsus utérin chez une malade qui avait en même temps de l'appendicalgie et à laquelle j'ai dû enlever ultérieurement son appendice.

Je pourrais multiplier les exemples de ce genre; récemment encore j'ai fait un curettage et une amputation du col chez une femme qui souffrait du ventre sans que j'eusse mis en cause son appendice; quelque temps après, une crise d'appendicite est survenue, et la malade a été ensuite opérée à froid par un de nos collègues.

Chez une patiente, qu'on traitait pour une métrite, et qui souffrait depuis quatre ans, on constatait, par le toucher vaginal, au niveau du cul-de-sac latéral droit, une masse qu'on considérait comme une annexite; or, j'ai trouvé, par la laparotomie, des annexes absolument saines; la masse était constituée par de l'épiploon adhérent, et l'appendice, que j'ai enlevé, avait été certainement le point de départ de tous les accidents antérieurs. Dans deux autres cas analogues, l'appendicectomie seule a fait disparaître les douleurs.

La conclusion qui pour moi découle de ces faits, c'est qu'il est toute une série d'affections douloureuses du ventre pour lesquelles le clinicien doit toujours penser à la possibilité d'une appendicite. En outre, quand on fait une laparotomie, il importe de ne jamais refermer le ventre sans avoir examiné de près l'appendice.

De la palatoplastie en un temps.

M. Broca. — Je possède actuellement 126 observations de palatoplastie, et je puis, d'après les résultats que j'ai obtenus, déclarer que je reste partisan de l'opération en un temps, les avantages de la palatoplastie en deux temps ne me paraissant pas démontrés.

J'ai perdu seulement 2 opérés, l'un d'hémorrhagie, l'autre de bronchopneumonie, tandis que la mortalité opératoire, pour la palatoplastie en deux temps, atteint, d'après la statistique de M. Julius Wolff, 7 % pour les enfants de cinq à six ans et au-dessus, et 13 % pour les enfants plus jeunes.

Quant aux résultats de la réparation, l'opération en deux temps a donné 70 % de guérisons immédiates et 30 % de guérisons secondaires, après retouche. Or mes résultats, avec la palatoplastie en un temps, sont sensiblement les mêmes, et comme celle-ci est infiniment plus simple, je la préfère à l'autre méthode.

M. Sébileau. — Je suis, comme M. Broca, partisan de l'opération en un temps. Je ne crois pas, d'autre part, qu'il y ait avantage à pratiquer la palatoplastie avant six ou sept ans : j'ai opéré, il y a quelque temps, une petite fille de huit ans, qui, aussitôt après l'opération, a parlé comme si elle n'avait jamais eu de malformation palatine.

M. Delbet. — La précocité de l'opération n'a aucune espèce d'importance au point de vue du résultat fonctionnel; c'est surtout de la longueur du voile du palais et du développement de ses muscles que dépend l'excellence de la phonation.

M. Broca. — Je crois plutôt à l'importance prédominante de l'éducation pour les résultats phonétiques de la palatoplastie.

Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu.

M. Tuffier. — M. Le Toux (de Vannes) nous a envoyé une observation d'anévrysme cirsoïde très étendu de la région temporo-pariétale du côté gauche, développé consécutivement à un accident survenu à l'âge de huit ans, et ayant pris un développement considérable, après être resté stationnaire de quinze à vingt-huit ans. Notre confrère a enlevé la partie centrale de la tumeur et s'est contenté de lier les artères à la périphérie; la perte de substance a été comblée par une autoplastie. La guérison a été obtenue simplement.

J'ai observé moi-même le développement d'un anévrysme cirsoïde, chez une fillette de trois ans, à la suite d'un traumatisme; j'ai pratiqué l'extirpation depuis quatre années, et la guérison se maintient parfaitement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 16 et 23 janvier 1904.

Constatation de la présence de bacilles tuberculeux dans les liquides par la « tuberculine-réaction » précoce.

M. Marmorek. — Nous avons pu démontrer précédemment l'apparition de la « tuberculine-réaction » chez l'animal immédiatement après l'infection tuberculeuse (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 419). Nous avons continué ces re-

cherches en diminuant successivement la dose de bacilles. La réaction fébrile apparaît encore nettement, même si leur nombre est très petit. Mais quand on arrive à des doses si faibles de bacilles que l'examen microscopique ne les décèle plus que très difficilement, au lieu d'introduire la tuberculine sous la peau de l'animal, il faut l'injecter dans la masse cérébrale. En procédant ainsi, la « tuberculine-réaction » se montre dans tous les cas.

Voici la pratique que j'ai suivie : j'injecte sous la peau d'un cobaye — dont la température ne s'élève pas au-dessus de 38°5 — une demi-goutte d'une émulsion de bacilles tuberculeux dans de l'eau physiologique. Trente minutes après j'introduis dans la masse cérébrale, en trépanant au moyen d'un simple foret, 1/80 de goutte de tuberculine. La température monte rapidement et atteint en l'espace de deux à quatre heures son maximum, lequel dépasse de 2° au moins, mais plus souvent de 2°2 à 2°4, la température de l'animal prise avant l'expérience. Le témoin qui n'a reçu que la même dose de tuberculine dans le cerveau accuse seulement une augmentation de 0°8 à 1°4. Des expériences souvent répétées nous ont montré qu'il y a dans tous les cas une différence très sensible entre la température des animaux tuberculisés et celle des témoins. Elle est de 0°5 au moins, plus souvent de 0°8 ou même de 1°.

En se basant sur ces résultats et en renversant la proposition, on est autorisé à conclure à la présence du bacille de Koch dans un liquide, lorsque l'injection de ce liquide dans la substance cérébrale détermine une élévation de température de 2° au moins.

Cette méthode permet donc de reconnaître au bout de quelques heures la nature tuberculeuse d'un liquide dans des cas où l'inoculation seule aurait pu nous renseigner, comme cela arrive pour le lait, les crachats, le pus, l'urine et le liquide cérébro-spinal, etc., dont la teneur en bacilles est insuffisante.

De l'ictère catarrhal d'origine éberthienne.

MM. Gilbert et **Lippmann.** — Au cours de nos recherches sur l'agglutination du bacille d'Eberth par le sérum des ictériques, nous avons eu l'occasion de constater une réaction positive dans un cas d'ictère catarrhal. Il s'agissait d'une jeune femme dont l'affection présenta trois périodes successives : une première période pré-ictérique, caractérisée par l'acuité des troubles digestifs (anorexie, diarrhée, vomissements); une seconde période d'ictère intense avec phénomènes nerveux marqués (céphalée, insomnie, délire, hallucinations) et sans fièvre; enfin une troisième période de convalescence précédée d'une crise urinaire.

Le sérodiagnostic pratiqué dès l'entrée de la malade, en pleine période d'ictère, se montra positif à des taux de dilution très élevés. La même réaction recherchée au cours de la convalescence fut trouvée sensiblement diminuée tout d'abord et bientôt presque totalement disparue.

Le diagnostic d'ictère catarrhal s'imposait de toute évidence, la symptomatologie était classique et ne laissait subsister aucun doute. Peut-être, par les seules ressources de la clinique, pouvait-on soupçonner la nature réelle des accidents : l'arrivée récente de la malade à Paris, la longueur de la période pré-ictérique, l'intensité des troubles nerveux de la période d'ictère, devaient mettre tout au moins sur la voie. La recherche de l'agglutination et les remarquables variations de cette réaction, strictement parallèles à la marche progressivement décroissante de la maladie, permettaient seules d'affirmer l'origine éberthienne de l'infection biliaire.

Il en est sans doute de certains cas d'ictère catarrhal comme de ces états morbides autrefois appelés embarras gastriques, reconnus aujourd'hui comme autant de dothiénentéries légères; seule la recherche systématique de la réaction agglutinante dans ces cas permettra d'en saisir la réelle signification en les classant dans le cadre déjà si chargé des infections biliaires d'origine éberthienne.

Hématologie de la fin de la grossesse normale.

MM. P. Bar et **R. Daunay.** — Nos recherches ont porté sur 5 femmes bien portantes arrivées au dernier mois de la grossesse ; elles ont été répétées chez les mêmes femmes à une époque assez éloignée de l'accouchement pour qu'on ne pût faire intervenir l'influence perturbatrice de l'hémorrhagie de la délivrance et celle des suites de couches. Le sang a toujours été recueilli par ponction de la veine céphalique et la densité a été déterminée à l'aide d'une pipette spéciale.

Dans tous les cas, la densité du sang s'est montrée diminuée à la fin de la grossesse : 1,051 en moyenne, mais elle s'est vite relevée après l'accouchement. L'écart entre la densité du sang à la fin de la grossesse et après l'accouchement a été de 1,050 à 1,052 au minimum, et de 1,051 à 1,060 au maximum.

Le relèvement de la densité a été rapide chez les femmes ne nourrissant pas (1,053 à 1,058 en dix-huit jours); chez les nourrices il a été plus lent et moindre (1,052 à 1,054, 1,050 à 1,052); il s'est accentué en dix jours après le sevrage (1,055 à 1,060).

En outre, à la fin de la grossesse, la proportion du plasma, qui était accrue pendant la gestation, a diminué après l'accouchement et pendant la lactation.

Nous avons constaté également à la fin de la grossesse et pendant la lactation une diminution de l'alcalinité du sang et de sa richesse en globules et en hémoglobine. Une courbe représentant les variations de ces divers éléments serait sensiblement parallèle à celle de la densité, et ses oscillations seraient inverses de celles de la courbe figurant le volume du plasma.

Le régime hypochloruré dans l'hyperchlorhydrie.

M. Laufer dit, à propos de la récente communication de M. Vincent sur le même sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 14), que, dans 2 cas d'hyperchlorhydrie avec crises douloureuses et vomissements, il a obtenu la disparition des accidents en soumettant les malades à une hypochloruration aussi prononcée que possible au moyen d'un régime spécial composé de lait, pommes de terre, œufs, viande, etc., ne contenant environ que 2 gr. 19 centigr. de chlorure de sodium.

Lorsque les patients ajoutaient à ce régime spécial 1 ou 2 grammes de sel, les douleurs avaient tendance à réapparaître ; de même lorsqu'on lui substituait le régime ordinaire sans sel.

M. Linossier considère comme hors de doute que l'ingestion avec le repas d'un excès de sel marin diminue l'acidité chlorhydrique du contenu gastrique. Quant à la chloruration de l'organisme, elle augmente la sécrétion chlorhydrique soit chez le chien, soit chez l'homme hypochlorhydrique. La suppression des chlorures alimentaires peut amener, au contraire, l'arrêt complet de toute sécrétion gastrique, mais chez l'hyperchlorhydrique la simple restriction des chlorures ne produit dans la sécrétion que des modifications peu importantes. Il est possible cependant qu'un régime strict d'hypochloruration, tel que le préconisent M. Vincent et M. Laufer, puisse donner de bons résultats.

D'après les expériences de l'orateur, le chlorure de sodium ralentit, en outre, la digestion pepsique de l'albumine; aussi ne doit-on prescrire le sel marin aux hypochlorhydriques que quelque temps avant le repas ou en lavement.

Excitation fonctionnelle du corps thyroïde au moyen des rayons X.

M. R. Lépine. — J'ai constaté antérieurement que si l'on ingère à un chien quelques corps thyroïdes de mouton, le rapport de l'acide phosphorique à l'urée *diminue* dans l'urine excrétée peu après, et *augmente* dans celle qui est excrétée quelques heures plus tard. Il en est de même si, pendant une heure, on expose le cou d'un chien à l'action des rayons de Röntgen, en protégeant le reste du corps au moyen d'une plaque de plomb. Au contraire, le rapport de l'acide phosphorique à l'urée n'est pas modifié si l'on protège le cou, et si la tête seule de l'animal est exposée aux rayons X. Dans ce cas on observe seulement une élévation de température centrale, d'un demi-degré environ (qui se produit également lorsque le cou n'est pas protégé).

Absorption de la graisse dans l'intestin grêle.

MM. F. Ramond et **F. Flandrin.** — L'opinion la plus couramment acceptée est que la graisse est absorbée après saponification. Nos recherches confirment cette manière de voir, en prouvant que la glycérine provenant du dédoublement des graisses se trouve en quantité notable dans l'intestin grêle du chien après un repas de graisse. Cette glycérine est surtout absorbée par la veine porte, puis arrêtée en partie par le foie, qui la recombine avec des acides gras ou la transforme en un autre composé.

Il semble donc, d'une part, que la voie portale soit une voie d'absorption de la graisse, plus considérable qu'on le croit généralement, et que d'autre part le foie joue un rôle très notable dans l'adipogénie.

Emission de rayons *n* par les végétaux.

M. Ed. Meyer (de Nancy) dit avoir pu constater que les différentes parties d'une plante augmentent la luminosité d'un écran faiblement fluorescent. La fleur possède à cet égard un pouvoir peu marqué ; celui des parties vertes, surtout des feuilles, et des racines est plus accentué. L'émission de ces radiations paraît en rapport avec l'activité du protoplasma ou avec son évolution.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 13 janvier 1904.

Sur l'origine syphilitique du tabes.

M. Fritz Lesser fait une communication dans laquelle il dit avoir cherché à élucider par la méthode anatomo-pathologique les rapports pouvant exister entre la syphilis et le tabes : sur 96 cadavres qu'il a examinés à ce point de vue aux hôpitaux Moabit et Urban, il a constaté des traces de syphilis dans 27 cas, soit une proportion de 28 %, tandis que pour les non tabétiques (âgés de plus de trente ans) la proportion ne fut que de 9.5 %.

Cela étant, l'orateur pense qu'on ne saurait nier qu'il y ait des rapports entre la syphilis et le tabes ; mais il va plus loin, et considère cette dernière affection comme une simple manifestation syphilitique, appartenant au stade « quaternaire » de l'infection, au même titre que l'orchite interstitielle, le foie lobulé et l'atrophie linguale lisse : ce stade quaternaire serait caractérisé par des inflammations *interstitielles*, en opposition aux inflammations *gommeuses* de la période tertiaire ou *papuleuses* de la période secondaire. On s'explique ainsi que, pas plus que les autres lésions considérées comme quaternaires par M. Lesser, le tabes, qui représente une inflammation interstitielle de la moelle, ne soit curable par la médication spécifique : il s'agit en effet d'une prolifération de la névroglie, qui étouffe les éléments nobles.

En terminant, l'orateur ajoute que les anévrysmes sont particulièrement fréquents chez les syphilitiques, notamment chez les tabétiques : il a trouvé des dilatations anévrysmales dans 18 % des cas à l'autopsie de ces derniers malades.

M. von Hansemann fait observer que si les affections que M. Lesser appelle quaternaires — à savoir le foie lobulé, l'orchite interstitielle et l'atrophie lisse de la langue — ne se laissent pas influencer par le traitement iodo-hydrargyrique, cela tient tout simplement à ce qu'il s'agit là de lésions *cicatricielles*, par conséquent irréparables, dont le tabes est bien différent au point de vue anatomo-pathologique.

Pour ce qui est des rapports de cette dernière affection avec la syphilis, l'orateur s'en tient à l'opinion de Virchow, qui attribuait à l'infection syphilitique un rôle purement prédisposant.

M. Mendel s'élève également contre les théories anatomo-pathologiques de M. Lesser. On ne saurait considérer le tabes comme une inflammation interstitielle de la moelle; il constitue en réalité une affection à point de départ

extra-médullaire (racines postérieures), se propageant ensuite aux cordons postérieurs (zones de Lissauer), où l'on ne constate aucune trace d'inflammation.

Tout en reconnaissant l'existence de rapports entre la syphilis et le tabes, l'orateur dit que dans 25 à 30 % des cas la syphilis fait défaut dans les antécédents des tabétiques. Aussi partage-t-il, comme M. von Hansemann, l'opinion de Virchow à ce sujet.

M. Benda croit aussi que la syphilis n'est qu'une cause prédisposante du tabes.

M. Max Rothmann objecte à M. Lesser qu'il existe bien une inflammation interstitielle de la moelle, d'origine syphilitique, mais cette affection, à l'inverse du tabes, est parfaitement curable par le traitement spécifique. Il serait d'ailleurs erroné, dans l'hypothèse de M. Lesser, d'expliquer la résistance du tabes à ce même traitement en faisant intervenir la destruction des cylindres par la névroglie proliférée : une telle prolifération s'observe en effet dans la sclérose en plaques, sans que les tubes nerveux soient cependant détruits.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 18 janvier 1904.

La lutte contre la tuberculose : emploi chez les nourrissons de lait stérilisé par le formol.

M. von Behring (de Marbourg) lit un mémoire sur la tuberculose, dans lequel il s'élève contre la théorie généralement admise, qui fait jouer le principal rôle dans la pathogénie de la tuberculose pulmonaire à l'inhalation de bacilles de Koch. L'orateur est persuadé, au contraire, que l'infection tuberculeuse se propage beaucoup plus souvent par la voie lymphatique que par les voies aériennes. Contestant, d'autre part, toute signification précise à la *prédisposition*, il pose en principe que la phtisie pulmonaire est due à une tuberculose acquise en bas âge et qui a pour point de départ une infection intestinale, idée que M. von Behring a déjà longuement développée ailleurs (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 85 et 323) : l'agent pathogène pénétrerait d'abord dans les vaisseaux lymphatiques, puis dans les ganglions, enfin dans le torrent circulatoire qui le porterait dans les divers organes.

Cela étant, il estime que, dans la lutte contre la tuberculose humaine, on doit surtout s'appliquer — tant que l'on n'est pas encore arrivé à pouvoir immuniser les nouveau-nés, comme on immunise les jeunes bovidés — à diminuer l'apport de bacilles de Koch par le lait que reçoit le nourrisson. Toutefois, les procédés habituellement utilisés en vue de la destruction des germes dans le lait, et qui tous sont basés sur l'emploi de la chaleur, présentent un grave inconvénient, puisque leur application détruit non seulement les bacilles, mais aussi les anticorps contenus dans le lait. Or, il importe précisément de conserver au lait ses propriétés fermentatives naturelles, et c'est dans ce but que l'orateur recommande d'additionner le lait destiné à l'allaitement artificiel des nourrissons de petites quantités de formaline (dans la proportion de 1 pour 5,000 à 10,000), et cela immédiatement après la traite. Ce moyen aurait pour effet d'entraver le développement des bactéries, sans diminuer le pouvoir bactéricide du lait. Les expériences instituées à cet égard sur de jeunes bovidés ont donné d'excellents résultats.

M. B. Fränkel fait observer que les résultats de la lutte antituberculeuse dans ces dernières années prouvent que tout n'est pas erroné dans les théories pathogéniques actuellement en cours, notamment en ce qui concerne l'infection d'origine respiratoire. On peut encore objecter à l'hypothèse de M. von Behring que ce n'est pas seulement chez le nourrisson que les tuniques intestinales sont perméables aux microorganismes, il en est de même chez l'adulte. Enfin, si l'infection se faisait par voie lymphatique, avec point de départ dans l'intestin, cette infection devrait laisser des traces dans les ganglions mésentériques : or ceux-ci sont atteints beaucoup moins souvent que les ganglions médiastinaux.

Quant au rôle du lait dans la propagation de la tuberculose, l'orateur n'y croit guère; d'un relevé qu'il a fait avec M. Guttstadt, relativement à la mortalité par tuberculose chez les enfants au-dessous d'un an, dans les quatre dernières années, il résulte que cette cause de décès est sensiblement aussi fréquente chez les enfants nourris au sein que chez ceux qui sont élevés au lait de vache.

La conclusion de M. Fränkel, c'est que le bacille tuberculeux peut envahir l'organisme par des voies multiples, dont la plus communément suivie est la voie respiratoire.

M. A. Baginsky déclare que, d'après sa propre expérience, les nourrissons meurent rarement de tuberculose; quand tel est le cas, on trouve toujours des altérations tuberculeuses des ganglions médiastinaux, beaucoup plus rarement des lésions de l'intestin et des ganglions mésentériques.

Contre l'opinion de M. von Behring, l'orateur relate l'observation du fils d'une femme tuberculeuse, qui, allaité par une nourrice saine, mourut de méningite tuberculeuse. On ne saurait ici invoquer l'infection par le lait.

M. von Behring objecte que cet enfant a pu déglutir des bacilles tuberculeux provenant de son entourage et parvenus accidentellement jusqu'à sa bouche. Quant à la fréquence des lésions des ganglions médiastinaux, elle ne prouve rien en faveur de l'infection par les voies aériennes.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 23 janvier 1904.

Traitement des sarcomes par les rayons X.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Kienböck** a montré un malade qui était atteint d'un sarcome provenant de la cavité nasale. Le néoplasme fut opéré, il y a sept ans, par M. Gersuny; il récidiva malgré des extirpations répétées, empiétant sur les cavités orale et pharyngienne, sur les antres d'Higmore, sur les cavités orbitaires, et donnant ainsi lieu à une protrusion des globes oculaires et, par suite de la compression des nerfs optiques, à une cécité complète.

Les résultats du traitement par les rayons X ont dépassé toute attente. Après treize séances réparties sur trois mois, la tumeur a tellement diminué de volume dans toutes ses parties, que la protrusion des bulbes a disparu et que la vue s'est assez rétablie pour que le malade puisse marcher seul. Le diagnostic de sarcome a été confirmé par l'examen histologique.

M. Michael Grossmann a présenté un homme de trente-neuf ans, ayant un sarcome du nez, récidivé après plusieurs opérations, et également traité par les rayons de Röntgen. Ce traitement a été institué le 15 septembre dernier. Actuellement, il n'y a plus qu'un très petit point du nez qui soit encore atteint : il n'était pas accessible au début de la cure. Tout le reste du néoplasme a disparu, laissant une muqueuse normale.

M. Holzknecht fait observer que les sarcomes sont susceptibles de guérir sous l'influence des rayons de Röntgen, même lorsqu'ils siègent dans des organes internes, tels que les ovaires, tandis que les carcinomes superficiels sont seuls influencés. Comme la quantité de rayons qui pénètrent dans la profondeur est relativement minime, il faut admettre que l'action de ces rayons se porte électivement sur des cellules pathologiques d'une sensibilité particulière, telles que celles du sarcome et du mycosis fongoïde.

Pathologie du tissu adénoïdien intestinal.

Dans la séance du 8 janvier de la même Société, **M. Störk** a montré des pièces anatomiques provenant d'individus qui pendant la vie ont eu de la diarrhée alternant avec de la constipation, des œdèmes de la partie inférieure du corps, un engorgement général des ganglions, des spasmes dans l'abdomen avec des sensations distinctes de résistance, parfois des selles sanglantes, enfin des eschares de décubitus. Généralement ces malades sont morts de pneumonie.

Dans tous ces cas, on a trouvé à l'autopsie une hyperplasie du tissu adénoïdien de l'estomac et de l'intestin, sous forme d'infiltration blanchâtre, de nodules ou de proliférations polypoïdes qui confluent parfois en grosses masses exulcérées et nécrosées. Dans la rate, il y avait une augmentation uniforme des follicules, dans le foie et les reins une légère infiltration du tissu interstitiel. La moelle des os longs était hyperémiée.

Il s'agirait là d'une forme de passage entre la pseudo-leucémie et la lympho-sarcomatose.

Sur l'étiologie de la maladie de Barlow.

Dans la séance du 14 janvier de la Société de médecine interne et de pédiatrie, **M. S. Weiss** a présenté une fillette de quatre mois et demi, qui porte depuis huit semaines, à la joue droite, une tumeur noirâtre, sous-périostée, indolente, laquelle s'étend de l'orbite jusqu'à l'apophyse alvéolaire du maxillaire supérieur; la ponction exploratrice a donné issue à du sang. La petite malade a eu également une ecchymose de la paupière inférieure et de la conjonctive, ainsi que des hémorrhagies buccales. On trouve, en outre, des épanchements sanguins dans le tissu conjonctif sous-cutané autour du genou et du pied gauches. Il existe enfin un léger degré de crâniotabes. Ces symptômes paraissent suffisants à l'orateur pour justifier le diagnostic de maladie de Barlow. Or, fait intéressant, cette fillette est nourrie au sein par sa mère. Sur 722 cas de maladie de Barlow recueillis par M. S. Weiss dans la littérature médicale, il n'y en a que 13 qui concernent des enfants élevés au sein.

M. Kassowitz est aussi d'avis qu'il s'agit d'un cas de maladie de Barlow. Il ne pense pas que l'alimentation artificielle joue un rôle important dans l'étiologie de cette affection : parmi les 20,000 nourrissons qui fréquentent chaque année la policlinique de l'orateur, il n'a été relevé aucun cas de cette affection, quoique la plupart de ces enfants soient alimentés artificiellement. De même M. Kassowitz ne croit pas à un rapport de cause à effet entre le rachitisme et la maladie de Barlow, bien que des symptômes de rachitisme floride existent chez la plupart des petits malades atteints de cette dernière affection : il en est d'ailleurs ainsi chez la fillette présentée par M. Weiss (crâniotabes).

M. Neurath se demande si le siège de l'hématome de la joue, dans ce cas, est bien périosté; le fait que les suffusions sanguines du membre inférieur sont sous-cutanées laisse quelques doutes à cet égard; or, on sait que seules les hémorrhagies sous-périostées sont caractéristiques de la maladie de Barlow. Pour l'orateur, il pourrait s'agir ici d'un cas de purpura hémorrhagique.

M. Escherich fait aussi quelques réserves sur le diagnostic, en raison notamment de l'indolence de l'angiome de la joue; peut-être celui-ci est-il dû à une hémorrhagie provenant d'un angiome profond ou consécutive à un traumatisme.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Fièvre typhoïde et diplococcie, par MM. H. Leroux et M. Lorrain.

Depuis 1899, M. Leroux a eu l'occasion de voir à plusieurs reprises, sous forme de petites épidémies, des cas de fièvre typhoïde compliqués d'une triade symptomatique particulière, toujours la même et dont les trois termes étaient vomissements, érythème et courbe thermique spéciale. La première fois que M. Leroux observa ce syndrome, ce fut chez une jeune malade qui venait d'avoir une attaque de fièvre typhoïde de moyenne intensité; dans les cas ultérieurs, les phénomènes dont il s'agit survinrent au contraire chez des sujets se trouvant encore en pleine évolution de fièvre typhoïde. La même petite épidémie se reproduisit encore à trois reprises différentes, toujours dans la même salle et uniquement parmi les dothiénentériques, et cela en dépit de multiples mesures de désinfection. Sur 33 malades atteints

de fièvre typhoïde, 13 présentèrent la complication que signalent MM. Leroux et Lorrain et 12 y succombèrent. Après un répit de trois années, la même triade symptomatique reparut de nouveau, atteignant cette fois-ci 4 petites filles (dont deux sœurs) chez lesquelles une fièvre typhoïde avait évolué normalement jusqu'alors.

Les vomissements constituent régulièrement le premier symptôme de cet état morbide. Ils sont bilieux, faciles, abondants, parfois extrêmement fréquents et surviennent de préférence lors de l'ingestion des aliments, notamment du lait. Les vomissements sont bientôt suivis par l'apparition d'un érythème généralement périarticulaire; essentiellement polymorphe, l'éruption se présente soit sous forme de placards rouges peu nombreux et localisés aux membres, soit comme un semis de taches morbilliformes qui prédominent au niveau des jointures, ou encore avec l'aspect d'un piqueté scarlatiniforme circonscrit au pli de l'aine. Lorsque l'érythème se généralise, il affecte le plus souvent l'allure d'une éruption morbilliforme, plus rarement celle d'une éruption scarlatiniforme; quelquefois les deux modalités succèdent l'une à l'autre. Même quand il y a généralisation, la figure est rarement atteinte : les auteurs n'ont noté le fait que dans un seul cas. Par contre, les lèvres, la langue, les narines sont assez souvent touchées; leur muqueuse se dessèche alors, se fendille et se couvre de mucosités et de sang noirâtre.

Le troisième symptôme caractéristique consiste dans une modification de la courbe thermique. Celle-ci prend une marche ascendante lorsque la complication survient tardivement; quand, au contraire, l'infection surajoutée se manifeste en plein cours de la maladie, il se produit d'abord une chute de la température, bientôt suivie d'une élévation thermique avec courbe irrégulière.

A côté de ces trois symptômes principaux, MM. Leroux et Lorrain ont noté, à titre accessoire, l'existence d'une hyperesthésie cutanée très accentuée et assez analogue à celle que l'on peut constater dans la granulie aiguë de l'enfance.

Pour les auteurs, l'apparition des complications en question serait due à une infection secondaire dont l'agent pathogène — un diplocoque isolé par eux — présente les plus grandes analogies avec le diplocoque hémophile que M. Deguy a décrit dans les infections métadiphtériques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 183). A côté des propriétés biologiques, identiques pour les deux microorganismes, on retrouve, en effet, dans l'une et l'autre infection, un tableau clinique essentiellement caractérisé par un érythème, des vomissements et une fièvre irrégulière. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, septembre 1903.) — F. M.

Le faisceau pyramidal homolatéral : le côté sain des hémiplégiques (étude anatomo-clinique), par MM. P. Marie et G. Guillain.

On distingue dans la moelle trois groupes de fibres pyramidales : le faisceau pyramidal croisé, le faisceau pyramidal direct du cordon antérieur, enfin le faisceau pyramidal homolatéral du cordon latéral. C'est à l'étude de ce dernier système de fibres que MM. Marie et Guillain consacrent le présent travail; l'intérêt pratique de leurs recherches découle de ce fait que l'on attribue volontiers à la dégénération des fibres pyramidales homolatérales les troubles (diminution de la force musculaire, exagération des réflexes, clonus du pied) que l'on peut observer du côté « sain » chez les hémiplégiques.

Une question préjudicielle se posait donc : ces troubles sont-ils fréquents, ou même existent-ils réellement? Pour résoudre ce point, les auteurs ont examiné et interrogé, à l'hospice de Bicêtre, un grand nombre de malades affectés d'hémiplégie de diverse nature, et ils ont pu se convaincre que ces troubles font le plus souvent défaut dans l'hémiplégie des adultes; lorsqu'on les constate, on doit songer à l'existence d'une hémiplégie double, mais incomplète du côté « sain »; il s'agit d'ordinaire alors de sujets séniles, artérioscléreux, atteints de foyers de désintégration lacunaire dans les centres nerveux, et l'on sait que ces foyers sont habituellement bilatéraux.

MM. Marie et Guillain ont recherché alors s'il existe régulièrement, en cas d'hémiplégie, des fibres pyramidales dégénérées dans les deux cordons latéraux. Par la méthode de Weigert, on constate qu'il n'en est rien, à moins qu'il n'y ait des lésions cérébrales ou mésocéphaliques bilatérales. Mais par la méthode de Marchi, on reconnaît, au contraire, d'une manière très fréquente, sinon constante, la présence, quand l'affection est récente, de fibres pyramidales homolatérales dégénérées, en très petit nombre d'ailleurs. Ces fibres paraissent presque exclusivement destinées aux membres inférieurs, car leur nombre ne diminue pas sensiblement au-dessous du renflement cervical; quant à leur origine, elles proviendraient, pour les auteurs, de la pyramide en dégénération.

Toutefois, la fréquence même de ces fibres homolatérales dégénérées permet à MM. Marie et Guillain de leur dénier tout rôle dans la genèse des troubles du côté « sain » chez les hémiplégiques, puisque ces troubles sont fort rares; et du reste le nombre de ces fibres est trop minime pour que leur suppression fonctionnelle puisse se traduire par des phénomènes tels que la diminution de la force musculaire, l'exagération des réflexes, le clonus du pied. Aussi estiment-ils que, lorsque l'on constate une dégénérescence homolatérale de quelque importance chez un hémiplégique, on peut affirmer l'existence d'une seconde lésion, dans l'hémisphère cérébral ou la protubérance du côté opposé. (*Rev. de méd.*, octobre 1903.) — F. F.

Laryngectomie, par MM. Le Bec et Real.

Les auteurs du présent mémoire relatent l'observation d'un cas de cancer laryngé, dans lequel ils ont pratiqué avec succès l'extirpation totale de l'organe, et s'efforcent à ce propos de montrer les avantages de cette opération, aujourd'hui peu employée contre les tumeurs malignes du larynx.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, chez lequel l'affection, dont les premiers symptômes s'étaient manifestés en décembre 1901, ne fut reconnue comme étant de nature cancéreuse qu'une année plus tard. En raison de la fréquence des accès de suffocation, qui se reproduisaient à la moindre irritation, même à propos d'un simple examen laryngoscopique, et en présence de l'étendue des lésions qui, tout en restant circonscrites au larynx, avaient néanmoins déjà envahi la totalité de cet organe, on décida de pratiquer une laryngectomie immédiate.

Le larynx étant mis à nu par une incision en T, dont la branche verticale dépassait le bord inférieur du cartilage cricoïde de deux travers de doigt et dont la branche transversale répondait à la saillie de l'os hyoïde, M. Le Bec rendit libre l'extrémité inférieure du larynx à l'aide d'une section transversale menée entre le cartilage cricoïde et le premier anneau de la trachée. Il détacha ensuite le larynx de bas en haut en le rasant le plus près possible de ses faces latérales et postérieure, de manière à épargner les vaisseaux et les nerfs importants qui se rendent au larynx ou côtoient cet organe. Une fois le larynx enlevé avec l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques, il ne resta plus qu'à fixer la trachée à la peau et à suturer les téguments au crin de Florence. Malgré les incidents qui surgirent dans cette dernière partie de l'intervention, en raison des difficultés de l'anesthésie, les suites opératoires furent des plus simples.

Se basant sur le résultat favorable obtenu dans ce cas, ainsi que dans un autre fait analogue qu'ils avaient observé antérieurement, MM. Le Bec et Real concluent que le discrédit dans lequel les partisans de la laryngofissure ont fait tomber la laryngectomie pour cancer du larynx — en alléguant la mortalité considérable de cette dernière opération — n'est nullement mérité. Pour eux, la principale, sinon l'unique raison, qui rend si défavorables les anciennes statistiques de laryngectomie est purement et simplement la bronchopneumonie qui survient fréquemment dans les suites de l'intervention, mais qu'il serait plus juste de mettre sur le compte d'une technique opératoire défectueuse. Pour prévenir cette complication, il suffirait de prendre, tant pendant l'intervention qu'après, certaines précautions qui se montrent généralement efficaces. Le point essentiel est d'éviter la pénétration dans les voies aériennes des liquides septiques provenant de la cavité buccale; en outre, il importe de ne laisser pénétrer l'air atmosphérique dans la trachée qu'après l'avoir préalablement débarrassé d'une bonne partie de ses microbes et lui avoir donné une température et un degré d'humidité convenables. En vue de remédier au premier inconvénient, les auteurs interceptent toute communication entre la trachée et les voies digestives, au moyen de la fermeture complète de la gouttière pharyngée et de la fixation de la trachée dans l'angle inférieur de la plaie. De plus, ils maintiennent leur opéré au lit dans une position telle que les sécrétions de la plaie s'écoulent vers le menton et ne viennent pas souiller la trachée. Une couche épaisse de gaze stérilisée, placée au-devant de l'orifice trachéal, en tamisant l'air aspiré et en retenant une partie des souillures qu'il renferme, répondrait au second *desideratum*.

Quant au shock auquel on attribue un rôle important dans la mortalité de la laryngectomie, MM. Le Bec et Real estiment qu'il est facile de se mettre à l'abri de cette grave complication en opérant d'une façon suffisamment précoce et en considérant la laryngectomie comme formellement contre-indiquée chez les sujets trop âgés. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, octobre 1903.) — F. M.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Thermoanesthésie et analgésie, symptômes d'une lésion en foyer de l'isthme de l'encéphale, par M. G. J. Rossolimo.

La constatation des rapports existant entre certaines altérations de la substance grise centrale de la moelle et la dissociation de la sensibilité a joué un rôle important dans l'étude des voies nerveuses sensitives et contribué pour une large part à faire reconnaître l'existence de voies spéciales pour la transmission des différentes espèces de sensations. Mais cette constatation ne suffit pas pour trancher la question d'une manière définitive; il faut encore démontrer qu'une lésion de ces voies, en un point quelconque de leur parcours, situé entre la moelle et les centres cérébraux supérieurs, est capable de produire des troubles analogues à ceux que détermine l'altération de la substance grise médullaire. M. Rossolimo a donc réuni 6 observations personnelles et 9 publiées par d'autres auteurs, relatives à des lésions de l'isthme de l'encéphale ayant entraîné une dissociation syringomyélique de la sensibilité; en groupant ces différents faits, il est arrivé à constituer une entité caractérisée par les symptômes suivants :

Le trait essentiel du tableau clinique est la thermoanesthésie et l'analgésie, dans tous les cas très accusées et persistantes. L'anesthésie peut se présenter sous trois aspects : 1° celui de l'hémiplégie, l'anesthésie dissociée siégeant du même côté à la face, au tronc et aux extrémités; 2° celui de l'anesthésie croisée ou alternante (le plus fréquent), la face étant atteinte d'un côté, le tronc et les membres de l'autre côté; 3° enfin celui des localisations partielles, dans lequel l'anesthésie ne frappe qu'une moitié du tronc et les membres d'un côté, en laissant la face intacte.

Un second groupe de symptômes plus ou moins constants est représenté en premier lieu par l'ataxie, qui affecte généralement la forme de l'ataxie cérébelleuse; elle peut se manifester aussi dans les mouvements des extrémités. Un certain nombre de phénomènes d'irritation ou de paralysie des nerfs moteurs cérébraux doivent, en outre, être comptés parmi les signes caractéristiques — mais éventuels — de ce syndrome; c'est ainsi qu'on peut observer des troubles des muscles oculaires, du nystagmus, de la déviation des yeux du côté atteint, un rétrécissement de la pupille du même côté, de la parésie des troisième, quatrième et sixième paires de nerfs crâniens. Dans un cas la branche motrice du trijumeau était intéressée; dans 2 autres existait une paralysie périphérique du facial. Les troubles résultant d'une lésion du pneumogastrique et du glossopharyngien sont très communs; ils consistent en vomissements,

parésie des cordes vocales et surtout en troubles de la déglutition et hoquet.

Un troisième groupe comprend différents symptômes plus ou moins fréquents, mais n'offrant rien de caractéristique pour le diagnostic, tels que douleurs ou paresthésie dans les régions anesthésiées, paresthésie en des points où la sensibilité est intacte, enfin vertiges parfois extrêmement violents. On constate aussi, chez certains malades, la diminution des réflexes, ainsi que l'existence de troubles vasomoteurs.

L'affection est caractérisée dans les formes aiguës par son début apoplectique, avec symptômes cérébraux et irritation du bulbe, céphalalgie, vertiges, nausées, hoquet, vomissements, auxquels se joignent la thermoanesthésie, l'analgésie, les troubles de l'équilibre, etc.

En ce qui concerne la localisation de la lésion, voici ce que M. Rossolimo conclut de son étude :

Lorsque l'analgésie revêt le caractère hémiplégique, on doit admettre que le foyer a son siège au-dessus du point d'entre-croisement du deuxième neurone sensitif du trijumeau. Le diagnostic de cette localisation est facilité quand il existe en même temps des signes d'une lésion du pathétique ou de la branche motrice de la cinquième paire. Le type caractérisé par la thermoanesthésie et l'analgésie croisées doit être attribué à une altération de la partie postérieure du pont de Varole (avant l'entre-croisement des fibres sensitives du trijumeau) et du bulbe; cette variété clinique est fréquemment accompagnée de phénomènes dans le domaine du pneumogastrique et du glossopharyngien, et même du facial, de l'oculomoteur externe ou du nerf acoustique. Le troisième type enfin — anesthésie dissociée du tronc et des extrémités sans altération de la face — peut être la conséquence d'une lésion antérieure aussi bien que d'une lésion postérieure de la calotte; on se basera sur les autres symptômes pour en déterminer le siège exact. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 3-4.) — A. J.

Contribution à l'étude de la myosite infectieuse au Japon, par MM. H. Ito et S. Sinnaka.

Depuis le mémoire de J. Scriba (de Tokio), en 1885, des faits nombreux de myosite infectieuse ont été publiés par les auteurs japonais; il semblait même que la fréquence en allât croissant, et l'un des auteurs dont nous parlons en avait rassemblé jusqu'à 165 observations dans un court espace de temps.

Que faut-il penser de cette fréquence si particulière au Japon, et qui contraste avec la rareté des cas analogues en Europe? Est-elle bien réelle? Telle est la question que se sont posée, d'abord, MM. Ito et Sinnaka; pour la résoudre, ils ont recueilli tous les faits qui se sont présentés, avec le diagnostic de myosite aiguë, à la Clinique universitaire et à la Policlinique de Kyoto, pendant deux ans; ces faits sont au nombre de 42 : 19 ont été observés à la Policlinique, et de façon trop incomplète pour servir à cette étude; des 23 autres, les auteurs n'en retiennent que 10, dûment authentiques, et c'est là un nombre déjà élevé.

Toutes ces observations se ressemblent par leur étiologie, leur processus et aussi leur caractéristique microbienne : toutes se sont terminées par la guérison, aisément obtenue après incision large, et nous ne trouvons là aucun exemple de ces myosites suppurées multiples, hyperseptiques, qui paraissent être une des formes de l'infection purulente dite spontanée. Il s'agissait, chez les malades des deux chirurgiens japonais, d'*abcès localisés des muscles* (paroi abdominale, mollet, avant-bras, etc.), survenus à la suite d'une petite plaie suppurée de la peau, d'un furoncle, etc., se traduisant par de la fièvre et l'apparition d'une « tumeur » musculaire, et se montrant, à l'ouverture, inclus dans l'épaisseur du corps charnu. Chez un de ces malades, pourtant, un jeune homme de vingt et un ans, les abcès musculaires furent nombreux, sans qu'il y eût de réactions infectieuses graves (38°1) : l'affection avait débuté par un furoncle de la région sous-claviculaire droite; cinq jours après, apparaissaient des douleurs dans la fesse droite, puis, successivement, dans les régions les plus diverses : il se produisit autant de « tumeurs », et l'on dut ouvrir des abcès dans le triceps brachial droit et gauche, le court pronateur, le grand fessier, le demi-membraneux, le tibial antérieur, le jumeau. Toutes les collections étaient nettement et exclusivement *intra-musculaires*. Le malade guérit.

Dans les 10 observations, l'examen bactériologique du pus donna les mêmes résultats; on trouva constamment le staphylocoque, *aureus* ou plus rarement *albus*. Et, de fait, ajoutent les auteurs, après un exposé des diverses théories pathogéniques, la myosite infectieuse doit être tenue, « sinon toujours, au moins dans la plupart des cas de sa forme clinique légère, pour une *staphylomycose*, une *myosite staphylomycotique* », qui doit prendre rang à côté des myosites streptomycotiques, pneumomycotiques, typhomycotiques, colimycotiques, gonomycotiques, décrites de divers côtés.

Quelle que soit la résistance du tissu musculaire à l'infection, il peut donc être le siège de nombreux processus microbiens. Mais pourquoi cette fréquence relative de la myosite suppurée au Japon? Peut-être faut-il voir là quelque influence de l'alimentation, dans laquelle la viande ne figure que rarement? D'autre part, dans deux cas d'amputation de la cuisse pour tumeur blanche du genou, les auteurs ont recueilli, immédiatement, de petites parcelles des muscles sains du mollet, et ces échantillons musculaires ont permis d'obtenir des cultures abondantes de *staphylococcus pyogenes aureus;* toutefois, concluent avec raison MM. Ito et Sinnaka, il faudrait faire des recherches de contrôle sur les muscles des Européens. La question reste donc pendante; d'ailleurs, il n'est pas bien démontré, pour nous, qu'elle se pose réellement, et que la myosite suppurée soit beaucoup plus rare en Europe, à en juger moins par les faits publiés que par les exemples que fournit la pratique courante. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.) — L.

Pneumatocèle de l'occipital, par M. J. de Bary.

Le fait de pneumatocèle de l'occipital relaté par M. de Bary est intéressant sous deux rapports : d'abord parce que c'est le premier cas de ce genre concernant un enfant, et ensuite parce qu'il a trait, contrairement à toutes les observations antérieures, à une pneumatocèle aiguë, ayant abouti en peu de jours à une guérison spontanée.

Il s'agit d'une fillette de trois ans, qui était soignée depuis plusieurs mois pour des manifestations scrofuleuses, quand M. de Bary aperçut un jour sur le côté droit de la tête une tumeur récemment développée, fluctuante en apparence, de la grosseur d'une petite pomme, recouverte de peau normale et insensible même à une forte pression. Sa limite supérieure était formée par la suture squameuse; vers le bas elle s'étendait jusqu'à la base de l'apophyse mastoïde. L'état général demeurait excellent; il n'y avait point de fièvre. On pouvait sûrement exclure tout facteur extérieur, particulièrement le traumatisme, comme cause de l'affection.

Dans l'espace de vingt-quatre heures, la grosseur augmenta considérablement, sans produire le moindre trouble. Au palper, elle présentait une fluctuation moins prononcée que le jour précédent et une tension inégale. Une ponction exploratrice fournit quelques gouttes de sang mêlées d'air.

Cette petite intervention ayant fait pousser les hauts cris à l'enfant, la tumeur devint fortement tendue; elle donnait alors la sensation d'un coussin à air. Dans sa plus grande extension, elle occupait tout le côté droit de la tête à partir du front jusqu'à la suture occipito-temporale et avait des limites nettes, tant du côté de l'apophyse mastoïde que de la ligne médiane. A la percussion on obtenait un son clair sur toute l'étendue de la tumeur, dont la compression faisait quelque peu diminuer le volume. A la base et dans les parties latérales on sentait divers épaississements inégaux de la couche osseuse.

Au bout de cinq jours, on constata un affaissement marqué de la tumeur, qui prit l'aspect d'un sac flasque recouvert de peau ridée, et qui, deux jours plus tard, avait complètement disparu, de sorte que la peau était partout accolée à l'os, sauf en une région grande comme une pièce d'un franc environ, située en avant de la bosse pariétale, et où le palper révélait une dépression peu profonde entourée d'un léger bourrelet. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 1-2.) — L. de la H.

Sur les réflexes patellaires dans les néphrites, par M. A. Lion.

L'auteur a étudié la façon dont se comportent les réflexes patellaires dans les néphrites. En thèse générale, il conclut de ses recherches que les lésions inflammatoires des reins ont, dans la majorité des cas, une exagération de ces réflexes pour conséquence. Il existe cependant à cet égard des différences marquées entre les diverses formes de néphrite.

Sur 16 cas de néphrite parenchymateuse chronique, M. Lion a rencontré 14 fois de l'exagération des réflexes patellaires; cette exagération est particulièrement manifeste dans la période qui précède les accidents urémiques, mais elle n'est pas nécessairement liée à l'urémie, car on l'observe aussi chez des malades ne présentant pas trace d'intoxication; elle diminue parfois avec l'amélioration de l'état général. Dans la néphrite chronique interstitielle, les réflexes patellaires étaient normaux dans 3 cas sur 8; chez les 5 autres patients, ils étaient légèrement exagérés. Il est difficile d'apprécier les rapports existant entre l'état des réflexes et la néphrite aiguë lorsque celle-ci est accompagnée de fièvre, car, en pareille occurrence, d'autres facteurs interviennent, notamment l'infection, dont nous ignorons l'importance. Mais, sur 10 sujets atteints de néphrite aiguë sans fièvre, M. Lion n'en a trouvé qu'un seul qui ne présentât pas une exagération des réflexes; avec l'amélioration de l'état général, les réflexes reprirent dans 5 cas leur intensité normale; ils restèrent exagérés dans les 4 autres.

L'auteur considère l'exagération des réflexes comme un symptôme d'intoxication urémique, ce qui explique sa fréquence dans les formes parenchymateuses chroniques et les formes aiguës graves, tandis que les brightiques peuvent rester longtemps sans offrir de signes d'intoxication. Mais ils ne sont pas pour cela à l'abri des recrudescences du mal : M. Lion a observé un cas où une rechute fut immédiatement suivie d'une exagération des réflexes jusqu'alors d'intensité normale. Il considère l'exagération des réflexes patellaires comme un signe sérieux, témoignant d'une lésion rénale grave. Le retour à l'état normal indique, par contre, un progrès vers la guérison ou, tout au moins, le passage à une forme chronique relativement bénigne. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 3-4.) — A. J.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Sur la nature de certains cas de polyarthrite chronique, par MM. D. L. Edsall et R. S. Lavenson.

On sait qu'en France M. Poncet s'est constitué le défenseur de l'opinion en vertu de laquelle certaines affections articulaires devraient être distraites du groupe du rhumatisme chronique et de celui de l'arthrite déformante dans lesquels on les range habituellement : il s'agirait là, purement et simplement, de formes particulières de tuberculose articulaire. En vue de s'assurer du bien-fondé de cette manière de voir, MM. Edsall et Lavenson ont récemment pratiqué des injections de tuberculine chez un certain nombre de pensionnaires de l'hospice des Incurables de Philadelphie.

Sur 18 sujets qui ont été soumis à ces expériences, 8 ont donné des résultats absolument négatifs, en ce sens que l'injection de tuberculine ne fut suivie d'aucune réaction.

Trois autres patients réagirent manifestement à la tuberculine, mais il n'en reste pas moins quelque doute quant à l'interprétation qu'il y a lieu d'attribuer à la réaction dans ces cas. Chez l'un deux, en effet, l'accès fébrile et les violentes douleurs articulaires qui survinrent à la suite d'une injection de 0 gr. 003 milligr. de tuberculine persistèrent trop longtemps pour faire admettre sans réserves l'hypothèse d'une relation de cause à effet entre l'injection d'une part, les phénomènes fébriles et locaux d'autre part; il pourrait bien ne s'agir là que d'une simple coïncidence. Chez un autre sujet, la courbe thermique, qui accusait une marche irrégulièrement fébrile avant l'injection, ne parut nullement modifiée par celle-ci, et tout ce que l'on eut à noter de particulier fut un endolo-

rissement général des articulations touchées, sans phénomènes locaux appréciables à l'examen. Quant au troisième malade, chez lequel la réaction fut douteuse, on nota chez lui une ascension thermique modérée, accompagnée d'un certain degré d'hypertrophie ganglionnaire dans le cou, l'aisselle et l'aine.

Dans 7 cas, enfin, les auteurs obtinrent une réaction spécifique avec la tuberculine; 4 de ces patients étaient atteints d'arthrite déformante typique; chez 2 autres, il s'agissait de rhumatisme chronique fibreux; pour le septième on avait affaire à un cas de polyarthrite chronique des enfants. Chez ce dernier malade, d'ailleurs, la tuberculose n'était pas localisée aux articulations, car les injections de tuberculine furent régulièrement suivies de poussées d'adénite.

MM. Edsall et Lavenson concluent de ces recherches que tout au moins un certain nombre des cas considérés comme appartenant à l'arthrite chronique relèvent d'une tuberculose articulaire. Assurément, les injections de tuberculine ne sauraient fournir un moyen irrécusable et infaillible de diagnostic de cette infection, puisque, même en dehors de toute tuberculose articulaire, des injections de tuberculine ont pu provoquer des douleurs des jointures; à plus forte raison celle-ci se produiront-elles si l'on a affaire à des articulations déjà touchées. Cependant, en présence des autres signes qui militent en faveur de la nature tuberculeuse de certaines arthrites chroniques, les constatations faites par les auteurs apportent un appoint sérieux à l'opinion dont ils s'étaient proposé la vérification. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, décembre 1903.) — F. M.

Le traitement du péritoine dans la péritonite diffuse, par M. J. A Blake.

La question, récemment soulevée, de l'utilité du drainage de la cavité abdominale, reçoit une importante contribution dans le présent travail, où M. Blake rend compte d'une série de 32 laparotomies pour péritonite diffuse.

Par péritonites diffuses, l'auteur entend les péritonites généralisées ou presque généralisées, mais où les adhérences protectrices font entièrement défaut. Sa série comprend tous les cas opérés par lui durant ces dix-huit derniers mois, à l'exception de ceux où la péritonite dépendait d'une affection trop spéciale, telle que tumeur, occlusion intestinale, etc.

Signalons d'abord que tous ces malades furent soumis au lavage du péritoine; aussi ne peut-on se baser sur eux pour discuter les avantages ou les inconvénients de cette méthode; M. Blake fait toutefois remarquer qu'après le lavage il lui est arrivé tantôt d'assécher la séreuse et tantôt d'abandonner le liquide, sans qu'il ait noté de différence au point de vue de la léthalité.

En ce qui concerne le drainage, il est à présumer que ses mérites sont surfaits, car dans le péritoine les tubes sont rapidement isolés par les adhérences protectrices, ce qui leur enlève toute efficacité. Il semble donc que le drainage ne soit indiqué que là où le foyer du mal n'a pu être supprimé en entier, là où il reste des tissus nécrosés ou de grandes surfaces cruentées. C'est en se conduisant d'après ces principes que M. Blake n'a pas drainé les péritonites par perforation, les salpingites et quelquefois les cholécystites. Par contre, il a drainé les abcès, les pancréatites et les cholécystites où la cholécystectomie était impossible.

La suppression du drainage permet tout d'abord d'éviter certaines occlusions intestinales qui paraissent se former grâce à la coudure d'une anse intestinale sur le drain. Il est en effet arrivé plusieurs fois à l'auteur de voir le météorisme et les vomissements post-opératoires cesser avec le retrait d'un drain.

Une complication assez commune de la convalescence des sujets laparotomisés pour péritonite diffuse est la formation de poches suppurées en divers points de l'abdomen, et entre autres dans l'espace sous-phrénique. Sur 4 suppurations de ce genre, 2 furent observées chez des opérés drainés (au nombre de 22) et 2 chez des non drainés (au nombre de 10). Néanmoins M. Blake pense que le drainage n'a rien à voir avec la genèse de cette complication, car les abcès se rencontrent aussi bien dans les points déclives que dans ceux qui ne le sont pas.

Malgré les difficultés que l'on éprouve à comparer entre eux même les cas de cette série, il y a tout au moins lieu de remarquer la faible mortalité des malades non drainés : sur 10 péritonites appendiculaires « subgénéralisées » et non drainées, il y eut 10 guérisons; sur 7 péritonites généralisées de même origine, 5 furent drainées avec 4 morts et 2 non drainées avec 2 guérisons; sur 6 malades atteintes de péritonite généralisée d'origine tubaire, 5 furent drainées, aucune ne guérit; la sixième ne fut pas drainée et guérit.

Un avantage assurément incontestable de la suppression de tout drainage, c'est de diminuer la durée des périodes de fièvre et de convalescence. Alors que, chez les « non-drainés », la fièvre disparaît en moyenne 3.8 jours après l'opération, chez les « drainés » elle dure 8.5 jours; la convalescence demande 25.3 jours chez les premiers et 43.4 jours chez les seconds. (*Ann. of Surgery*, août 1903.) — R. DE B.

Dilatation congénitale de la vésicule et des voies biliaires, par M. G. Brown Miller.

L'observation relatée dans le travail de M. Miller serait le premier exemple d'une dilatation congénitale de la vésicule biliaire.

Une petite fille avait présenté dès sa naissance une tuméfaction assez considérable de l'abdomen : celui-ci mesurait 62 centimètres de circonférence. Les selles étaient grises durant les premiers mois de la vie, mais à partir de l'âge d'un an ou un an et demi elles prirent parfois une coloration brune. Un médecin crut à de l'ascite; toutefois une ponction ne donna aucun résultat. Quand M. Miller vit la petite malade, elle avait deux ans et demi; l'état général était bon, bien qu'elle fût un peu amaigrie; en dehors de la région abdominale, on ne notait rien de pathologique; les urines étaient normales; il n'y avait pas de fièvre. Le ventre était toujours très gros et l'on notait une voussure de la partie inférieure du thorax. Au palper on sentait dans l'hypocondre droit, d'où elle empiétait sur les régions voisines de l'abdomen, une grosse tumeur fluctuante, mate à la percussion et de surface généralement lisse. L'examen sous chloroforme, avant l'opération, permit de penser qu'elle atteinait au foie.

L'intervention fut faite en deux temps. Tout d'abord, le ventre fut ouvert; on trouva une tumeur kystique dont les parois, sillonnées de gros vaisseaux et de coloration bleuâtre, laissaient transparaître un liquide foncé. Le foie était refoulé sous le diaphragme par la tumeur qui s'insérait pour ainsi dire directement sur le ligament suspenseur. Il en résultait que les deux lobes hépatiques étaient séparés l'un de l'autre par un intervalle de 6 ou 7 centimètres. Le lobe gauche était atrophié; le lobe droit recouvrait la face supérieure du kyste auquel il adhérait. Les autres organes abdominaux n'offraient rien d'anormal. Il fut impossible de se rendre compte de la situation des voies biliaires. Cette première intervention se termina par la suture des parois du kyste à la paroi abdominale.

Trois jours plus tard, le kyste fut ouvert au thermocautère : il s'en écoula 3 litres d'un liquide peu dense, dont les caractères microscopiques et chimiques étaient ceux de la bile. On ne découvrit pas trace de calcul; en raison des faibles dimensions de la fistule biliaire ainsi créée, il fut impossible de retrouver dans le kyste les origines du canal cystique.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Malgré les quantités considérables de bile qui s'écoulèrent par la fistule pendant deux mois et demi, l'enfant augmenta progressivement de poids; la digestion se faisait bien, mais les selles ne contenaient toujours pas de matières biliaires; les urines n'en renfermaient d'ailleurs pas davantage. Au bout de trois mois, cependant, il s'écoula par la fistule une grande quantité de bile extrêmement épaisse, et à partir de ce moment les selles eurent d'une manière constante une coloration normale. La fistule ne tarda pas à se fermer.

Bien que les constatations anatomiques aient manqué, l'histoire clinique de ce cas ne permet pas de douter du diagnostic. La cause du mal n'en est pas moins obscure, car on en est réduit à supposer une inflammation ou un calcul développés pendant la vie intra-utérine. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La médication vaso-dilatatrice dans l'épilepsie.

Partant de l'idée que l'épilepsie est due à un spasme vaso-constricteur, un médecin américain, M. le docteur J. W. Wherry, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Clarinda, poursuit depuis deux ans et demi des essais thérapeutiques au moyen de la médication vaso-dilatatrice chez les épileptiques. Les effets que notre confrère en a obtenus consistent d'abord en une modification du caractère des malades. Ceux-ci, sous l'influence du traitement, sont beaucoup plus tranquilles et plus calmes, et les querelles dans la division des épileptiques sont devenues assez rares pour que l'on ait pu diminuer de moitié le personnel infirmier attaché à cette division. En outre, il a paru à M. Wherry qu'il y avait une amélioration assez notable de l'état général des patients; leur horizon mental s'est également trouvé élargi du fait de la suppression de l'action dépressive du bromure. On ne pouvait guère compter sur une amélioration au point de vue des attaques. Il a cependant semblé que le nombre et la gravité des crises étaient diminués d'une façon appréciable : c'est ainsi qu'en additionnant le nombre des attaques qu'ont eues les 7 épileptiques le plus gravement atteints de l'asile de Clarinda, dans le mois qui précéda l'institution de la médication vaso-dilatatrice, on trouve un total de 281 attaques, alors que ce même total, suivant une courbe presque régulière, tombe à 70 au bout de la première année de ce traitement.

En ce qui concerne les médicaments à prescrire, M. Wherry estime qu'on peut obtenir des résultats satisfaisants avec n'importe quel produit faisant partie de la série des vaso-dilatateurs, les nitrites en particulier.

Avantages de la vessie de glace à compartiments multiples.

Il est souvent très difficile d'obtenir de la vessie de glace tous les services que l'on est en droit d'en attendre, parce qu'en raison de l'action de la pesanteur, la glace s'accumule à la partie la plus déclive du sachet et qu'il n'est alors pas possible d'assurer la réfrigération dans toute l'étendue de la région où elle serait utile. Aussi M. le docteur A. Braun (de Zebus) se sert-il d'une vessie subdivisée en plusieurs petits compartiments indépendants les uns des autres et munis chacun d'un orifice spécial pour l'introduction de la glace. Dans ces conditions, celle-ci, distribuée dans des cellules séparées, ne peut plus s'accumuler en totalité dans un point déclive; la pression exercée par le sachet est en outre régularisée, et, par conséquent, mieux supportée par le malade.

La vessie adoptée par M. Braun se compose de trois compartiments carrés juxtaposés. Le tout prend la forme d'une compresse rectangulaire dont les quatre coins sont munis de rubans qui empêchent la vessie de se déplacer.

Un pareil dispositif convient pour la plupart des régions où la réfrigération peut être indiquée (face, cou, épaule, thorax, scrotum, périnée, membres). Pour l'abdomen, M. Braun préfère un sachet deux fois plus large, comprenant trois paires de compartiments.

Stérilisation du catgut par la teinture d'iode diluée.

L'iode, sous forme de solution aqueuse iodo-iodurée, a été préconisé par différents chirurgiens pour la stérilisation du catgut; préparé par ce moyen, le catgut se conserve pendant fort longtemps dans des conditions parfaites d'asepsie, mais il perd à la longue de ses propriétés initiales de résistance.

Afin d'obvier à cet inconvénient, M. le docteur Salkindsohn (de Wilna) emploie la teinture d'iode diluée dans l'alcool au lieu de la solution iodo-iodurée aqueuse. Le catgut, enroulé sur des bobines de verre à raison de 3 mètres de fil au maximum par bobine, est immergé dans une solution contenant 0 gr. 65 centigr. d'iode pour 100 grammes d'alcool à 50°. On laisse les bobines dans cette solution pendant au moins huit jours, à l'obscurité : au bout de ce laps de temps, le catgut est prêt pour l'usage. On peut d'ailleurs le maintenir plus longtemps dans le liquide en question et même l'y conserver indéfiniment.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

La valeur diagnostique et pronostique de la fièvre dans l'appendicite.

I

« On ne doit pas mourir d'appendicite », telle était la formule par laquelle on avait cru, il y a quelques années, pouvoir simplifier le problème du traitement de cette maladie. La nécessité d'intervenir aussi rapidement que possible, même dans les cas légers, était érigée en dogme, et le chirurgien n'avait que faire de l'analyse minutieuse des symptômes présentés par le patient, puisque, le diagnostic une fois posé, l'opération immédiate était de rigueur. Aussi, faute d'une observation prolongée des malades, l'étude de la symptomatologie et de l'évolution clinique de l'appendicite était-elle fort négligée, et nous pourrions citer tel traité récent de chirurgie dans lequel on chercherait vainement des indications tant soit peu détaillées sur la marche de la température ou sur les particularités du pouls dans les diverses variétés et les diverses phases de l'appendicite.

Mais, depuis quelque temps, le camp des « interventionnistes » à outrance perd du terrain, et si en Amérique on en reste toujours à la formule univoque et simpliste de l'*opération immédiate* (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 51-52), on tend au contraire, en Europe, vers une thérapeutique plus réservée, adaptée aux particularités de chaque cas et de chaque phase de la maladie (1). Sans renoncer aux avantages du traitement opératoire qui, seul, est à même d'assurer la guérison définitive, on cherche à préciser le moment le plus propice pour l'intervention, l'opération hâtive étant loin d'être toujours exempte d'inconvénients. Or, autant la règle adoptée par les interventionnistes à outrance est simple, puisque son application se fait en quelque sorte automatiquement, autant la conduite à tenir devient délicate si, au lieu de pratiquer l'opération systématiquement dès que l'on a posé le diagnostic, on s'applique, comme disent les Allemands, à *individualiser* les cas : l'observation minutieuse du malade reprend alors ses droits.

Sans doute, la numération des globules blancs, à laquelle on attache, depuis quelques années, une valeur considérable au point de vue de l'indication opératoire dans l'appendicite, fournit des renseignements très précieux. Mais, sans compter que ce procédé de recherche, encore que fort simple, n'est cependant pas toujours réalisable dans la pratique, il importe de se garder d'un entraînement irréfléchi : contrairement aux affirmations de quelques auteurs, l'hyperleucocytose ne saurait être considérée comme un signe pathognomonique de la formation d'un abcès. M. Grawitz (2) a formulé à cet égard des restrictions assez importantes, et, dans un travail tout récent, M. Rehn (3) déclare que « les constatations hématologiques ne nous fournissent aucune indication sûre relativement à la présence du pus ». Quoi qu'il en soit, alors même que l'on admet, avec MM. Cazin et Gros (4), la valeur diagnostique des *résultats positifs* fournis par l'examen du sang, au point de vue de l'augmentation des globules blancs, il importe de ne pas perdre de vue que ces auteurs ont soin d'ajouter : « Le signe de Hayem ne doit d'ailleurs être en aucune façon considéré comme un signe pathognomonique, *capable de remplacer à lui seul tous les autres symptômes.* »

(1) Voir, en ce qui concerne l'évolution de cette question, l'article de M. DE QUERVAIN : A quel moment faut-il opérer dans les cas d'appendicite ? (*Semaine Médicale*, 1900, p. 191-192.)

(2) E. GRAWITZ. Klinische Pathologie des Blutes, nebst einer Methodik der Blutuntersuchungen und spezieller Pathologie und Therapie der Blutkrankheiten. 2e éd., p. 557. Berlin, 1902.

(3) L. REHN. Ueber den Wert der Blutkörperchenzählung bei den akuten Entzündungen des Wurmfortsatzes. (*Münch. med. Wochensch*, 15 déc. 1903)

(4) M. CAZIN et E. GROS. De la leucocytose dans l'appendicite. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 141-145.)

Parmi ces autres symptômes, la marche de la température semble devoir occuper une place très importante, et cependant son étude a été assez négligée en France, alors qu'à l'étranger les particularités de la courbe thermique dans l'appendicite ont fait l'objet de toute une série de recherches minutieuses et systématiques.

Dans ce travail, nous nous proposons de dégager les enseignements pratiques que comportent ces recherches au point de vue de la valeur diagnostique et pronostique de la fièvre dans l'appendicite, ainsi qu'au point de vue des indications opératoires.

II

Nombre d'auteurs admettent que l'appendicite évolue fréquemment sans donner lieu à une élévation notable de la température. Cette opinion est-elle conforme à la réalité?

Partant de cette considération que, comme tout autre processus inflammatoire aigu, l'appendicite doit se traduire par de la fièvre et que la réaction thermique est, ici comme ailleurs, étroitement liée au mode d'évolution de l'affection, M. Rotter (1) a étudié à cet égard, d'une manière systématique, 100 malades hospitalisés au St. Hedwigkrankenhaus de Berlin, et il a vu que 81 d'entre eux présentaient de la fièvre et que 19 seulement étaient apyrétiques; encore convient-il de faire remarquer que, sur ces 19 patients, 5 avaient été admis après le dixième jour de la maladie, alors qu'ils avaient, peut-être, déjà traversé la période fébrile, et que 3 autres étaient atteints de péritonite purulente diffuse : aussi M. Rotter croit-il pouvoir réduire la proportion des *appendicites apyrétiques* à 11 %.

M. Herzog (2), sur 189 cas, en compte 139 avec fièvre et 50 sans fièvre, ce qui représente 74 % pour la première catégorie et 26 % pour la seconde. Ce dernier chiffre est beaucoup plus élevé que celui qu'a obtenu M. Rotter, mais l'écart en question s'explique par ce fait que M. Herzog n'a pas défalqué de sa statistique les malades admis à l'hôpital à une période déjà assez éloignée du début de l'affection.

Par contre, en procédant comme M. Rotter, M. Rostovtzev (3) a trouvé, sur 152 cas, 16 appendicites apyrétiques, soit une proportion de 9.5 %.

Ainsi donc, à en juger d'après les recherches de ces trois auteurs, qui ont porté sur un grand nombre de faits, la fièvre ferait rarement défaut dans l'appendicite. Mais cette conclusion n'est valable qu'en ce qui concerne les premiers jours de l'affection, et c'est précisément faute d'avoir tenu suffisamment compte des phénomènes de début que l'on a pu croire à une absence fréquente de toute réaction fébrile. Il importe, en effet, de faire remarquer que l'hyperthermie ne persiste pas longtemps chez les sujets atteints d'appendicite : c'est ainsi que, sur 60 cas traités médicalement et qui ont tous abouti à la guérison, M. Rostovtzev a noté 13 fois un seul jour de fièvre, 11 fois deux jours et 10 fois trois jours. En d'autres termes, dans plus de la moitié des cas (56.6 %), l'hyperthermie *observée à l'hôpital* n'a duré que d'un à trois jours; dans 11 cas seulement, elle s'est maintenue pendant plus d'une semaine. Même en tenant compte du laps de temps qui avait précédé l'hospitalisation des malades, le chirurgien russe a vu que la température est redevenue normale au cours du premier septénaire dans 45 % des cas, au cours du deuxième dans 31 %, du troisième dans 15.5 %, du quatrième dans 8.5 %. Ces chiffres cadrent bien avec la statistique établie par M. Herzog et dans laquelle les cas où la fièvre a duré moins de huit jours constituent également la grande majorité.

(1) J. ROTTER. Ueber Perityphlitis. Berlin, 1896.

(2) L. HERZOG. Die Perityphlitis, vom chirurgischen und internen Standpunkte beurtheilt. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1897, XLVI, p. 114.)

(3) M. ROSTOVTZEV. La pérityphlite (en russe). Saint-Pétersbourg, 1902. — Voir l'analyse de cet ouvrage *in Semaine Médicale*, 1903, p. 283.

En ce qui concerne l'intensité de l'hyperthermie, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que, le plus souvent, elle reste assez modérée. Dans le relevé de M. Kümmell (1), on trouve 185 cas où la température n'a pas dépassé 38°, 124 dans lesquels elle a oscillé entre 38° et 39°5, et seulement 61 où elle a été supérieure à 39°5. En coordonnant les 108 faits recueillis dans le service médical du Bethanien Central-Diakonissenhaus et les 31 cas soignés dans le service chirurgical dudit hôpital — observations sur lesquelles ont porté les recherches de M. Herzog —, on voit que l'intensité maxima de la température a été

De 38° à 39° dans 69 cas (49.6 %).
— 39°1 à 39°5 — 40 — (28.8 %).
— 39°6 à 40° — 14 — (10.1 %).
— 40°1 à 41° — 16 — (11.5 %).

On retrouve à peu près la même répartition pour l'ensemble des faits qui ont servi de base à la monographie de M. Rostovtzev :

T. de 37°6 à 38°5 dans 48 cas (34.78 %).
— 38°6 à 39° — 31 — (22.46 %).
— 39°1 à 39°5 — 46 — (33.33 %).
— 39°6 à 40°3 — 11 — (7.97 %).
Au-dessus de 40°3 — 2 — (1.45 %).

En résumé, trois points principaux sont à retenir de ces recherches statistiques : la fièvre fait rarement défaut au cours de l'appendicite, mais elle est peu durable et, le plus souvent, elle reste modérée, ne dépassant guère 39° ou 39°5.

Ces notions générales sur la fréquence, la durée et l'intensité de la fièvre dans l'appendicite étant établies, voyons s'il existe un rapport quelconque entre ces trois éléments, d'une part, et l'évolution du processus morbide, d'autre part.

III

Et d'abord, le fait de la présence ou de l'absence d'une élévation thermique a-t-il, par lui-même, une signification diagnostique ou pronostique et peut-il comporter telles ou telles indications thérapeutiques? De ce que le malade est à peu près complètement apyrétique, est-on autorisé à conclure à la bénignité de l'affection?

Il s'en faut que le problème se pose, en pratique, dans des termes aussi simples. Sans doute, au moment où l'on avait cru pouvoir établir l'existence de deux types — *appendicite simple* et *appendicite avec perforation* —, on avait pu admettre, à cet égard, des différences nettement tranchées, en supposant que le pouls, la température et l'état général du patient restent normaux ou sont à peine modifiés dans la première forme, tandis que la seconde se caractériserait par un début violent avec élévation brusque de la température, souvent précédée d'un frisson. Mais cette division présentait précisément l'inconvénient d'être surtout anatomo-pathologique et pas assez clinique : M. Rotter a montré que le début plus ou moins violent de la maladie n'exclut nullement la possibilité d'une prompte guérison et que, d'autre part, l'apyrexie initiale ne suffit pas toujours pour assurer une issue aussi favorable.

Mais s'il est vrai que la simple constatation de l'état fébrile ou apyrétique du patient ne donne que des renseignements insuffisants, voire même trompeurs, sur l'évolution de l'appendicite, il n'en est plus de même lorsqu'on tient compte à la fois de l'intensité et de la durée de l'hyperthermie, et surtout de la marche suivie par la température.

(1) H. KÜMMELL. Ueber recidivirende Perityphlitis; Rückblick auf 104 geheilte Resectionen des Processus vermiformis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 avril 1898.)

IV

En consultant les nombreuses *courbes thermométriques* jointes aux observations consignées dans les monographies de MM. Rotter, Rostovtzev, etc., on remarque que toutes les variations individuelles peuvent être réduites à un certain nombre de types fondamentaux que nous allons rapidement passer en revue, en nous arrêtant sur les plus fréquents.

Voici un malade chez lequel la réaction fébrile est franche : après avoir débuté brusquement, avec ou sans frisson préalable, elle se maintient pendant trois jours entre 38° et 39°5 et s'accompagne d'un pouls rapide, fort et régulier; puis on constate une tendance manifeste à l'abaissement de la température, en même temps que l'état général s'améliore et que les douleurs diminuent. Cinq ou six jours après le début du mal, la courbe est redescendue à la normale, et cela d'une manière définitive. C'est que la réaction péritonéale a été très limitée à la fois comme étendue et comme intensité, la phlegmasie ayant abouti à la résolution pure et simple, et l'abaissement graduel et plus ou moins rapide de la température témoigne précisément des progrès de ce processus de résolution.

Dans un second groupe de faits, la fièvre, au lieu de céder au cours des quelques premiers jours de la maladie, persiste, sans atteindre cependant 39°, l'état général restant, d'ailleurs, très bon et l'abdomen étant souple et indolore, sauf au niveau de la région iléo cæcale. Là encore le processus morbide ne tend pas à s'étendre et la péritonite généralisée n'est guère à craindre. Aussi M. Rotter recommande-t-il, en pareille occurrence, l'expectation jusqu'au neuvième ou au dixième jour de la maladie. Si, au bout de ce laps de temps, le thermomètre n'est pas descendu à la normale ou que, malgré l'apyrexie, les signes locaux ne manifestent aucune tendance à l'atténuation — la résistance et la sensibilité à la pression demeurant à peu près les mêmes —, l'intervention est indiquée, alors même que l'état général n'inspire pas d'inquiétude. Il va de soi que dans le cas où la palpation ou la ponction exploratrice auront démontré l'existence d'un gros abcès, on l'incisera immédiatement.

L'expectation n'est plus de mise si, après le troisième jour de la maladie, la température, loin de tendre à diminuer, se maintient à un degré élevé, voire même subit une ascension progressive. Il en est encore de même lorsque la fièvre, après avoir subi une légère rémission, reprend de nouveau sa marche ascensionnelle, le thermomètre marquant 39° ou plus. En pareil cas, l'intervention est urgente, ces élévations thermiques plus ou moins considérables traduisant toujours une extension de la suppuration avec menaces de péritonite généralisée et de perforation de l'appendice. Il existe d'ailleurs, en pareille occurrence, d'autres troubles généraux, tels qu'accélération du pouls, vomissements, etc. On doit alors intervenir dès le quatrième ou le cinquième jour de la maladie, l'expectation prolongée au delà de ces limites pouvant avoir des conséquences fâcheuses.

Nous en dirons à peu près autant des cas où la fièvre affecte un type rémittent, la crise paraissant d'abord tout à fait bénigne pour subir ensuite une recrudescence : toutes les fois que, la température étant redevenue normale, on constate, après quelques jours d'apyrexie complète, une nouvelle ascension thermique, c'est que l'on se trouve en présence d'un abcès et qu'il est urgent d'intervenir pour ne pas s'exposer à des complications graves.

Ainsi donc, tant qu'il s'agit d'une appendicite circonscrite, l'élévation thermique qui persiste et augmente au delà du cinquième jour doit être considérée comme un signe défavorable, dénotant la formation d'un abcès. Toutefois, quant au pronostic *quoad vitam*, la durée de la fièvre paraît avoir moins d'importance, si l'on en juge d'après les recherches de M. Herzog, qui, sur 30 cas terminés par la mort, a vu 15 fois le décès se produire au cours des trois premiers jours.

Par contre, l'*intensité* de l'hyperthermie semble constituer à cet égard un indice très important, comme on peut s'en rendre compte en examinant le tableau suivant, emprunté au même auteur :

T. 38° à 39° :
6 décès sur 52 cas traités dans le service médical.
6 — — 17 — — — — chirurgical.
T. 39°1 à 39°5 :
3 décès sur 33 cas traités dans le service médical.
4 — — 7 — — — — chirurgical.
T. 39°6 à 40° :
2 décès sur 12 cas traités dans le service médical.
2 — — 3 — — — — chirurgical.
T. 40°1 à 41° :
4 décès sur 11 cas traités dans le service médical.
3 — — 4 — — — — chirurgical.

On voit que la gravité du pronostic augmente à peu près parallèlement à l'intensité de la fièvre : la mortalité des cas traités dans le service médical, qui pour le premier groupe (température au-dessous de 39°) n'était que de 11.5 %, atteint 36.3 % dans la quatrième catégorie (température supérieure à 40°); il en est de même pour les cas chirurgicaux, où elle passe de 35.3 % à 75 %.

V

Autant l'hyperthermie donne en quelque sorte la mesure de la gravité de l'affection lorsque la réaction péritonéale reste localisée, autant l'état de la température est, à lui seul, insuffisant pour permettre d'apprécier le pronostic de l'appendicite avec péritonite généralisée. D'une façon générale, on pourrait dire que les rapports entre ces deux éléments sont ici l'inverse de ce qu'ils étaient pour l'appendicite circonscrite. Dans les cas graves de péritonite septique aiguë et de péritonite purulente généralisée d'emblée, la température, après s'être élevée pendant les premières vingt-quatre ou trente-six heures aux environs de 39°, subit à partir du deuxième jour une chute considérable, retombant parfois au-dessous de la normale. Le même abaissement brusque du degré thermique s'observe lorsque la péritonite généralisée se produit par irruption dans la cavité péritonéale du contenu d'un foyer purulent d'abord circonscrit. Par contre, s'agit-il d'une péritonite progressive, où les lésions ont encore une certaine tendance à se cantonner dans le voisinage de l'appendice, la température reste plus élevée. L'hyperthermie constituerait ici, par conséquent, un signe plutôt favorable.

Bien que, dans ce groupe de faits, l'exploration du pouls et l'examen de l'état général fournissent des renseignements beaucoup plus précieux que l'étude de la courbe thermique, il est cependant indispensable de tenir compte de cette dernière, afin de pouvoir la comparer à la courbe du pouls. C'est que, de fait, s'il se produit un abaissement de la température et qu'il coïncide avec une accélération du pouls, on peut affirmer que l'on est en présence d'une péritonite généralisée.

On doit, d'ailleurs, se méfier alors même que la fréquence du pouls, sans subir une nouvelle augmentation, reste cependant en désaccord avec l'état de la température : si ce n'est pas une péritonite généralisée qui évolue, c'est au moins un abcès qui est en voie de formation. M. Jalaguier a insisté très judicieusement sur ce point, en faisant remarquer qu'à côté des cas où la suppuration s'annonce, à partir du deuxième ou du troisième jour, par une ascension progressive du thermomètre à 40° et même plus haut, il est un autre groupe de faits dans lesquels « l'état local ne se modifiant pas, on assiste, le quatrième ou le cinquième jour, à une défervescence thermique, mais sans abaissement proportionnel du chiffre des pulsations. Par exemple, chez un enfant, le thermomètre marque 37°2, 37°5, et le nombre des pulsations dépasse 110 à 120. J'ai constaté plusieurs fois cette rémission trompeuse et toujours j'ai trouvé un abcès » (1).

VI

Il nous reste à attirer l'attention sur deux particularités que présente la température au cours de l'appendicite et qui ne sont pas dépourvues d'intérêt, tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue du pronostic et des indications opératoires.

La première a trait à la différence entre les températures rectale et axillaire. On sait que dans les pyrexies cette différence oscille entre 0°2 et 0°5. Or, M. Madelung (2) a été à même de constater qu'en cas de péritonite purulente, la différence en question est beaucoup plus élevée et peut atteindre jusqu'à 1°5. Cette constatation a été confirmée par M. Lennander qui, dans un cas de péritonite diffuse consécutive à une perforation de l'appendice (diagnostic confirmé par l'intervention), a trouvé 39°5 dans le rectum et 38°3 seulement dans le creux axillaire. M. Schüle (3) a, lui aussi, noté une différence de 1°1 à 1°4 entre les deux températures dans un cas d'appendicite avec formation d'abcès. On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, l'intérêt que présentent ces faits : le cas échéant, les mensurations comparatives des températures rectale et axillaire pourront rendre au praticien un bon service, en le mettant sur la voie du diagnostic d'un abcès appendiculaire.

D'autre part, M. Rostovtzev (4) a tout récemment signalé, chez les sujets atteints d'appendicite, une particularité dans la marche de la température qui mérite également d'être retenue.

En prenant, chez les malades en question, la température plusieurs fois par jour, le chirurgien russe a constaté que le maximum de la fièvre est loin de correspondre toujours, comme pour la plupart des autres pyrexies, à la période comprise entre quatre et six heures du soir. C'est ainsi que, sur 686 mensurations vespérales pratiquées chez 52 patients, 315 fois seulement, c'est-à dire dans 43.5 % des cas, on a trouvé la température maxima entre quatre et six heures; la plupart du temps, à savoir 325 fois (44.8 % des cas), le plus haut degré de fièvre a été noté entre neuf et dix heures du soir; 46 fois (11.7 %), enfin, le thermomètre était à neuf heures au même niveau qu'à cinq heures. Or, en groupant les cas suivant leur gravité, M. Rostovtzev a été à même de se convaincre que la température maxima a d'autant plus de tendance à se manifester tard dans la soirée que l'affection est plus grave. De fait, pour les formes les plus légères (164 mensurations vespérales chez 22 malades), où la guérison a pu être obtenue sans intervention opératoire, le maximum de l'hyperthermie correspondait à neuf ou dix heures du soir dans 36 % des cas. Dans un second groupe d'observations, où la guérison a nécessité une intervention chirurgicale (21 malades avec 64 mensurations avant l'opération et 375 après), le maximum de la fièvre a été noté beaucoup plus souvent entre neuf et dix heures du soir, à savoir dans 45.6 % des cas après l'intervention, et encore plus fréquemment (60 %) avant celle-ci,

(1) A. Jalaguier. Article « Appendicite », *in* Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. 2e éd., t. VI, p. 655. Paris, 1898.

(2) Communication orale rapportée par K. G. Lennander : Ueber Appendicitis und ihre Komplicationen vom chirurgischen Standpunkt aus beurtheilt. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann,* 1893, Neue Folge, n° 75.)

(3) Schüle. Ueber die Differenz zwischen der Temperatur des Rectum und der Achselhöhle speciell bei der eitrigen Appendicitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mai 1900.)

(4) M. Rostovtzev. Quelques particularités de la température dans l'appendicite (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 oct. 1903.)

lorsque l'état des malades était plus grave, le pus n'étant pas encore évacué. Enfin, sur 86 mensurations pratiquées chez 9 patients atteints d'appendicite extrêmement grave avec issue fatale, 56 (65.1 %) ont fourni la température maxima entre neuf et dix heures du soir, et 30 (34.9 %) seulement entre quatre et six heures.

En d'autres termes, dans les cas mortels le plus haut degré de fièvre s'observe à neuf ou dix heures du soir avec une fréquence qui est presque deux fois plus grande que pour les formes légères d'appendicite.

Cela étant, il convient naturellement de surveiller d'une manière particulière la température vespérale, en, la relevant à intervalles assez fréquents, de façon à redoubler d'attention et à se tenir prêt à toute éventualité, si l'on constate que la fièvre atteint son maximum à une heure assez tardive (de neuf à dix heures).

Comme on vient de le voir, l'étude de l'hyperthermie dans l'appendicite présente un certain nombre de points auxquels on ne saurait contester un intérêt pratique assez considérable, et cela quelle que soit d'ailleurs l'importance attachée à la recherche de la leucocytose : le diagnostic et le traitement de cette affection soulèvent souvent des problèmes tellement complexes qu'il n'est pas trop du concours de plusieurs méthodes d'investigation pour en démêler les éléments principaux et arriver à une solution juste.

Dr L. CHEINISSE,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1904.

Injections intra-articulaires d'huile iodoformée et créosotée précédant l'emploi de la méthode sclérogène dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses.

M. Lannelongue fait une communication dans laquelle il indique les modifications qu'il a apportées à sa méthode de traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections sclérogènes (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 274-277), modifications qui permettent d'agir à la fois sur les tissus tuberculeux intra et extra-articulaires.

La plus importante de ces modifications consiste à injecter tout d'abord dans la jointure une quantité, variable suivant l'articulation intéressée, d'huile iodoformée et créosotée (huile d'olive 90, éther 40, iodoforme 10, créosote 2), et c'est seulement trois ou quatre jours après qu'on procède aux injections extra-articulaires sous anesthésie. Le gonflement articulaire produit par la présence de l'huile iodoformée rend plus faciles ces injections, qui doivent être faites avec la solution de chlorure de zinc à 10 %, immédiatement en dehors de la synoviale fongueuse; on dépose sur différents points de la surface externe de cette synoviale de trois à cinq gouttes de la solution. Il est enfin nécessaire, pour diminuer les douleurs consécutives, de pratiquer dès le réveil du patient une injection de chlorhydrate de morphine, qu'on renouvelle au besoin dans la journée.

Grâce à cette méthode de traitement, les tissus tuberculeux deviennent normaux dans l'espace de trois ou quatre mois, et à partir du cinquième mois en moyenne on peut commencer à mobiliser l'articulation et autoriser le malade à se servir du membre.

L'orateur termine en disant qu'on ne doit jamais, en présence d'une affection tuberculeuse des articulations, pratiquer des manœuvres dans le but d'augmenter l'étendue des mouvements avant la guérison complète, sous peine de s'exposer à un réveil des accidents et à des rechutes.

Du cancer chez les animaux.

M. Cadiot (d'Alfort) lit un travail sur ce sujet, dans lequel, après avoir établi la fréquence respective de l'épithélioma et du sarcome chez le cheval, le bœuf et le chien, il déclare que, en faisant cohabiter durant de longs mois des chiens âgés avec des animaux de même espèce atteints d'épithéliomas ulcérés, on n'a pas constaté un seul cas de contagion; les tentatives d'inoculation cancéreuse ont également échoué. En revanche, on peut assez facilement transmettre par frottement les papillomes de la bouche et quelques autres tumeurs bénignes.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 janvier 1904.

Nouvelles observations sur le Piroplasma Donovani.

MM. A. Laveran et **F. Mesnil.** — Dans notre précédente note sur la piroplasmose humaine de l'Inde, nous émettions l'avis que, vu l'existence de formes endoglobulaires du parasite dans les frottis de sang de rate, ce parasite devait se trouver aussi dans la circulation périphérique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 408-409). L'événement a confirmé cette prévision, car, des préparations que M. Donovan vient de nous envoyer, et des renseignements que cet auteur nous a fournis, il résulte que le piroplasme peut être rencontré dans le sang de la circulation périphérique, soit libre, soit — surtout — endoglobulaire; mais ce n'est que quand la température atteint 39° à 39°5 qu'il y apparaît; il y est, d'ailleurs, toujours peu abondant, et, en outre, il y offre des dimensions beaucoup plus faibles que dans les frottis de sang de rate (1 μ à 1 μ 5 de diamètre, au lieu de 2 μ 5 à 4 μ).

D'autre part, la fièvre rémittente à piroplasme paraît une affection extrêmement répandue dans l'Inde. En effet, M. C.-A. Beutley a fait savoir à M. Donovan qu'il avait constaté la présence du *Piroplasma Donovani* dans le *Kala-azar* ou « fièvre noire » de la vallée du Brahmapoutre, affection très meurtrière dont l'étiologie était jusqu'ici des plus obscures : on l'attribuait à l'ankylostomiase, au paludisme, à la fièvre de Malte, etc.

Transmission des radiations physiologiques par les fils métalliques.

M. A. Charpentier adresse une note relative à des expériences établissant que les radiations physiologiques, outre leur propagation par rayonnement dans l'air, sont susceptibles d'être transmises par les corps métalliques.

Cette propriété permet de faire une étude beaucoup plus précise de l'émission de ces radiations par les différentes parties de l'organisme : on peut construire un petit appareil des plus commodes à ce point de vue en soudant à un fil de cuivre isolé, et de longueur convenable, une petite plaque de cuivre recouverte de sulfure phosphorescent (écran sensible), que l'on pourra placer en un point où elle échappe à toute cause d'erreur (émission des radiations par l'observateur); l'autre extrémité du fil sera maintenue telle quelle pour examiner des points très limités, tels que le trajet d'un nerf, ou munie d'une petite plaque de cuivre servant de « transmetteur ».

L'auteur ajoute qu'il a pu constater, en plaçant ce transmetteur tout près du bulbe chez l'homme, une augmentation d'éclat de l'écran sensible pendant l'inspiration comparée à l'expiration; c'est le contraire qui se produit quand on applique le transmetteur sur la moelle cervicale supérieure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1904.

De l'appendicite chronique.

M. Quénu. — Je crois que M. Guinard a eu raison d'attirer l'attention sur l'importance de l'appendicite méconnue, mais pourquoi notre collègue veut-il créer le néologisme « appendicalgie », lequel donne à supposer qu'il s'agit de douleurs sans lésions? En réalité, il suffit de conserver la dénomination d'appendicite chronique, étant entendu qu'il y a des appendicites chroniques d'emblée, ainsi que l'a démontré, entre autres, M. Longuet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 185-188).

Au reste, la communication de M. Guinard me paraît empreinte de quelque exagération. Il est certain, par exemple, que des hernies peuvent être douloureuses indépendamment de toute lésion appendiculaire, puisque la cure radicale met parfaitement fin aux souffrances du malade. De même pour les fibromes : ils deviennent douloureux quand ils se compliquent de péritonite; dans un cas que j'ai observé, c'est l'ovaire, heurté par la tumeur utérine, qui était la cause de la douleur. Enfin, pour l'ovaire scléro-kystique, nous savons qu'il occasionne parfois de grandes souffrances sans qu'il existe la moindre complication du côté de l'appendice.

En résumé, il me semble que notre collègue est porté à simplifier par trop la pathologie douloureuse de l'abdomen ; en dépit de l'importance très réelle de l'appendicite chronique méconnue, on ne saurait légitimement mettre sur le compte de cette affection toute douleur ayant son siège dans la fosse iliaque droite.

M. Berger. — D'accord avec M. Quénu, je pense que l'appendicalgie doit être bien rarement mise en cause dans les hernies douloureuses, puisque la cure radicale suffit à supprimer les douleurs dans l'immense majorité des cas.

M. Routier. — Pour ma part, je suis si convaincu de la fréquence de l'appendicite chronique, que je n'hésite jamais à enlever l'appendice chaque fois que je pratique l'ablation des annexes. Je crois cependant, moi aussi, que l'opinion de M. Guinard est quelque peu exagérée.

M. Moty (médecin militaire). — La communication de M. Guinard attire de nouveau l'attention sur une série de faits d'appendicite méconnue; je viens encore tout récemment de perdre un malade dont l'appendice renfermait un calcul phosphatique, sans que cet homme eût jamais accusé antérieurement le moindre trouble imputable à l'évolution de son appendicite.

Fractures du radius causées par la manivelle de mise en marche des moteurs d'automobile.

M. Lucas-Championnière. — La manivelle qui permet la mise en marche des moteurs d'automobile peut, dans un mouvement de réaction en arrière, venir frapper l'avant-bras de la personne qui la manœuvre et produire ainsi une fracture directe, analogue à celle qui survient parfois lorsque l'avant-bras reçoit le choc brusque de la manivelle servant à la descente du rideau de fer pour la fermeture des boutiques. Mais il existe un autre genre de fracture du radius due à la même cause : il arrive que le chauffeur n'ait pas le temps de dégager la main qui tient la manivelle au moment de la réaction; cette main est alors renversée en arrière, ce qui détermine une sorte de traction violente, susceptible de produire une fracture par arrachement de l'extrémité inférieure du radius : il s'agit donc là d'une fracture indirecte, très comparable à celle qui survient communément dans les chutes sur la paume de la main (1).

M. Lyot. — J'ai observé également ces deux types de fracture du radius; j'ai vu en particulier, il y a peu de temps, un cas de fracture par arrachement, réalisant le tableau classique, avec déplacement du fragment inférieur en arrière et déjettement de la main en dehors.

M. Demoulin. — Je puis vous citer 3 cas de fracture directe, due au choc de la manivelle, et siégeant à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la diaphyse radiale.

M. Walther. — Outre les fractures directes et indirectes dont vient de nous parler M. Lucas-Championnière, il existe un troisième type de traumatismes du poignet causés par la manivelle de mise en marche des moteurs d'automobile, à savoir l'arrachement direct par élongation; j'ai ainsi observé un malade qui avait eu la main véritablement arrachée, sans lésion de la peau, avec rupture complète de toutes les attaches de l'articulation du poignet et rupture incomplète ou du moins très forte

(1) Dans une note présentée à l'Académie des sciences de Paris le 13 janvier 1902, M. H. Soret a signalé ces deux types de fracture du radius par manivelle de mise en marche des moteurs d'automobile : l'un par choc direct, l'autre par arrachement (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 27).

élongation des nerfs; la motilité et la sensibilité ne commencèrent à revenir qu'au bout de dix-huit mois.

Hydropyonéphrose suraiguë ayant simulé une appendicite.

M. Mignon (médecin militaire). — Je désire vous présenter une observation d'hydropyonéphrose suraiguë localisée dans la fosse iliaque droite et ayant fait croire à une appendicite aiguë. Les phénomènes avaient débuté brusquement et l'évolution de l'affection avait simulé absolument celle d'un abcès d'origine appendiculaire. Il y avait, en effet, une collection purulente qui fut ouverte et drainée; la présence de l'urine dans les pansements ayant été ultérieurement constatée, on pensa à une fistule urinaire ayant pour origine une ulcération de l'uretère consécutive à l'évolution de la suppuration appendiculaire. C'est alors que le malade me fut adressé au Val-de-Grâce, où je reconnus — au moyen des divers procédés d'exploration des fonctions urinaires — qu'il existait une lésion profonde des épithéliums du rein droit; le rein gauche, au contraire, était sain. Dans une nouvelle intervention, je vis que le rein droit descendait jusque dans la fosse iliaque et était atteint d'hydropyonéphrose. Je pratiquai la néphrectomie; la guérison fut obtenue très simplement.

Ultérieurement le rein gauche s'est hypertrophié et est devenu le siège de crises douloureuses coïncidant avec des poussées congestives de la prostate. C'est donc une prostatite chronique qui paraît avoir été le point de départ de l'infection du rein droit atteint de malformation congénitale.

M. Broca lit un rapport sur une observation de M. Rieffel, relative à un *appendice cartilagineux branchial.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 janvier 1904.

Anémie pernicieuse progressive et néphrite chronique.

M. Labbé. — Chez un homme de cinquante-neuf ans, atteint d'une anémie progressive consécutive à une néphrite chronique, l'examen du sang m'a montré que le nombre des globules rouges était descendu à 1 million; le chiffre de l'hémoglobine ne dépassait pas 3 %, et il existait, en outre, quelques rares hématies nucléées. Le nombre des globules blancs était de 18,000 et on constatait une formule de mononucléose avec myélocytes rares. Le sang se coagulait comme à l'état normal. Le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie les organes hématopoiétiques en activité, avec réaction myéloïde.

Ce fait tend à établir un rapport de causalité entre la néphrite chronique et certaines anémies pernicieuses. On peut distinguer trois variétés principales de ce syndrome: anémies par destruction sanguine, anémies par défaut de réparation sanguine, anémies par dilution sanguine progressive. C'est à cette dernière variété qu'appartiennent les anémies consécutives à certaines néphrites.

M. Ménétrier. — A mon avis, on doit réserver le terme d'anémie pernicieuse aux cas où l'on ne constate aucune lésion viscérale. J'ajouterai que, dans l'anémie pernicieuse typique, le chiffre des globules rouges est très inférieur à celui que M. Labbé a trouvé chez son malade (de 300,000 à 600,000), et que, d'autre part, cette affection n'a guère été signalée jusqu'ici que chez de jeunes sujets.

M. Labbé. — Je crois que les anémies pernicieuses progressives *sine materia* sont appelées à disparaître à mesure que se perfectionneront les méthodes d'investigation; il me semble, en tout cas, qu'on est autorisé dès maintenant à rapprocher les anémies progressives symptomatiques des anémies dites protopathiques, car elles ont, les unes et les autres, la même formule hématologique.

Purpura orthostatique.

M. Achard. — J'ai observé avec M. Grenet un tuberculeux atteint de purpura des membres inférieurs; au bout de dix jours de repos au lit, alors que l'éruption avait à peu près disparu, le malade se leva : quelques heures après, le purpura reparut. Deux fois encore, après des périodes de repos de huit et de dix jours, le même fait se reproduisit, lors même que le patient restait seulement quelques heures assis sans marcher. Enfin, après un dernier repos de huit jours, la position verticale ne détermina plus que de la fatigue et des douleurs, sans éruption purpurique.

Dans ce cas, l'intervention d'un trouble médullaire paraît vraisemblable pour expliquer la pathogénie du purpura, en raison de la symétrie de l'éruption et de la coexistence de douleurs articulaires. Sans doute, la position verticale a provoqué un changement dans l'équilibre circulatoire et un léger trouble fonctionnel dans le segment de moelle primitivement atteint, d'où la vasodilatation cutanée et la reproduction du purpura.

Minéralisation et hypochloruration dans le traitement bromuré de l'épilepsie.

M. Toulouse. — On connaît les bons effets de l'hypochloruration en thérapeutique et notamment dans le traitement bromuré de l'épilepsie. Bien que la déminéralisation résultant de cette hypochloruration m'ait toujours paru exempte d'inconvénients chez les épileptiques, je me suis demandé si la reminéralisation de ces malades n'aurait pas d'influence sur la fréquence des accidents comitiaux. Pour élucider cette question, j'ai fait prendre chaque jour, pendant deux mois environ, à 5 femmes épileptiques, de 5 à 10 grammes de phosphate de soude, sans rien changer à leur traitement médicamenteux par le bromure de potassium ni à leur alimentation hypochlorurée (régime lacté). Or, dans ces conditions, j'ai constaté que, durant l'hypochloruration avec bromuration, la minéralisation des malades ne provoquait pas une recrudescence des manifestations épileptiques.

Il semble donc rationnel d'admettre que, si la diète chlorurée crée une sorte d'appétence des tissus pour les sels homologues comme le bromure de potassium, cette appétence ne se manifeste pas à l'égard des autres sels.

Altérations des plexus solaires, des nerfs splanchniques et des capsules surrénales chez les tuberculeux atteints de mélanodermie.

M. Laignel-Lavastine montre les coupes des ganglions semi-lunaires, des nerfs splanchniques et des capsules surrénales de 5 tuberculeux mélanodermiques.

L'examen de ces coupes révèle l'existence de lésions variées du système sympathico-surrénal, lésions qui, en quelque point qu'elles siègent, ont pour conséquence une hypopigmentation surrénale. Au contraire, chez les tuberculeux qui ne sont pas atteints de mélanodermie, les ganglions semi-lunaires et les nerfs splanchniques sont à peine altérés et les capsules surrénales sont normales ou hyperpigmentées.

La mélanodermie, d'après l'orateur, serait donc liée à la perturbation d'une fonction, et non à une lésion univoque et toujours de même siège.

M. Josué dit que, chez un malade qui a succombé à un cancer du cardia et qui était atteint en même temps de mélanodermie, il a constaté une métastase cancéreuse ayant complètement détruit le ganglion semi-lunaire gauche. Par contre, les capsules surrénales n'étaient le siège d'aucune altération. Il semble donc bien que le syndrome addisonien puisse être la conséquence d'une lésion des plexus solaires.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 janvier 1904.

Recherche des cellules néoplasiques dans le sang : néocytémie.

MM. Lœper et **Louste.** — Nous avons recherché les cellules néoplasiques dans le sang de malades atteints de lymphadénome, d'épithélioma ou de sarcome, généralisés ou non. Dans ce but, nous recueillons, par piqûre du doigt, vingt gouttes de sang dans 15 c.c. d'eau acétifiée à 1 %. On obtient ainsi un mélange rose, transparent, dépourvu de globules rouges, que l'on centrifuge. Le culot de centrifugation est constitué exclusivement par des éléments nucléés dont on peut voir un très grand nombre dans un même champ microscopique.

C'est dans ce culot que nous avons constaté l'existence de leucocytes lymphatiques en caryocinèse dans un cas de lymphadénome, de grosses cellules sarcomateuses dans un cas de sarcomatose généralisée et dans 2 cas de sarcome volumineux de l'épaule et du cou.

Ces cellules présentent les mêmes caractères morphologiques et les mêmes réactions que les éléments que l'on obtient par le raclage de la tumeur.

Nos recherches ont été jusqu'ici négatives dans les cas d'épithélioma.

Nous croyons donc qu'il existe dans le sang des malades atteints de sarcome une migration de cellules néoplasiques. Cette *cytémie sarcomateuse* sera utile au diagnostic si elle est fréquente, au pronostic si elle ne se montre que dans les tumeurs en voie de généralisation.

Du microbisme pancréatique normal.

MM. Gilbert et **Lippmann.** — D'une série d'expériences que nous avons pratiquées chez le chien, il résulte qu'à l'état normal les canaux pancréatiques sont envahis dans leur portion terminale par une abondante flore microbienne : très marquée au niveau de leur embouchure intestinale, celle-ci disparaît presque totalement à 2 centimètres au-dessus.

Les germes anaérobies offrent par leur extrême fréquence, leur abondance et leur variété, un contraste frappant avec l'inconstance, la pauvreté et la rareté des aérobies. Cette opposition s'accentue encore pour peu que l'on remonte au-dessus de la zone habituelle de l'infection.

L'influence exercée sur ce microbisme par les diverses périodes digestives ne peut, quant à présent, donner lieu à des conclusions fermes. Il faut noter, cependant, que c'est dans les deux états extrêmes d'activité digestive d'une part, de jeûne prolongé d'autre part, que la flore microbienne a paru le plus riche.

Etude des liquides tuberculeux par la « tuberculine-réaction » indirecte.

M. Nattan-Larrier. — En injectant des liquides tuberculeux (sérosités pleurétique ou ascitique, pus, etc.) dans la mamelle d'une femelle pleine et en faisant suivre, au bout de quatre jours, cette injection d'une inoculation de tuberculine diluée, on a pu constater une ascension thermique qui a varié de 1°5 à 3°4. La signification de cette élévation thermique a été confirmée le plus souvent par l'apparition d'une tuberculose mammaire.

D'autre part, l'injection d'un liquide suspect et de tuberculine, sous la peau, a donné dans 3 cas un résultat positif et 2 fois un résultat douteux.

Nature de la réaction « chromaffine ».

M. P. Malon adresse une note relative à des expériences qui tendent à démontrer que la réaction « chromaffine » que l'on constate dans certaines cellules médullaires de la capsule surrénale, ainsi que dans des cellules de la chaîne sympathique, est tout simplement due à de l'adrénaline. On en peut conclure que les cellules qui présentent cette réaction sont les organes de sécrétion de l'adrénaline; cette constatation explique que le sympathique soit un centre doué de propriétés vasomotrices.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Tumeur (des plexus choroïdes) du quatrième ventricule avec vomissements incoercibles et fécaloïdes, par M. J. Paviot.

Le fait relaté par M. Paviot vaut d'être signalé en raison de sa symptomatologie anormale, notamment de l'existence de vomissements fécaloïdes ayant fait supposer à tort une obstruction intestinale et instituer un traitement opératoire pour le moins inutile.

Un homme de quarante-cinq ans, ayant eu dix-huit années auparavant un chancre suivi d'accidents secondaires, présentait une affec-

tion nerveuse qui avait débuté une douzaine d'années plus tôt par des douleurs en ceinture et des crises lancinantes dans les jambes; puis étaient survenues des céphalées nocturnes ainsi que quelques crises épileptiformes, enfin une amblyopie ayant abouti à une amaurose complète, tous accidents pour lesquels le traitement spécifique s'était montré parfaitement inefficace. Si l'on ajoute que le malade était atteint d'une faiblesse généralisée, sans paralysie locale appréciable, qu'il était dans un état de dépression psychique assez accusée, que ses réflexes rotuliens étaient à peu près entièrement abolis, qu'il offrait le signe de Romberg, on ne s'étonnera pas que, dans les deux services où il fut hospitalisé, on ait porté d'abord le diagnostic de syphilis cérébrale, ensuite celui de tabes, en dépit de l'absence de toute incoordination motrice.

Un jour cet homme fut pris d'une constipation opiniâtre avec douleurs rectales, que les lavements quotidiens arrivaient difficilement à vaincre, et à laquelle succéda, un mois environ après, une véritable débâcle, bientôt suivie ellemême d'une nouvelle période de constipation; celle-ci devint au bout de quelques jours absolue, avec arrêt des gaz, puis des vomissements apparurent, ayant le caractère de vomissements cérébraux et qui, primitivement gastriques et bilieux, prirent une couleur brun-noirâtre et une odeur fécaloïde. Deux grands lavements d'un litre d'huile n'ayant amené aucune évacuation, on se décida — quoique le ventre ne fût pas météorisé et que l'état général se maintînt satisfaisant — à faire appel au chirurgien. Celui-ci, à la laparotomie, ne trouva aucun obstacle au cours des matières, mais la vessie étant distendue par les urines, bien que le malade fût sondé chaque jour, il établit une cystostomie suspubienne. Le patient succomba le surlendemain matin dans le coma.

A l'autopsie, on constata de l'hydropisie des ventricules latéraux et une forte dilatation de l'aqueduc de Sylvius; la coupe sagittale du vermis supérieur du cervelet mit à nu une tumeur des plexus choroïdes du quatrième ventricule, n'adhérant pas au plancher de cette cavité, ne pénétrant ni dans la substance cérébrale, ni dans le bulbe ou la protubérance; elle offrait deux masses mamelonnées principales, l'une médiane, molle, blanche, arrondie, du volume d'un œuf de pigeon, l'autre un peu plus petite, cachée dans le récessus latéral droit du ventricule fortement dilaté, et se prolongeait en avant par une masse de petits grains ayant la consistance de psammomes. Le plancher du quatrième ventricule était comprimé et portait en creux l'empreinte de la tumeur.

Il est remarquable qu'un néoplasme de cette région — et de ces dimensions — ait pu évoluer sans entraîner le moindre syndrome bulbo-protubérantiel; c'est seulement à la fin que les vomissements, dont le caractère fécaloïde était d'ailleurs bien fait pour qu'on en méconnût la cause, auraient pu mettre sur la voie du diagnostic, en témoignant de la compression des noyaux d'origine du pneumogastrique. (*Rev. neurol.*, 15 novembre 1903.) — F. F.

De la conduite à tenir dans le cas de corps étrangers de la plèvre consécutifs à l'opération de l'empyème, par M. J. Guyot.

En présence d'un corps étranger de la plèvre — instrument ou pièce de pansement — chez un malade opéré de l'empyème, on a le plus souvent recours, et avec succès, soit à la simple expectation, soit à des tentatives prudentes d'extraction avec des pinces appropriées. Cependant, une pareille règle de conduite ne saurait aboutir au résultat désiré que si l'on peut obtenir du patient une immobilité absolue, ce qui n'est pas toujours possible, notamment lorsqu'on a affaire à de jeunes enfants. On est alors le plus souvent obligé de recourir à l'intervention sanglante et de débrider la plaie thoracique ou même de pratiquer une résection costale. Dans des cas semblables, on réussira parfois à éviter l'opération en ayant recours à un procédé qui a donné un résultat excellent dans un fait relaté par M. J. Guyot.

Il s'agit d'un enfant de deux ans, fort indocile, et chez lequel un drain s'était échappé dans la cavité pleurale lors d'un lavage de la plèvre. L'auteur eut alors l'idée d'essayer de la dilatation progressive de la fistule avec des tiges de laminaire. Ce procédé, d'emploi facile et exempt de dangers, lui avait permis, dans un cas antérieur, de pratiquer l'extraction d'un gros morceau de bois qui avait pénétré par la face interne de la joue et était allé se loger à la base du crâne dans la région parotidienne. M. Guyot commença donc par placer dans le trajet de la fistule pleurale des tiges de laminaire d'un calibre de plus en plus considérable: en deux jours, on passa du n° 3 au n° 5, puis au n° 9. Le troisième jour, le drain apparut spontanément à l'orifice profond de la plaie fistuleuse au moment où l'on retirait les tiges pour les remplacer. Il ne resta plus alors qu'à le saisir avec des pinces et à l'extraire.

La large ouverture obtenue par la dilatation lente et progressive de la fistule avait assuré un écoulement de pus suffisant pour éviter l'apparition de phénomènes par rétention de produits septiques; en même temps, la migration du pus avait entraîné le drain égaré au niveau de la plaie. Dans des cas où, malgré des pansements fréquemment renouvelés (deux ou trois fois par jour), le drain n'apparaîtrait pas spontanément, l'auteur estime qu'on serait autorisé à accélérer cette apparition par des lavages aseptiques de la plèvre. (*Arch. de méd. des enfants*, janvier 1904.) — F. M.

Bain quotidien chez le nouveau-né et chute du cordon, par M. Ansaloni.

Nombre de médecins n'osent pas conseiller aux familles de baigner les enfants nouveau-nés — malgré les avantages incontestables des grands bains — tant que le cordon ne s'est pas détaché, de crainte qu'une balnéation trop précoce n'expose à des infections ombilicales, et les parents ne sont que trop disposés à se conformer à cette règle de prudence excessive. Et pourtant, à en juger par l'expérience de l'auteur, les grands bains, bien loin d'offrir des inconvénients dans les premiers jours de la vie, favoriseraient singulièrement l'élimination du cordon.

On sait en effet que la chute du cordon se fait normalement du troisième au onzième jour, et plus particulièrement du cinquième au sixième. Or, sur les 225 derniers enfants venus au monde à la maternité de l'Hôtel-Dieu de Blois, et qui tous furent baignés chaque jour, pendant deux ou trois minutes, dans de l'eau à 32° ou 34°, filtrée et bouillie autant que possible, 200 fois le cordon se détacha avant le sixième jour, avec maximum de fréquence du quatrième au cinquième jour (72 cas); chez les 25 autres nouveau-nés — pour 13 d'entre eux la chute eut lieu le septième jour —, le cordon était tombé le dixième jour au plus tard. Aucun de ces enfants n'eut le moindre signe d'infection ombilicale, si minime fût-elle.

M. Ansaloni attribue ces bons résultats non seulement aux bains quotidiens, qui éloignent chaque jour les croûtelles résultant de la dessiccation de la sérosité au niveau du sillon d'élimination, mais aussi à la proscription absolue de tout pansement humide (vaseline) ou antiseptique (gaze salolée), ce genre de pansement étant nuisible à l'épithélium jeune qui va former la cicatrice: dans son service, on se contente d'assécher soigneusement le moignon après chaque bain, puis de le saupoudrer avec une poudre inerte (amidon, lycopode) que l'on recouvre d'ouate hydrophile. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 octobre 1903.) — F. F.

De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations gynécologiques, par M. Xavier Delore.

L'auteur a observé dans le service de M. Poncet un cas de mort subite provoquée par l'entrée de l'air dans les veines au cours d'une hystérectomie abdominale subtotale, pour fibrome utérin. L'anesthésie par l'éther était commencée depuis vingt minutes et n'avait donné lieu à aucun trouble; l'opération proprement dite était terminée et l'on achevait l'hémostase définitive, lorsque le pouls cessa brusquement d'être perceptible, en même temps que survenaient la dilatation des pupilles, l'arrêt de la respiration, la disparition des réflexes cornéens; on pratiqua des tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle, mais, déjà cinq minutes après le début des accidents, le cœur ne battait plus. L'absence de sifflement ne permit pas de soupçonner tout d'abord le mécanisme de cette mort, et c'est seulement à l'autopsie qu'on put reconnaître qu'elle avait été produite par l'entrée de l'air dans les veines: dans l'oreillette droite on aperçut par transparence une grosse bulle de gaz distendant surtout l'auricule et, à côté d'elle, de nombreuses bulles plus petites, nageant dans le liquide; il en existait encore d'autres plus ténues dans les grosses veines coronaires, semblables à ces index d'air qui fragmentent la colonne de mercure des thermomètres. Après ligature des gros vaisseaux du hile, le cœur droit fut ouvert sous l'eau et il s'en échappa immédiatement de grosses bulles gazeuses; il n'y avait pas d'air, par contre, dans les cavités cardiaques gauches. D'après M. Delore, l'accident se serait produit par suite de la dilatation exagérée des veines de la cavité pelvienne, qui subissaient, contrairement à ce qui se passe à l'état normal, l'influence de l'aspiration thoracique.

Pareille complication est exceptionnelle après les opérations utérines, et les recherches de l'auteur lui ont permis d'en retrouver seulement 2 cas, dont l'un, publié en 1862 par Stoffella, ne peut pas être considéré comme concluant, tandis que l'autre, recueilli par Biermer en 1896, semble absolument démonstratif. Dans ce dernier fait, il s'agit d'une mort subite au cours d'une myomectomie pour fibrome utérin; au moment où, la capsule du fibrome incisée, on pratiquait l'énucléation de la tumeur, on perçut nettement un bruit de sifflement auquel on ne put donner tout d'abord une signification; immédiatement après, la cavité laissée par l'extirpation du fibrome se remplit d'une écume sanglante; au bout d'une minute et demie environ, la malade s'arrêta de respirer et le pouls cessa d'être perceptible. On crut à un accident de chloroforme, mais l'autopsie prouva que la mort était due à une embolie gazeuse.

On peut se demander avec M. Delore si, parmi les cas de mort attribués à l'anesthésie, il n'en est pas quelques-uns où l'autopsie aurait pu montrer qu'il s'agissait également d'embolies gazeuses. (*Rev. de chir.*, octobre 1903.) — M. C.

La duodénite ulcéreuse urémique, par M. G. Lecointe.

La duodénite ulcéreuse urémique est relativement rare car, dans sa thèse inaugurale, M. Lecointe n'a pu en réunir que 21 observations. Quant à sa pathogénie, elle résulte de ce fait que, au cours des affections rénales les plus diverses, le duodénum, comme le reste de l'intestin, devient une des plus importantes voies d'élimination des substances toxiques: ces dernières sont susceptibles de provoquer au passage des lésions de nécrose hémorrhagique; il faut ajouter à cela les causes adjuvantes constituées par les tares concomitantes, telles que l'alcoolisme, la syphilis et, notamment, l'insuffisance hépatique.

Les symptômes de cette affection sont très variables et difficiles à reconnaître, car le sujet présente souvent d'autres altérations viscérales. Le seul malade que l'auteur a eu l'occasion d'observer était un homme de cinquante-deux ans ayant contracté la syphilis quinze années auparavant et qui, de plus, était alcoolique. Au moment de son entrée à l'hôpital, il souffrait depuis deux mois d'essoufflement avec crises de dyspnée, d'obnubilation, de dyspepsie et de vomissements alimentaires. A l'auscultation, on constatait des signes d'emphysème pulmonaire; les bruits du cœur étaient normaux mais assourdis; les urines renfermaient 1 gramme d'albumine. Une dizaine de jours après, survint une nouvelle poussée de bronchite albuminurique et l'albumine atteignit 4 grammes. Cet état resta stationnaire pendant quelques jours, avec dyspnée continue et frottement péricardique. Puis le taux de l'albumine s'abaissa graduellement à 0 gr. 50 centigr. et tous les symptômes pulmonaires avaient disparu, lorsque, vingt-trois jours après son entrée, le malade eut une entérorrhagie très abondante et succomba le lendemain dans le coma urémique. L'autopsie révéla des altérations de la plupart des viscères, notamment des reins dont la zone corticale était dégénérée, le reste du parenchyme scléreux et les artères athéromateuses. Les lésions ayant déterminé l'entérorrhagie mortelle siégeaient au niveau du duodénum, qui présentait quatre ulcérations, dont une de 1 centim. 1/2 de diamètre dans la première por-

tion, une seconde plus petite au commencement de la deuxième portion du duodénum et deux autres, plus petites encore et plus superficielles, contre l'ampoule de Vater.

D'après l'auteur, les ulcérations siégeraient surtout dans la première partie du duodénum, en contact avec les produits acides venus de l'estomac; en gagnant en profondeur, elles pourraient provoquer, suivant leur siège, soit une péritonite par perforation, soit une lésion de l'artère pancréatico-duodénale ou bien du cholédoque, ou encore de la vésicule biliaire. Le pronostic de la duodénite ulcéreuse urémique doit donc être considéré comme fort grave. (*Thèse de Paris*, 1903.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur un phénomène gastrique observé dans la migraine et dans l'épilepsie, par M. Mangelsdorf.

Il y a plus de dix ans, l'auteur, en examinant un malade qui présentait un accès de migraine, ne fut pas peu surpris de voir que l'estomac, qu'il avait exploré et délimité la veille, était cette fois-ci beaucoup plus volumineux. Frappé de ce fait, M. Mangelsdorf a, depuis lors, examiné d'une manière systématique l'estomac chez tous les migraineux qu'il a eu l'occasion d'observer, et il a pu de la sorte se convaincre que la constatation qui avait été le point de départ de ses recherches n'avait rien d'exceptionnel.

Sur un total de 469 patients de ce genre (dont 150 hommes et 319 femmes), 418 furent examinés au point de vue de la position de l'estomac avant, pendant et après l'accès de migraine. Chez 9 d'entre eux il fut impossible de délimiter exactement ce viscère. Sur les 409 autres malades, seule une jeune fille de quatorze ans, qui souffrait de migraines depuis peu, présentait un estomac normal. Ce cas mis à part, l'auteur a toujours noté l'existence d'une atonie gastrique plus ou moins prononcée avec dilatation aiguë considérable de l'estomac pendant l'accès migraineux. Cette gastrectasie se fait d'une manière uniforme dans tous les sens et ne tarde pas à disparaître dès que le paroxysme s'est terminé, pour se reproduire à l'occasion de la crise suivante. A la longue, toutefois, la répétition fréquente de la migraine finit par amener une dilatation permanente de l'organe, sur laquelle l'accès ne retentit plus que dans une faible mesure.

Cherchant à se rendre compte jusqu'à quel point le phénomène en question est propre à la migraine, M. Mangelsdorf a exploré l'estomac chez un grand nombre de malades, dans toutes sortes de crises nerveuses, mais il n'a pu retrouver la gastrectasie aiguë qu'au cours des accès épileptiques, qui présentent à cet égard l'analogie la plus absolue avec la migraine. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 novembre 1903.) — L. CH.

Le podophyllin dans le traitement de l'ankylostomiase, par M. Neumann.

On sait qu'une épidémie assez grave d'ankylostomiase sévit actuellement en Westphalie parmi les mineurs du bassin de la Ruhr. Le diagnostic de cette affection, dans un milieu infesté, peut être généralement porté avant l'apparition des signes cliniques de la maladie, grâce à la constatation de la présence des œufs du parasite dans les selles. Or, même dans les cas ainsi pris dès les débuts, il est quelquefois très difficile de faire disparaître les œufs des matières fécales : le traitement habituel — calomel, puis extrait éthéré de fougère mâle à la dose de 8 à 10 grammes — ne serait efficace, d'après l'auteur, qu'à la condition de déterminer chez le malade des phénomènes bien caractérisés d'empoisonnement filicique. Cela étant, M. Neumann a été conduit à penser qu'un certain degré d'inflammation du tube digestif est favorable, sinon indispensable, à l'expulsion des œufs d'ankylostome. Aussi a-t-il eu recours, dans 3 cas où le traitement habituel était resté sans effet, au podophyllin, drastique peu toxique, mais très irritant pour l'épithélium intestinal. Les résultats de cette thérapeutique paraissent avoir été excellents, puisque, à la suite de ce traitement, les œufs d'ankylostome disparurent très rapidement des garde-robes des malades.

L'auteur administre le podophyllin à raison de deux pilules par jour, contenant chacune 0 gr. 045 milligr. de principe actif. Lorsque, quatre jours après le début de cette médication, on trouve encore des œufs dans les fèces, le malade prend le lendemain 10 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle.

Ajoutons que, dans un cas où l'on avait successivement, mais vainement, donné d'abord de la fougère mâle, puis du podophyllin, il suffit d'administrer, immédiatement après ce dernier médicament, une seule dose d'extrait filicique pour faire disparaître des selles les œufs qu'elles renfermaient en abondance auparavant. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 janvier 1904.) — F. M.

Sur un cas de blessure des vaisseaux épigastriques, au cours d'une ponction d'ascite, se traduisant par des phénomènes anormaux, par M. E. W. Baum.

La ponction de l'ascite, cette intervention journalière, s'il en fût, n'est pas forcément aussi bénigne qu'on a coutume de le dire et de le faire croire : elle peut entraîner un certain nombre d'accidents, au nombre desquels s'inscrit la blessure des vaisseaux épigastriques, éventualité rare, sans doute, mais qui s'est produite même entre des mains exercées. Le fait publié par M. Baum en témoigne, et, de plus, le siège de l'épanchement sanguin consécutif, le caractère tout particulier des accidents initiaux méritent d'être signalés.

Il s'agit d'un cirrhotique de cinquante-cinq ans, qui entre, avec une volumineuse ascite, à la Clinique médicale de Kiel. On le ponctionne une première fois, le liquide se reproduit vite; on répète la ponction, cette fois à 1 centimètre à gauche de la ligne blanche, à 8 centimètres 1/2 au-dessus de la symphyse, et l'on évacue plus de 4 litres de liquide. Un peu de sang s'échappe de la piqûre : on met deux points de suture et tout s'arrête. Trois heures après, le malade est pris de violentes douleurs abdominales, d'éructations, etc.; toute la moitié gauche du ventre est gonflée et tendue : on dirait une distension totale du côlon descendant, et l'on pense à un volvulus.

Pourtant un examen plus précis, pratiqué par M. le professeur Helferich, permet de constater que la masse est, en réalité, *dans la paroi*, et qu'elle se prolonge, en haut, sur les fausses côtes. On incise, et l'on trouve, en effet, dans la paroi, sous le muscle droit, une énorme nappe sanguine, qu'on évacue, et les vaisseaux épigastriques sectionnés, qu'on isole et qu'on lie. Le malade guérit, et, huit jours plus tard, une nouvelle paracentèse donna du liquide clair, sans le moindre mélange de sang.

L'hémorrhagie s'était donc faite tout entière dans la paroi, et nullement dans la cavité péritonéale, comme on l'a constaté le plus souvent dans les accidents du même genre — et d'ordinaire mortels — signalés jusqu'ici. Pourquoi? Peut-être parce qu'un bouchon viscéral était venu fermer l'orifice péritonéal; plus vraisemblablement, parce que le trajet intrapariétal du trocart était oblique.

Cette obliquité de la ponction explique sans doute aussi que l'épigastrique ait pu être atteinte. Toujours est-il qu'en pratique une conclusion s'impose : ne jamais s'écarter de la ligne blanche, si l'on a recours à la ponction médiane — ou encore ponctionner, comme on le fait généralement en France, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 5-6.) — L.

Etudes expérimentales sur la localisation du mercure dans le cas d'intoxication mercurielle, par M. J. Almkvist.

Le présent travail apporte une intéressante contribution à la question encore discutée des localisations du mercure dans les tissus à la suite des intoxications hydrargyriques.

Une des principales difficultés de cette étude consistait à trouver un procédé qui permît à la fois de fixer et de déceler le mercure dans les tissus à l'aide de réactions microchimiques. La technique imaginée par M. Almkvist semble avoir résolu ce problème : on fait agir sur les fragments destinés à l'examen histologique une solution saturée d'hydrogène sulfuré contenant 4 % d'acide azotique, puis ces fragments sont durcis à l'alcool; on peut combiner l'action de la solution précédente avec celle de l'acide picrique. Sous l'action de l'un ou de l'autre de ces réactifs, le mercure présent dans une pièce fraîche se fixe à l'état de sulfure; au microscope ce sel se montre sous forme de petits grains de coloration brune ou jaune foncée. Les réactions caractéristiques principales de ces granulations de sulfure de mercure sont qu'une solution d'iodure de potassium les laisse intactes, alors que la solution iodo-iodurée ou la teinture d'iode les dissout. Dans le réactif sulfhydrique précédemment indiqué, c'est grâce à la présence d'un acide que le mercure peut se déposer sous forme de sulfure de mercure : si quelques auteurs, tout en usant de l'hydrogène sulfuré, n'ont pas obtenu jusqu'ici de préparations satisfaisantes, c'est parce qu'ils ont omis de remplir cette condition.

A l'aide de ce procédé, M. Almkvist a examiné les différents organes d'un certain nombre d'animaux empoisonnés pour la plupart à l'aide d'injections mercurielles sous-cutanées. Au niveau du rein, les granulations de sulfure de mercure sont disséminées dans les cellules épithéliales des *tubuli contorti* et de la portion efférente des anses de Henle. Les glomérules, les anses afférentes et les canaux collecteurs en sont totalement dépourvus. C'est donc dans la substance corticale du rein que se dépose le mercure. A l'intérieur des cellules, les granulations se disposent en forme de lignes semi-courbes d'un aspect assez typique. De la distribution topographique ci-dessus indiquée résulte ce fait, assez digne de remarque, que le mercure est précisément éliminé par les cellules qui, d'après les physiologistes, sont chargées de la partie active de la sécrétion urinaire.

Dans le gros intestin, l'auteur fut surpris de rencontrer sur ses coupes de contrôle — faites sans l'emploi du réactif imaginé par lui — des granulations de sulfure de mercure absolument semblables à celles que lui fournissait son réactif et douées des mêmes caractères microchimiques. Mais la formation spontanée de ces granulations s'explique assez facilement par la présence de l'hydrogène sulfuré dans le colon. Engendré par les fermentations digestives, ce gaz imprègne la muqueuse du gros intestin et amène ainsi la précipitation spontanée du sulfure de mercure. Il est à noter cependant que, chez le lapin, l'hydrogène sulfuré ne se produit guère que dans le cæcum, alors que chez l'homme il prend naissance tout le long du cæcum et du côlon. Par contre, si l'on vient à faire absorber aux animaux en expérience une solution saturée d'hydrogène sulfuré, les granulations du sel mercuriel sont mises en parfaite évidence non seulement dans le gros intestin, mais aussi dans l'estomac; au niveau de l'intestin grêle et du rectum on n'en observe que peu ou pas. Cette particularité semble indiquer que l'intestin grêle et le rectum sont réfractaires à la résorption de l'hydrogène sulfuré. Cette précipitation du mercure par l'hydrogène sulfuré des fermentations digestives se révèle d'ailleurs souvent même à l'œil nu. Certains observateurs, parfois sans y prêter grande attention, ont, en effet, signalé la coloration grisâtre, les ulcérations ou les nécroses de la muqueuse colique chez les personnes ayant succombé à une intoxication mercurielle par voie sanguine. Les mêmes constatations peuvent être faites chez les animaux d'expérience.

Quant à la disposition du pigment mercuriel dans l'intestin, elle est tout autre que dans les reins. On l'y trouve soit dans les leucocytes, soit dans les endothéliums vasculaires. Les leucocytes porteurs de granulations peuvent se rencontrer partout : dans les vaisseaux, dans les fentes lymphatiques, dans le tissu cellulaire. Leur point de départ semble être les vaisseaux; de là ils cheminent vers l'épithélium, le soulèvent et tombent finalement dans la lumière intestinale. Les cellules épithéliales ne contiennent jamais trace de mercure, et c'est à l'accumulation des granulations dans l'intérieur des cellules endothéliales vasculaires que sont dues sans doute les artérites et par suite les nécroses de la muqueuse. Au point de vue pratique, il y aurait donc lieu d'enrayer la production d'acide sulfhydrique chez les personnes empoisonnées par le mercure : l'administration de bismuth, un régime approprié et de grandes irrigations rectales atteindraient en partie ce but.

Du côté de la bouche, M. Almkvist pense qu'il

se passe des phénomènes analogues à ceux que l'on observe au niveau de l'intestin. On a bien démontré la présence du mercure dans la salive, mais il ne semble pas qu'on ait encore rencontré le toxique dans la sécrétion obtenue directement d'une glande salivaire en particulier. En tout cas, l'auteur n'a jamais vu de granulations mercurielles dans les épithéliums glandulaires dépendant de la cavité buccale.

Dans le foie on rencontre des accumulations notables de pigment, mais non des grains de sulfure de mercure. Les analyses et les pesées exécutées par M. Almkvist, tant sur la glande hépatique que sur divers organes privés ou non de leur sang, l'amènent à penser que, dans le foie et dans les tissus autres que le rein ou l'intestin, le mercure est contenu dans le sang ou la lymphe. C'est ce qui explique que l'analyse démontre dans le foie des quantités notables de mercure, alors que le microscope ne permet pas d'y déceler ce métal. Toutefois ce serait le rein, puis le gros intestin, qui, au point de vue quantitatif, recéleraient la majeure partie de mercure; le foie ne viendrait qu'ensuite. Au point de vue de l'élimination, c'est également au rein et à l'intestin qu'incomberait le principal rôle. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Les dangers de la dilatation de l'estomac par l'acide carbonique; la valeur clinique de ce procédé, par M. MOSES BEHREND.

Il est de notion courante que la méthode de délimitation de l'estomac qui consiste à obtenir une dilatation artificielle de la cavité gastrique en administrant au malade un mélange effervescent ne fournit pas toujours des résultats certains, la dilatation obtenue de la sorte étant tantôt excessive, tantôt insuffisante. Mais ce que l'on sait moins, c'est que le procédé en question, généralement considéré comme exempt d'inconvénients, est susceptible de donner lieu à des accidents redoutables, ainsi qu'en témoignent les 3 cas relatés par M. Behrend.

Dans le premier, il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans, admise à l'hôpital pour des vomissements survenant après les repas, et à laquelle on fit prendre, dans le but d'éclairer le diagnostic, 4 grammes environ de bicarbonate de soude dissous dans un demi-verre d'eau et, immédiatement après, autant d'acide tartrique. Aussitôt la patiente éprouva un grand malaise et fit beaucoup d'efforts pour éructer le gaz accumulé dans l'estomac; au bout d'une demi-heure, elle vomit près d'un litre de sang, et, l'hématémèse s'étant renouvelée encore à plusieurs reprises, cette femme mourut vingt heures après avoir absorbé le mélange effervescent. A l'autopsie, on trouva un ulcère de l'estomac et on constata que la mort était survenue par suite de la rupture d'un vaisseau sanguin au niveau de cet ulcère.

Dans un autre fait, ayant trait à un homme de soixante-treize ans, l'ingestion du mélange gazogène provoqua une régurgitation de mucus et d'un peu de sang; le malade tomba aussitôt dans un état de prostration extrême et succomba le lendemain. Comme l'emploi combiné du bicarbonate de soude et d'acide tartrique n'avait pas été suivi de distension de l'estomac, on diagnostiqua un cancer de l'œsophage et de la portion de l'estomac avoisinant le cardia, diagnostic qui fut confirmé par l'autopsie.

Enfin, chez un autre patient, âgé de cinquante-deux ans, l'administration du mélange effervescent donna également lieu à des troubles graves, avec issue fatale au bout de cinq jours. Là encore on ne parvint pas à obtenir la dilatation artificielle de l'estomac, et on supposa avoir affaire à un cancer de l'œsophage, mais à l'examen nécroscopique on trouva une simple dilatation de ce conduit.

Se basant sur ces 3 cas, M. Behrend estime que la dilatation de l'estomac au moyen d'un mélange gazogène est un procédé auquel on ne doit avoir recours qu'avec beaucoup de circonspection, surtout lorsqu'il y a lieu de supposer l'existence d'une lésion de l'œsophage ou du cardia. (*Med. News*, 19 décembre 1903.) — L. CH.

Sur un procédé de recherche du bacille de la tuberculose dans l'urine, par M. E. TREVITHICK.

On sait que les bacilles de Koch, lorsqu'ils existent dans l'urine, sont fort peu nombreux, de sorte que leur recherche est considérée comme particulièrement difficile. Or, d'après l'expérience de M. Trevithick, ce fait tiendrait tout simplement à la technique défectueuse de l'examen des urines : si l'on n'a pas soin de laver soigneusement à l'eau distillée le dépôt urinaire que l'on se propose de porter sous le microscope, les sels contenus dans l'urine empêchent les bacilles et même les globules de pus d'adhérer suffisamment à la lamelle pour pouvoir résister au traitement ultérieur par les réactifs colorants, si bien que, au cours des diverses opérations nécessitées par la coloration, nombre de microbes, sinon la plupart d'entre eux, sont entraînés.

Le procédé préconisé par l'auteur, et qui lui aurait donné d'excellents résultats, consiste à soumettre à la centrifugation la portion inférieure de l'urine que l'on a laissé séjourner dans un verre conique; puis on décante soigneusement le liquide qui surnage, en laissant le fin dépôt adhérent au fond du tube. On remplit alors ce tube d'eau distillée et on soumet de nouveau le tout à la centrifugation; après avoir décanté, on répète la même opération encore une fois, et c'est avec le produit de cette dernière centrifugation que l'on fait des préparations microscopiques. Les bacilles de Koch se montrent, dans ces conditions, beaucoup plus nombreux que dans les préparations obtenues avec la même urine non soumise préalablement à un lavage énergique.

La recherche des bacilles de la tuberculose dans l'urine traitée suivant le procédé en question serait, d'après M. Trevithick, plus facile et donnerait des résultats plus certains que l'examen des crachats. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janvier 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Paralysie du sciatique poplité externe par luxation antérieure du genou, par M. MARIO DONATI.

Les luxations du genou en avant — peu fréquentes, d'ailleurs — s'accompagnent plus volontiers, par suite de la disposition anatomique de la région, d'arrachements tendineux ou de ruptures vasculaires que de complications nerveuses; aussi le fait relaté par M. Donati mérite-t-il d'être signalé.

Un jeune soldat, au cours d'exercices de gymnastique, tombe en avant, la jambe droite se trouvant en hyperextension; il se produit une luxation antérieure du genou, qu'un médecin présent réduit sans difficulté; mais on constate aussitôt après l'accident que les muscles de la région antéro-externe de la jambe sont paralysés.

Quand l'auteur vit le blessé, près de huit mois plus tard, cette paralysie avait persisté malgré l'emploi des moyens habituels (électricité, massage, bains de boue, etc.). Dans le décubitus dorsal, le pied était en extension, adduction et rotation interne. Cette attitude ne pouvait être corrigée par le patient; tout au plus parvenait-il à obvier partiellement à l'adduction grâce à ses abducteurs plantaires, mais les péroniers latéraux et l'extenseur commun des orteils demeuraient tout à fait étrangers à ce mouvement. Dans la marche, le pied était tombant, d'où steppage unilatéral très marqué. Quelques contractions fibrillaires à signaler au niveau des muscles paralysés.

Ces troubles moteurs s'accompagnaient d'altérations parallèles de la sensibilité; consistant en anesthésies et hypoesthésies, sans paresthésies, elles frappaient les territoires cutanés innervés par les diverses branches sensitives du sciatique poplité externe; seul en était indemne le territoire du cutané péronier, sans doute à cause de l'émergence particulièrement élevée de ce nerf.

Ces désordres paraissaient bien être à ce moment définitifs, car l'excitabilité des troncs nerveux émanés du sciatique poplité externe et celle des muscles auxquels ils se distribuent était complètement abolie tant au courant faradique que galvanique; le muscle pédieux conservait cependant une faible excitabilité, avec les caractères de la réaction de dégénérescence.

A noter qu'il n'existait aucune trace de névrite ascendante, malgré le violent tiraillement qu'avait dû subir le nerf pour arriver à une perte aussi absolue de ses fonctions, ce qui prouve que le seul traumatisme, en dehors de toute infection ou intoxication, ne saurait réaliser une lésion de ce genre. (*Giorn. med. del R°. Esercito*, octobre 1903.) — F. F.

Recherches hématologiques dans la blennorrhagie, par M. E. GIORGI.

Nous avons naguère signalé les recherches hématologiques effectuées par M. Sabrazès sur 3 cas de blennorrhagie aiguë (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 435). Les investigations de M. Giorgi, plus complètes et plus étendues — car elles ont porté sur 20 malades atteints de gonorrhée aiguë ou chronique, antérieure ou totale, compliquée ou non —, ont amené leur auteur à des conclusions assez différentes de celles de M. Sabrazès, qui avait noté une hyperleucocytose à laquelle prendraient surtout part les polynucléaires neutrophiles.

C'est en effet une diminution du nombre de ces éléments qu'a le plus souvent constatée M. Giorgi : chez un malade au vingt-troisième jour de l'affection, par exemple, ils ne représentaient plus que 45.07 % du total des éléments blancs. Cette diminution est presque constante; elle débute vers la fin de la première semaine, ne paraît pas plus accentuée dans les cas de blennorrhagie s'étendant à l'urèthre postérieur, non plus que compliqués d'orchi-épididymite ou de manifestations articulaires, et s'atténue d'ordinaire ou disparaît avec la cessation de l'écoulement.

Pour ce qui est des gros mononucléaires, il semble bien que leur proportion soit, dans la règle, augmentée, mais sans que l'auteur croie pouvoir préciser la signification de ce phénomène. Au contraire, l'augmentation des lymphocytes et des éosinophiles est bien nette : le nombre de ces éléments suit des oscillations en sens inverse de celles de la courbe des neutrophiles; c'est dire qu'il s'élève vers la fin de la première ou le commencement de la deuxième semaine; mais tandis que la diffusion de l'inflammation aux parties profondes de l'urèthre paraît sans influence sur la proportion des lymphocytes, cette modalité se révèle par une augmentation plus grande encore du nombre des éosinophiles; l'éosinophilie *maxima* se trouve réalisée en cas d'épididymite ou de funiculite, ou encore dans le rhumatisme blennorrhagique.

Au total, le taux des leucocytes n'est pas, d'après M. Giorgi, sensiblement modifié tant que le processus morbide est localisé à l'urèthre antérieur, la diminution des polynucléaires compensant l'augmentation des lymphocytes et des éosinophiles. Ce n'est que dans la blennorrhagie totale ou compliquée que l'on peut réellement parler de leucocytose (21,000 globules blancs par millimètre cube dans un cas; les chiffres de 12,000 à 14,000 ne sont pas rares).

D'ailleurs, l'uréthrite est également susceptible de retentir sur les hématies; son action se traduit par une hypoglobulie, manifeste dans la seconde semaine : léger dans les formes antérieures, ce trouble s'accentue dans les variétés profondes et compliquées de la maladie; sa durée est en rapport avec la gravité et la persistance de l'infection.

Enfin, le taux de l'hémoglobine subit des fluctuations superposables à celles des globules rouges. (*Clinica medica italiana*, août 1903.) — F. F.

Action désinfectante de la formaline sur le virus rabique, par MM. G. SERTOLI et P. STEFANELLI.

Parmi les divers antiseptiques dont on a étudié l'action sur le virus de la rage ne figure pas le formol. Cette substance étant des plus répandues, il n'est cependant pas sans intérêt de savoir si elle a quelque efficacité pour la neutralisation du virus rabique.

Dans plusieurs séries d'expériences parallèles, les auteurs se sont efforcés de résoudre cette question, en se servant de formaline du commerce dissoute dans l'eau distillée à raison de 5 %. Ils ont tout d'abord pu se convaincre que, si l'on verse sur la cornée scarifiée d'un

lapin 5 gouttes d'une émulsion de virus fixe, mortelle en huit à dix jours quand elle est introduite par cette voie, l'animal survit à condition qu'on pratique le lavage de l'œil avec 20 gouttes de la solution précitée de formaline quatre minutes au *maximum* après l'inoculation de la matière virulente. Ils ont ensuite constaté qu'*in vitro* 1 partie de la même solution de formol neutralise 3 parties de l'émulsion de virus, après un contact de huit minutes au moins; quand les deux liquides sont en parties égales, un contact de cinq minutes est même généralement suffisant pour rendre le mélange inoffensif.

Ces recherches démontrent donc que la solution formalinée à 5 % exerce sur le virus rabique fixe une action énergique et assez rapide, et cela aussi bien dans les tissus animaux qu'*in vitro*. (*Riv. d'igiene e sanità pubbl.*, 16 décembre 1903.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement abortif de l'amygdalite aiguë par la quinine.

Il y a vingt-trois ans, M. le docteur B. Fränkel, professeur de laryngologie à la Faculté de médecine de Berlin, signalait les bons effets que lui avait donnés, dans l'angine érythémateuse, la quinine administrée en trois doses successives de 0 gr. 25 centigr. chacune. Mais il ne paraît pas que ce mode de traitement soit jamais entré dans la pratique courante, car jusqu'ici la littérature médicale n'avait apporté aucune contribution à cette médication de la tonsillite. Or cet oubli ne serait rien moins que justifié, à en juger d'après les observations recueillies depuis neuf ans par M. le docteur F. Jordán von Szentgyörgyi, médecin de l'hôpital Saint-Roch de Budapest : pour notre confrère hongrois, la quinine aurait en effet sur l'amygdalite aiguë, catarrhale ou phlegmoneuse, une action abortive, analogue par la constance et la quasi-spécificité de ses caractères à celle qu'exerce le même médicament dans l'impaludisme. Toutefois il importe, pour obtenir l'effet voulu, de ne donner la quinine que suivant certaines règles bien déterminées.

Celles-ci consistent, d'après M. Jordán von Szentgyörgyi, à administrer le médicament en deux doses de 0 gr. 50 centigr., prises le soir à sept heures et à sept heures et demie. Quatre ou cinq heures après se produirait une véritable crise avec défervescence, comme dans la pneumonie, en même temps que surviendrait une sudation abondante. L'action locale se manifesterait constamment dans la soirée du lendemain : les pseudo-membranes, s'il en existe, se détergent, les amygdales reprennent leur coloration normale et la dysphagie disparaît. Faute de se conformer rigoureusement aux règles précédentes, on s'expose à ne pas voir le traitement donner toute sa mesure : la défervescence de la température et l'amélioration de l'état général paraissent alors nettement retardées.

Il existerait cependant certains cas où le traitement, même appliqué comme il vient d'être dit, semble inefficace : la fièvre ne disparaît que le deuxième ou le troisième jour. En réalité, il ne s'agirait là que d'une apparence, les deux amygdales étant touchées successivement, et non simultanément, et la quinine n'agissant que sur l'organe en pleine évolution inflammatoire. Si l'on examine avec soin la courbe de la température dans ces cas, on constate, en effet, qu'il se produit d'abord une certaine défervescence — traduisant l'action abortive du médicament sur l'amygdalite confirmée —, puis une recrudescence de la température, qui indique les progrès de l'invasion de l'autre amygdale.

L'action spécifique de la quinine ne se manifesterait que dans les angines autonomes et ferait défaut quand il s'agit de l'angine prémonitoire de la scarlatine ou de la diphtérie du pharynx. Ce serait même là un excellent élément clinique de diagnostic.

Inefficacité des vieilles solutions d'adrénaline.

On sait que l'extrait dialysé de capsules surrénales, quand il a pris, au bout de quelques semaines, une coloration brune, est dangereux pour le cœur dont il peut déterminer l'arrêt brusque, ainsi que l'a démontré M. le docteur Ch. Livon, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 55). Dans des expériences plus récentes, notre confrère a constaté une autre altération, également due au vieillissement, des préparations d'adrénaline : une solution d'adrénaline pure, datant d'une année et ayant acquis une couleur « vin de Malaga », était pour ainsi dire devenue inefficace; elle produisait à peine une légère élévation de pression, de courte durée, sans changement du rythme cardiaque.

Il semble donc que l'adrénaline subisse des transformations diverses, donnant naissance à des corps d'abord à action dangereuse et qui ensuite finissent par devenir inactifs. D'où il résulte que les solutions dont on ignore la date de préparation ne doivent pas être employées dans la pratique médicale, puisqu'elles risquent — si elles ne sont plus dangereuses — d'avoir du moins perdu toute action sur le système cardio-vasculaire et, partant, toute efficacité thérapeutique.

Ajoutons que, d'après M. Livon, il serait possible, par un procédé aussi simple qu'inoffensif, de conserver à l'adrénaline toutes ses propriétés physiologiques : il suffirait, pour cela, d'aciduler la solution avec 6 ‰ d'acide chlorhydrique. L'addition de cet acide empêcherait les solutions d'adrénaline de brunir, et au bout d'une année on obtiendrait encore avec elles — tout comme avec les solutions fraîchement préparées — une élévation considérable de la pression sanguine et un ralentissement du rythme cardiaque accompagné d'une grande énergie des systoles.

L'acide phénique en injections sous-cutanées contre la chorée.

En raison de l'action sédative attribuée à l'acide phénique sur la moelle épinière, un médecin brésilien, M. le docteur Carlos Mauro (de Ribeirão Preto), emploie depuis quelque temps des solutions phéniquées en injection sous-cutanée contre la chorée de Sydenham. Notre confrère a adopté, pour la majorité des cas, la formule suivante :

Acide phénique cristallisé.	1 gr. 50 centigr.
Glycérine neutre..........	5 grammes.
Eau distillée stérilisée.....	45 —

Mêlez et filtrez.

Cette solution étant au taux de 3 %, chaque seringue de Pravaz renferme 0 gr. 03 centigr. d'acide phénique; on en injecte de 2 à 3 centimètres cubes, suivant la gravité du cas et l'âge du malade, et ces injections sont répétées deux ou trois fois par jour. La région fessière est le lieu d'élection pour les pratiquer; elles y seraient à peu près indolores.

La formule ci-dessus indiquée convient pour un enfant d'une dizaine d'années. Quand il s'agit d'un tout jeune enfant, il vaut mieux employer une solution au centième.

Dans un cas typique où M. Mauro eut recours aux injections sous-cutanées d'acide phénique, il vit disparaître dès le troisième jour du traitement les douleurs rhumatoïdes dont était accompagnée la chorée; au début de la deuxième semaine, il y avait une amélioration notable des mouvements choréiques; le vingt et unième jour, le traitement fut suspendu, le petit malade pouvant être considéré comme guéri.

Traitement du bouton d'Orient par l'emplâtre vésicatoire.

On sait que le bouton d'Alep, loin de constituer une affection propre à cette ville de Syrie, s'observe également dans d'autres contrées : on l'a notamment signalé maintes fois dans le Turkestan, où les indigènes le traitent avec succès par un procédé qu'ont récemment eu l'occasion d'expérimenter deux médecins militaires russes, MM. les docteurs E. I. Gradoussov et N. F. Voïtzékhovsky.

Appelé à donner ses soins à une fillette atteinte d'ulcère d'Orient, le premier de ces confrères fit un curettage de la plaie, mais, ce mode de traitement étant fort douloureux, on eut recours à un guérisseur indigène qui, par des applications d'une pommade de son invention, obtint la cicatrisation rapide des lésions, bien que celles-ci eussent résisté à l'emploi de tous les remèdes employés antérieurement. Ayant pu se convaincre que la pommade en question était composée d'axonge, de cinabre et de cantharides finement pulvérisées, M. Gradoussov institua une série d'essais comparatifs, en traitant quelques cas de bouton d'Alep par le sulfure de mercure, et un certain nombre d'autres par la poudre de cantharides : le cinabre resta sans le moindre effet sur l'évolution du processus morbide, tandis que, sous l'influence de la cantharide, les lésions disparaissaient rapidement. Depuis lors, notre confrère traite systématiquement l'ulcère d'Orient par l'emplâtre vésicatoire, qui lui donne toujours d'excellents résultats : les ulcères atones se détergent dès les premiers pansements et la cicatrisation survient dans l'espace d'une dizaine de jours, tandis qu'avec le traitement usuel la maladie dure plusieurs mois.

Ayant eu connaissance de ces faits, M. Voïtzékhovsky a, lui aussi, expérimenté le procédé en question dans 2 cas de bouton d'Orient, et les résultats qu'il en a obtenus n'ont fait que confirmer les observations de M. Gradoussov.

Injection intra-urétérale de glycérine chaude pour faciliter le cathétérisme de l'uretère dans l'anurie calculeuse.

Dans un cas d'anurie calculeuse chez une femme très obèse, offrant de plus une absence congénitale du rein droit, M. le docteur M. Kreps (de Saint-Pétersbourg), ne parvenant pas, par le simple cathétérisme urétéral, à lever l'obstacle — un calcul situé à 2 centimètres en amont de l'orifice vésical de l'uretère — et redoutant une opération qui aurait été particulièrement grave chez une pareille malade, eut l'idée d'injecter par la sonde urétérale une petite quantité de glycérine chaude dans l'uretère. La résistance disparut immédiatement et il suffit alors d'une légère pression sur la sonde pour engager celle-ci à fond et pour la faire pénétrer jusque dans le bassinet, refoulant devant elle le calcul enclavé dans l'uretère. Pendant le quart d'heure qui suivit, on put recueillir trois quarts de litre d'urine, et le lendemain, la malade urina spontanément plus de 3 litres en dix heures.

En présence d'un résultat aussi favorable, notre confrère propose d'ériger le cathétérisme urétéral avec, éventuellement, injection de glycérine chaude dans l'uretère, comme mode de traitement systématique de l'occlusion calculeuse de l'uretère.

Traitement de l'hémophilie par l'extrait de quinquina à hautes doses.

S'il est certains cliniciens pour qui la quinine est un médicament hémorrhagipare, susceptible de donner naissance, par exemple, à des pétéchies, à des hémoptysies, à des métrorrhagies, il en est d'autres qui, au contraire, attribuent à cette substance des propriétés hémostatiques et, à ce titre, la prescrivent dans ces mêmes affections : Guéneau de Mussy, notamment, a insisté, il y a déjà longtemps, sur l'efficacité de la quinine dans les métrorrhagies, et récemment encore M. le docteur H. Marx signalait l'utilisation possible en chirurgie de la quinine contre les hémorrhagies parenchymateuses (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 376).

De son côté, M. le docteur Venneman, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Louvain, a obtenu de bons résultats avec les préparations de quinquina dans 2 cas d'hémophilie. L'un de ces faits concerne un jeune garçon d'une dizaine d'années, chez lequel des hémorrhagies consécutives à l'énucléation de l'œil gauche — et assez abondantes pour mettre la vie du petit malade en danger — disparurent après que l'on eût, pendant quelques jours, administré un électuaire fait de miel et d'extrait de quinquina, étendu sur des tranches de pain. Le second cas observé par notre confrère a trait à un homme qui, à différentes reprises, avait eu des hémorrhagies spontanées abondantes (épistaxis, hématuries, hématémèses); alors que ni l'opothérapie thyroïdienne ni l'opothérapie ovarienne n'avaient amené d'amélioration, l'administration de l'électuaire au quinquina arrêta complètement les hémorrhagies. Malheureusement, chez ce malade, le résultat ne fut pas durable : au bout de deux ans, les pertes sanguines recommencèrent, sans que l'extrait de quinquina parût désormais exercer sur elles la moindre action.

REVUE GÉNÉRALE

Les perforations de la cloison nasale en dehors de la syphilis.

I

De tous les facteurs susceptibles de déterminer une destruction plus ou moins étendue de la cloison du nez, la syphilis est assurément le plus commun. Progressant de la muqueuse vers le squelette, ou au contraire — comme l'ont démontré il y a longtemps déjà Schuster et Sänger, Fränkel — débutant par les os ou le cartilage pour attaquer ensuite la muqueuse par la profondeur, cette affection peut entraîner des délabrements parfois considérables, causer la nécrose et l'élimination d'une partie du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et aboutir aux différentes déformations extérieures du nez, bien décrites par M. le professeur A. Fournier.

Pour montrer la fréquence des lésions nasales dans la vérole, qu'il me soit permis de relater ici une petite statistique que j'ai eu personnellement l'occasion d'établir :

En 1902 et 1903, de 43 syphilitiques tertiaires que j'ai examinés à la clinique dermato-syphiligraphique dirigée par M. le professeur Petrini-Galatz, 6 présentaient une perforation de la cloison ; dans le même laps de temps, sur 12 syphilitiques avec lésions tertiaires des voies respiratoires supérieures que j'ai observés à la consultation oto-rhino-laryngologique que je dirige à l'hôpital Coltza, 7 étaient atteints de la même affection. Il n'y a rien de surprenant, d'ailleurs, à ce que la proportion des perforations soit beaucoup plus élevée pour cette seconde série de malades; la perforation s'observe en effet plus fréquemment à une consultation rhinologique qu'à une clinique des maladies vénériennes, car c'est une manifestation tardive et les patients qui en sont atteints n'offrent souvent plus d'autre accident.

Etant donnée la fréquence de la syphilis dans la genèse de la perforation de la cloison, il est naturel que le praticien, en présence d'une lésion de ce genre, soit porté à la mettre sur le compte de la vérole ; un tel diagnostic a pour conséquence inévitable de faire instituer le traitement spécifique, qui, si la syphilis n'est pas en cause — ce qui est loin d'être exceptionnel, comme j'espère le démontrer — sera poursuivi en vain pendant des années ; voire que le patient, persuadé de la nature syphilitique de son mal, pourra ensuite induire en erreur le médecin auquel il se confiera pour toute autre affection, fût-ce bien longtemps après l'apparition de la perforation.

Aussi m'a-t-il paru utile de rassembler les notions actuelles concernant l'étiologie des perforations de la cloison. Si le diagnostic de cause est le plus souvent impossible à établir en se basant sur les seuls caractères objectifs, malgré les signes différentiels mis en lumière par divers auteurs, notamment par M. Hajek et par A. Gouguenheim (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 415), il n'en reste pas moins que certaines des pertes de substance du septum ont un aspect assez particulier pour que l'on puisse parfois en reconnaître la nature.

C'est exclusivement des perforations acquises que j'aurai à m'occuper ici, car les perforations congénitales sont trop rares pour entrer sérieusement en ligne de compte. Je dirai seulement que M. Fernet, chez un enfant mort-né, a constaté l'absence totale de la cloison ; que Portal, Hyrtl, Schmiegelow, Hildebrandt ont signalé des pertes de substance congénitales, d'étendue variable, faisant communiquer plus ou moins largement les fosses nasales entre elles.

Quant aux perforations acquises, il y a lieu de les diviser en perforations idiopathiques et en perforations symptomatiques.

II

PERFORATIONS IDIOPATHIQUES. — Elles peuvent reconnaître comme origine les facteurs les plus divers.

Ainsi l'*ulcère perforant simple* ou idiopathique peut conduire à la destruction partielle de la cloison. Zuckerkandl l'a rencontré 8 fois sur 150 autopsies, M. Hajek 33 fois seulement sur 2,136 cadavres.

Sur le vivant, on ne constate pas très souvent cette perforation; c'est que parfois elle reste ignorée assez longtemps par le sujet qui en est porteur, car elle ne détermine aucune gêne.

Pour ma part, j'ai vu 6 ou 7 cas où l'on pouvait poser avec certitude le diagnostic de perforation de la cloison à la suite d'un ulcère perforant simple. Je citerai notamment une femme d'une trentaine d'années, qui vint me consulter au mois d'octobre dernier pour une démangeaison dans les fosses nasales; elle avait été traitée par un confrère au moyen de frictions mercurielles et de préparations iodées pendant plusieurs semaines, sans aucun succès; la perforation du cartilage de la cloison remontait à quatre mois. Dans les autres faits il s'agissait également de sujets jeunes (entre huit et vingt ans), chez lesquels on pouvait constater la présence, sur les bords de la perte de substance — dont les dimensions variaient de celles d'un pois à celles d'une noisette —, de petites croûtes prurigineuses, obligeant les malades à se gratter avec l'ongle.

Le squelette osseux n'est jamais atteint dans les cas de ce genre. L'ulcération débute sur l'un des côtés du cartilage de la cloison et conduit, par suite de la périchondrite, à la perforation. Celle-ci est située à la partie inférieure, accessible au doigt; la forme en est franchement circulaire.

Nous arrivons maintenant à un groupe beaucoup plus important de perforations idiopathiques; c'est celui des *perforations professionnelles*, que peuvent présenter les ouvriers de multiples industries.

Chez les ouvriers des fabriques de ciment, la perforation du septum n'est pas rare, comme Fowlerton l'a le premier signalé; mais sa fréquence est diversement appréciée par les différents auteurs. C'est ainsi que M. R. Otto, sur 30 ouvriers d'une fabrique, en trouva un seul qui eût la cloison perforée. M. Betz, sur 200 ou 300 personnes, constata des perforations dans 1 % des cas seulement, tandis que M. Jurasz arrive à la proportion de 10 %. Cette lésion s'explique par le fait que les ouvriers essayent d'enlever avec l'ongle le ciment déposé à l'entrée des fosses nasales et produisent ainsi des érosions de la muqueuse, qui petit à petit aboutissent à la perforation du cartilage.

Dans beaucoup d'industries on se sert des sels de chrome : dans la préparation des chromates, de l'alizarine, dans la fabrication des allumettes suédoises, pour ne citer que les principales. La perforation de la cloison, dans ces industries, a été mentionnée pour la première fois en 1863 par Bécourt et Chevallier. Quelques années plus tard, Delpech et Hillairet ont attiré l'attention sur le fait que cette perforation a comme siège la région postéro-supérieure du cartilage de la cloison; de plus, tandis que Bécourt et Chevallier croyaient que seules les vapeurs de bichromate de potasse produisent la perforation de la cloison, Delpech et Hillairet ont démontré que cette lésion peut être aussi la conséquence de l'inhalation de poussières de chromate. Le cartilage n'est pas seul atteint en pareil cas : Gay, M. Rudloff ont observé des cas où la charpente osseuse était également détruite.

En ce qui concerne la fréquence, M. Phipson, en Russie, a constaté que 50 % des ouvriers des fabriques de chromate présentent des pertes de substance du septum, surtout ceux qui manient le chromate de potasse. D'après M. J. N. Mackenzie, presque tous les ouvriers de cette industrie finissent par avoir une perforation de la cloison. En 1894, M. Burghart, chez 52 ouvriers sur 134, trouva le septum perforé. Sur 74 ouvrières employées à mettre en boîte les allumettes suédoises, M. Wodtke rencontra 6 fois la même lésion.

La perforation survient après un temps assez court. M. F. Hermanni a naguère donné à ce sujet des indications plus précises. Il a constaté la perforation de la cloison :

1 fois	sur 77	ouvriers	travaillant	depuis un	mois;
18	— 81	—	—	—	trois —
23	— 39	—	—	—	six —
21	— 29	—	—	—	un an;
24	— 31	—	—	—	depuis plus d'un an.

Comme la région où se produit la perte de substance n'est pas accessible au doigt, on ne peut incriminer le grattage. M. L. Poincaré, dans son « Traité d'hygiène industrielle », explique la lésion par l'obliquité que l'aile du nez imprime au courant d'air inspiré, et qui a pour effet de le diriger sur un point à peu près constant de la cloison; la muqueuse irritée se boursoufle de plus en plus et emprisonne à ce niveau les parcelles de caustique, qui dès lors ont tout le temps d'accomplir leur œuvre de destruction. Cette manière de voir, partagée par M. Bamberger, ne satisfait pas M. Rudloff, qui conteste du même coup l'opinion de Delpech et Hillairet et de M. Burghart, pour lesquels la région où se produit la perforation serait pauvre en glandes. M. Rudloff a pu constater, en effet, que cette région est, au contraire, richement pourvue de glandes, mais dont la sécrétion ne contient pas de mucine et par conséquent dissout l'acide chromique au lieu de l'entraîner. Tandis que la région inférieure du cartilage de la cloison, protégée par un épithélium en partie kératinisé, est à l'abri du pouvoir caustique des chromates, la partie supérieure, recouverte par un épithélium à cils vibratiles, est exposée à la destruction.

Chez les ouvriers des fabriques d'allumettes phosphorées, la perforation de la cloison a été observée par M. Forwood, par M. Röpke (2 fois sur 64 ouvriers). M. Hajek met cette lésion sur le compte du phosphore lui-même, tandis que M. Röpke pense que c'est l'acide sulfureux qu'il faut incriminer.

Dans les mines de cobalt, et en général dans toutes les industries où sont employés des minerais renfermant de l'arsenic, les ouvriers sont exposés à la perforation de la cloison nasale; des perforations de différentes dimensions ont été notées chez eux par Baumgarten. Respiré en poudre très fine, le vert de Schweinfurt (arsénite de cuivre), est lui aussi très nocif pour les voies respiratoires supérieures; Toeplitz, sur 31 ouvriers manipulant cette substance, trouva que 19 avaient une perte de substance du cartilage de la cloison. MM. Gaucher et Barbe ont relaté jadis l'histoire d'un ouvrier chimiste occupé dans la préparation du vert de Schweinfurt depuis quarante ans, et dont la cloison nasale présentait une perforation ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 289).

Les vapeurs d'acide chlorhydrique qui se dégagent dans la fabrication du carbonate de soude, du papier, de la dextrine, du verre et dans bien d'autres industries encore, peuvent être également la cause de la perforation du septum. Lehmann a démontré qu'une atmosphère contenant plus de 0.05 ‰ de vapeurs d'acide chlorhydrique est nocive pour les fosses nasales, et Forwood a noté la perforation de la cloison dans ces conditions.

De 26 ouvriers employés à la préparation de l'acide azotique, examinés par M. Röpke, un seul — le plus ancien dans cette industrie — portait une perforation de la cloison du nez.

Enfin, M. P. Müller (de Stassfurt), à l'examen de 165 ouvriers occupés à moudre le sel, en trouva 42 qui offraient la même lésion.

Nous pourrons être bref sur les autres causes de perforation idiopathique.

Il n'est pas très fréquent que la *rhinite atrophique* conduise à des pertes de substance du septum. M. Richardson signale cependant, dans un travail récent, que sur 25 cas de perforation de la cloison il a pu en mettre 2 sur le compte d'une rhinite atrophique. Il y a quelques mois, j'ai observé de mon côté un jeune homme d'une vingtaine d'années, atteint depuis plusieurs années de rhinite atrophique; trois mois après sa première visite, quand je le vis pour la seconde fois, il était porteur d'une perforation du septum; il niait toute infection syphilitique.

Les *traumatismes* (chutes et coups) portant sur le nez peuvent déterminer un abcès chaud de la cloison et la perforation de celle-ci par nécrose du cartilage. M. Pegler a naguère communiqué à la Société laryngologique de Londres l'histoire d'un malade qui avait ainsi une perforation de la cloison comme suite d'un traumatisme subi dans l'enfance.

M. V. Lange a cité plusieurs cas, observés par Fischenich, Ricci, Thorner, Zaufal, concernant des perforations consécutives à une *périchondrite*. Dans un fait de Pollak, la perforation se fit à la suite d'une périchondrite séreuse.

La pression exercée par un *corps étranger* des fosses nasales peut également aboutir à la perforation de la cloison, comme chez un malade de V. Cozzolino : il s'agissait d'un rhinolithe qui perfora le cartilage et s'y logea.

A côté des perforations traumatiques, je mentionnerai enfin celles que le chirurgien produit accidentellement dans les opérations pour déviations de la cloison. Je crois que, lorsque pareil accident arrive, on a le devoir de prévenir le patient, car bien souvent le porteur de la perforation n'en a connaissance qu'à l'occasion d'un examen rhinoscopique.

III

Perforations symptomatiques. — C'est surtout dans les infections, aiguës ou chroniques, qu'on les voit survenir.

Cette complication est rarement observée dans la *fièvre typhoïde*. Trousseau, dans ses cliniques, rapporte un cas observé par Roger, concernant un jeune homme qui, pendant la convalescence d'une dothiénentérie très grave, fit une perforation de la cloison du nez à travers laquelle il pouvait joindre ses deux doigts. Un cas analogue a été publié par M. le professeur G. Dieulafoy : la perte de substance avait les dimensions d'une lentille. Chez un typhoïdique très maigre, observé par M. Gellé, et dont le septum était remarquablement aminci dans sa portion cartilagineuse, la perforation se fit à la suite d'une ulcération de la cloison due au grattage. M. Fleischer vit aussi chez un homme, quatre jours après la crise d'une fièvre typhoïde, la perforation se produire en vingt-quatre heures. Deux sœurs observées par M. C. Hubbard eurent en même temps la fièvre typhoïde; pendant la convalescence il survint chez toutes les deux une perforation du septum.

Chez un homme âgé de trente-deux ans, dont l'observation a été relatée par M. E. Baumgarten, il se fit, cinq semaines après une *diphtérie* pharyngée, une ulcération de la cloison, qui conduisit à la nécrose d'une partie du cartilage et de la charpente osseuse; la muqueuse du côté opposé à l'ulcération resta intacte.

Parmi les infections aiguës, je mentionnerai encore la *variole*, comme pouvant se compliquer d'une perte de substance du septum.

Si nous passons aux maladies infectieuses chroniques, c'est à la *tuberculose* — la syphilis étant, bien entendu, laissée de côté — que revient la première place dans la genèse des perforations de la cloison. Mais ici il faut distinguer entre la tuberculose nasale proprement dite et le lupus du nez : quoique de même nature, les caractères cliniques et la marche diffèrent dans ces deux affections.

La charpente osseuse est plus rarement atteinte dans la tuberculose que dans la syphilis : la tuberculose primitive de la portion osseuse de la cloison est même peu fréquente; quant à l'ostéite et à la périostite tuberculeuses primitives de la cloison, elles sont exceptionnelles. A titre d'exemple, je mentionnerai l'observation de M. Gerber, concernant une femme de vingt-cinq ans, chez laquelle le bord postérieur du vomer fut éliminé, sans que le reste des fosses nasales eût présenté de lésions tuberculeuses. M. Paulsen, M. Wroblewski, M. Koschier ont aussi relaté des cas où le septum portait des perforations dues à la tuberculose primitive du nez.

Au contraire de la tuberculose proprement dite, le *lupus* cause assez souvent des pertes de substance du septum. La destruction n'atteint que le cartilage; la charpente osseuse reste intacte, même si l'affection est ancienne. La marche du processus destructif est lente chez les lupiques, ce qui différencie la perforation lupique d'une lésion analogue d'origine syphilitique, qui serait localisée au seul cartilage de la cloison.

Dans un travail sur le lupus des voies aériennes supérieures, publié il y a près de trois ans, je signalais que, sur 12 lupiques, j'avais constaté 6 fois la destruction partielle ou totale du cartilage de la cloison, tandis que le squelette osseux n'était pas atteint. Sur une autre série de 20 lupiques, 3 seulement étaient porteurs d'un orifice du cartilage de la cloison.

D'après MM. Jeanselme et Laurens, chez les *lépreux* la perforation de la cloison se ferait par résorption interstitielle du cartilage, car les malades observés par ces auteurs n'ont jamais expulsé de séquestres du cartilage de la cloison. En réalité, dans la majorité des cas de lèpre, l'ulcération progresse de la superficie de la muqueuse vers la profondeur; ce qui le prouve, c'est que la perforation est précédée d'une période de durée variable, caractérisée par de l'épistaxis et les autres symptômes de la rhinite lépreuse; dans quelques cas pourtant la perforation peut être la conséquence d'une nécrose primitive du cartilage de la cloison.

La destruction ne se borne pas au cartilage, souvent le septum osseux est détruit en totalité, comme l'ont observé M. E. Bergmann, M. Breuer, Leloir. Sur 37 lépreux examinés par M. L. Glück, 4 présentaient une destruction de la cloison osseuse. Engel Bey a constaté chez 41 lépreux, sur 241 examinés, que la cloison faisait totalement défaut. J'ai eu l'occasion d'observer de près environ 60 lépreux; sur ce nombre, 29 portaient des perforations de la cloison cartilagineuse; chez 4 celle-ci était détruite, ainsi qu'une partie de la charpente osseuse du septum.

Dans la *morve aiguë* le nez est atteint plus tôt et d'une façon plus régulière que dans la morve chronique. Quand cette affection revêt une forme maligne, on peut voir survenir la perforation du septum.

Une autre maladie qui aboutit parfois, mais rarement, à la même lésion est le *rhinosclérome*. Stukowenco mentionne un cas où existait une grande perforation de la cloison consécutive au rhinosclérome. Chez un malade de Wolkowitsch, tous les cartilages du nez avaient disparu.

Ce vaste groupe des perforations dues à une maladie infectieuse aiguë ou chronique ainsi délimité dans ses grandes lignes, il nous reste peu à dire sur les perforations symptomatiques du septum.

Les tumeurs des fosses nasales, surtout le *sarcome*, peuvent conduire à la destruction de la cloison; plus rarement c'est à la suite de *polypes muqueux*, comme chez un patient observé par M. Fred. Spicer, que se fait la perforation; elle résulte de l'usure du cartilage, conséquence de la compression qu'exerce la tumeur.

Je mentionnerai aussi le fait publié par M. Killian, concernant un homme de trente ans atteint d'un *kyste dentaire*, et qui bientôt après présenta une perforation de la cloison.

M. Moncorgé a vu chez un *brightique* une perforation siégeant sur le cartilage. C'est à la suite de thromboses, comme dans d'autres affections dyscrasiques, que se fait ici l'ulcération et la nécrose de cette région.

Chez un *tabétique*, enfin, M. Barrs constata une perforation du septum, qui progressa lentement mais constamment. Le traitement antisyphilitique ne donna aucun résultat. Il s'agit vraisemblablement, dans les cas de ce genre, d'un trouble trophique analogue au mal perforant plantaire.

Je crois avoir montré, dans cette rapide revue, combien sont multiples les causes de perforation du septum nasal. Il faut convenir que, en se basant sur les seuls caractères objectifs de la lésion, il ne sera pas toujours possible de poser un diagnostic étiologique précis : seule, la connaissance des antécédents morbides et de la profession exercée par le malade, ainsi que la recherche d'une affection concomitante, permettra le plus souvent de résoudre ce problème, dont la solution est cependant indispensable pour établir une thérapeutique rationnelle.

Ce qu'il importe en tout cas de retenir, c'est que, vu la multiplicité des causes possibles de la perforation de la cloison nasale, il ne faut jamais se hâter de considérer comme syphilitique — sans autre preuve — tout individu présentant une lésion de ce genre.

Dr Eugène Félix,
Agrégé à la Faculté de médecine de Bucarest.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'inflammation chronique de la graisse sous-patellaire.

A côté des lésions traumatiques communes et des affections typiques bien connues, le genou peut être le siège d'autres accidents, moins nettement définis, d'origine plus discutable, et qui créent souvent, en pratique, par leurs allures étranges et leur ténacité, des difficultés très réelles et de diagnostic et de traitement. Il suffit de rappeler certains corps étrangers, certaines synovites villeuses, et encore ce « dérangement interne » qui succède à la subluxation de l'un des ménisques, l'interne le plus souvent, arraché à son insertion antérieure ou postérieure. Chacun sait combien le diagnostic est épineux, dans les formes mal caractérisées; je me souviens d'un jeune garçon d'une quinzaine d'années, chez qui le « mal de genou » durait depuis deux ans : c'était une douleur continue, surtout localisée à l'interligne interne où la pression la réveillait sur une zone étroite, en avant; une douleur brusque, à de rares intervalles, pendant la marche, mais d'acuité médiocre, et sans *arrêt;* un peu, très peu de liquide dans l'articulation, à l'état ordinaire, mais, de temps en temps, une poussée fugace d'hydarthrose; aucune déformation du genou, aucun amaigrissement apparent du membre, un état général florissant. Toutes les hypothèses avaient été successivement défendues : tuberculose, corps étranger, luxation du ménisque interne, arthralgie, douleur de croissance, et toutes étaient, en somme, défendables.

Or, dans la série de ces « petites affections douloureuses » du genou, il faut inscrire encore une lésion singulière, vaguement signalée jusqu'ici et que M. le docteur A. Hoffa, professeur extraordinaire d'orthopédie à la Faculté de médecine de Berlin, étudiait il y a quelques semaines. On pourrait l'appeler « l'inflammation

chronique de la graisse sous-patellaire ». De fait, elle occupe le peloton graisseux sous-jacent à la pointe de la rotule et au ligament rotulien, et aussi le repli de la synoviale qui, en haut, se réfléchit sur lui. Elle paraît être, en général, d'origine traumatique et se développe à la suite d'un accident qui s'est traduit, d'abord, par un peu d'épanchement articulaire.

Là aussi, la douleur continue résiste à tous les traitements et même à l'immobilisation dans un appareil plâtré. Souvent on observe la douleur brusque, et les phénomènes « d'étranglement » qui caractérisent les corps étrangers ou les luxations méniscoïdales. Aussi le diagnostic de corps étranger est-il celui qui se présente tout d'abord, et ce fut avec ce diagnostic que M. Hoffa intervint dans son premier cas.

Ce qui frappe à l'examen du genou — qui, pour le reste, à part quelques craquements, semble tout à fait normal —, c'est le relief que dessine, de chaque côté du ligament rotulien, la graisse hypertrophiée, et la double voussure qui longe et encadre les bords du ligament; l'inspection comparative des deux genoux met le fait en pleine lumière. Or, ces bourrelets sont formés par une graisse compacte, ferme, traversée et lobulée par des tractus fibreux, et d'un jaune rougeâtre : chez un des opérés de M. Hoffa, on trouvait même du sang tout frais infiltré, un accident « d'étranglement » et une douleur brusque ayant eu lieu tout récemment.

L'excision de cette graisse sous-patellaire, de cette graisse malade, est le seul traitement qui assure la guérison, et l'intervention peut être réalisée très simplement par une incision côtoyant l'un des bords du ligament rotulien ou par une double incision latérale.

On ne saurait nier l'intérêt qui s'attache à ces faits. Ils ne sont pas, du reste, isolés. Après M. Hoffa, M. le docteur E. Sonnenburg, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Berlin, a relaté un cas tout semblable, où le diagnostic pré-opératoire avait été aussi celui de corps étranger : la guérison se maintient depuis dix ans.

Chez une jeune fille de dix-huit ans, qui m'était adressée avec le même diagnostic, je fus frappé par l'épaississement du paquet graisseux sous-rotulien : il y avait là, bridée par le ligament, une grosse masse épaisse, dure, lobulée, qui se prolongeait sous la rotule; les douleurs brusques qui survenaient, assez rarement, du reste, n'avaient nullement le caractère de celles que provoquent les corps étrangers; l'examen de la jointure était entièrement négatif. J'excisai, par deux incisions longitudinales, toute cette graisse dure interposée entre le ligament et le bord antérieur du plateau tibial. Le résultat fut excellent.

Je dois dire que j'avais pensé plutôt, chez ma malade, à une tuberculose initiale localisée, et que je fus étonné de ne trouver que de la graisse, sans nulle trace de fongosités. Dans un autre cas, qui se présentait sous les mêmes apparences, avec la double voussure graisseuse, parallèle au ligament, je croyais découvrir, sous cette graisse, un foyer d'ostéite tuberculeuse du tibia : il n'y avait rien, le périoste était absolument intact; cette fois encore, l'excision pure et simple du paquet fibro-adipeux fit disparaître les accidents.

Il semble, d'ailleurs, que l'hypothèse de tuberculose commençante soit toujours la première à discuter, en présence du bourrelet sous-patellaire. Mais la douleur continue, et surtout la douleur brusque, à répétition, simulant le corps étranger, sont d'une autre signification : elles doivent faire penser à l'affection si curieuse dont nous venons d'esquisser les traits, et dont l'authenticité, confirmée par les examens directs et les résultats opératoires, ne saurait être mise en doute.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

BULLETIN

L'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux français.

Après avoir vainement prêché pendant un quart de siècle que la France avait besoin de générations plus nombreuses pour garder, par ses forces militaires, son rang de grande puissance et se garantir contre d'injustes attaques, il a bien fallu « changer son fusil d'épaule ». Nos compatriotes étant restés sourds à toutes les incitations qui tendaient à préconiser, pour le bien commun et la sauvegarde de la patrie, le sacrifice des intérêts particuliers, les politiciens et les savants en sociologie, qui ont toujours le dessein de contribuer à quelque rénovation sociale, ont reconnu que, du moment qu'il n'était pas possible d'obtenir une procréation plus grande, il fallait du moins s'efforcer de conserver ce que nous avions, et c'est ainsi que le problème de l'augmentation de la natalité est devenu surtout une question de dépopulation, c'est-à-dire l'étude des moyens de diminuer la mortalité, comme le prouvent une série de rapports émanant de la commission extraparlementaire de la dépopulation.

Sur ce champ d'activité, plus propre à attirer l'attention de l'homme qui tient à s'éviter la souffrance et par-dessus tout à prolonger le plus possible son existence, il y avait de grandes chances de réussir. Et de fait c'est ce qui est arrivé.

On a tout d'abord fait entrevoir, à l'aide de faits incontestables, que l'hygiène était aujourd'hui une science assez avancée pour que, par une application méthodique, elle contribuât dans une large part à diminuer le nombre des décès. Des hygiénistes de grande notoriété, sous le couvert d'une formule trop séduisante pour être tout à fait conforme à la réalité, ont dénoncé les « maladies évitables », et de là est venue la déclaration obligatoire des maladies transmissibles ou contagieuses, inscrite dans la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. On s'est aperçu bientôt que cette prescription unique ne donnait pas de bons résultats : elle ne peut guère en fournir, d'ailleurs, puisque l'isolement des malades n'est pas obligatoire et que la désinfection des locaux reste pour ainsi dire inapplicable, et en tout cas inappliquée, dans la plupart des localités. Mais la déclaration obligatoire des maladies contagieuses ne constituait qu'un premier pas, et l'on n'a pas tardé à vouloir faire aboutir une loi réglementant l'ensemble des applications pratiques de l'hygiène et de la salubrité publiques.

Avec l'état actuel des esprits, ces efforts n'ont pas rencontré beaucoup de difficultés; c'est ainsi que le Parlement a voté la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique. Cette loi a provoqué la juste admiration de ceux qui, à l'étranger, en ont examiné sérieusement le texte et nous avons eu l'occasion de lire dans certains journaux médicaux d'Angleterre et d'Amérique combien la France était à imiter en ce qui concerne soit la revaccination, soit une série d'autres mesures. Toutefois, la satisfaction que nous avons éprouvée en présence de ces flatteuses appréciations a été un peu tempérée par l'expérience de ce qui se passe chez nous, où l'application des lois reste souvent lettre morte. Jusqu'ici il en a été ainsi pour celle du 15 février 1902 : « le gouvernement n'a pu établir des prévisions exactes sur les conséquences financières de son application », et le rapporteur du budget du ministère de l'intérieur au Sénat, imitant en cela le rapporteur du budget du même département à la Chambre des députés, a expressément « regretté la lenteur avec laquelle cette loi essentielle de prophylaxie est mise en vigueur. Les délais préparatoires ont été démesurément allongés » (15 décembre 1903). Ce n'est pas *ont été* qu'il aurait fallu dire, mais SONT, attendu que la loi n'est pas encore appliquée, ni même près de l'être, l'organisation des services départementaux de vaccination n'étant point accomplie à l'heure actuelle, ainsi qu'il résulte d'une lettre du ministre de l'intérieur datée du 28 janvier 1904 et relative à la vaccination obligatoire.

Le Parlement n'est donc pas au bout de ses doléances, car, pour être appliquée, cette loi exigera des dépenses si considérables que, sauf peut-être dans la capitale et dans les grandes villes, il est à prévoir qu'elle ne sera jamais intégralement mise en pratique.

Toutefois — et ceci mérite plus l'admiration, au sens propre du mot — ces difficultés financières n'ont pas empêché de concevoir des projets plus grandioses encore. A l'instigation d'un certain nombre de médecins désireux de se mettre en vue, parmi lesquels des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, dont quelques-uns, pour s'occuper plus particulièrement de ce qui les intéresse, savent se faire dispenser de tout ou partie de leurs obligations professorales, on a introduit, par arrêté ministériel, une disposition contraire à l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892. Au commencement de l'année dernière, on a ainsi créé une catégorie de maladies à déclaration facultative et on a placé en tête de cette liste la tuberculose pulmonaire. Et comme cette maladie, très répandue en France et dans presque tous les autres pays d'Europe, est l'objet d'une étude toute particulière, sans que pour cela son mode de traitement ait fait de progrès bien considérables, il a été institué, au mois de juillet dernier, près le ministère de l'intérieur, une Commission permanente de préservation contre la tuberculose, chargée de prendre l'initiative auprès du gouvernement des mesures administratives et législatives propres à prévenir l'extension de cette affection. Cette commission, composée de parlementaires et de médecins dont les opinions sur la matière étaient déjà connues, a, dans sa séance du 19 décembre 1903, voté les résolutions suivantes :

« 1° Dans tous les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent interdire toute relation directe ou indirecte entre les malades tuberculeux et les malades non tuberculeux;

» 2° Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur sont exclusivement consacrés et ils ne seront pas admis dans les autres. Les villes qui possèdent plusieurs établissements hospitaliers seront invitées, en conséquense, à affecter immédiatement aux tuberculeux un ou plusieurs de ces établissements;

» 3° Dans les villes où l'affectation aux tuberculeux d'un hôpital tout entier est impossible, des quartiers distincts leur seront exclusivement réservés;

» 4° Même dans le cas où l'on ne pourra faire ni hôpital spécial ni quartier spécial, les tuberculeux ne devront pas être soignés dans la même salle que les non-tuberculeux. »

On ne saurait trop, en théorie, approuver de telles conclusions, mais il en est tout autrement au point de vue pratique. Cependant, le ministre de l'intérieur n'a pas hésité à adopter les résolutions de la Commission permanente de la tuberculose, et dès le 15 janvier 1904 il a adressé aux préfets une circulaire pour les inviter à « porter ses instructions à la connaissance des commissions hospitalières, les faire ponctuellement observer dans tous les hôpitaux de leur département, et y tenir personnellement la main ». Ces instructions ne sont que la paraphrase des résolutions de la Commission, avec, en plus, l'ordre impératif « de s'y conformer dans le plus bref délai possible ». Pour qu'on puisse mieux les apprécier, nous les reproduisons textuellement :

« L'isolement des tuberculeux devra être obtenu soit par leur placement dans un hôpital spécial, soit par l'institution d'un quartier spécial, soit enfin, et seulement à défaut d'hôpital ou de quartier spécial, par l'affectation d'une salle spéciale. L'importance des établissements

hospitaliers, la distribution des locaux existants, les ressources disponibles pour l'aménagement de nouveaux locaux seront des éléments d'appréciation dont il conviendra de tenir compte pour l'application de l'un ou de l'autre procédé d'isolement.

» En tous cas, il importe d'aboutir. La question devra être étudiée immédiatement par les commissions hospitalières s'aidant des lumières du Corps médical et solutionnée par elles sans retard.

» J'ajoute que dans les hypothèses, rares je le souhaite, où la simple affectation d'une salle spéciale ne pourrait même être procurée, les administrations hospitalières devront tout au moins établir dans les salles communes une séparation quelconque qui isolera les tuberculeux des autres malades. C'est là un procédé imparfait, qui doit être tout exceptionnel et n'avoir qu'un caractère provisoire, préférable cependant à la promiscuité complète puisqu'il oppose quelque obstacle à la diffusion des germes. Mais la règle, j'y insiste, c'est l'hôpital spécial, ou du moins la salle spéciale.

» L'isolement s'entend, d'après le texte de la première résolution ci-dessus rapportée, de l'interdiction de toute relation directe ou indirecte entre les malades tuberculeux et les malades non tuberculeux. C'est dire que les infirmiers et infirmières attachés au service des malades tuberculeux ne devront donner leurs soins qu'à ces hospitalisés et s'abstenir d'approcher les malades non tuberculeux.

» Si le même médecin visite les tuberculeux et les non-tuberculeux, il devra du moins commencer par les malades non tuberculeux.

» Quant au personnel secondaire attaché à la tuberculose, il sera tenu d'observer toutes précautions utiles, telles que changer de blouse, se laver les mains à la sortie du service, quand il se trouvera obligé de prendre contact avec le personnel des services de non-tuberculeux. »

Ainsi donc, tandis que l'isolement des malades les plus contagieux est loin d'être assuré dans tous les hôpitaux de France — nous pourrions citer telle grande ville de province, possédant plusieurs hôpitaux, et où cependant les scarlatineux, les rougeoleux, les diphtériques adultes eux-mêmes sont soignés dans la salle commune, faute de fonds ou d'organisation appropriée —, nous allons voir, par un illogisme sans précédent, une maladie à *déclaration facultative*, dont la contagiosité, de l'avis de tous, est bien moins grande que celle de la plupart des affections à déclaration obligatoire, bénéficier de cette mesure de protection. Comment le chef du gouvernement, qui est en même temps médecin, n'a-t-il pas vu le bouleversement que ce projet apportera dans l'œuvre hospitalière, dans le rôle du corps médical des hôpitaux, dans l'enseignement médical? Comment n'a-t-il pas vu surtout combien sa réalisation comportera de dépenses que ni les villes ni l'Etat ne sont à même de supporter?

Ce n'est pas, d'ailleurs, la première fois qu'on a formé des projets pour mettre fin à l'encombrement des salles communes par les phtisiques : on a déjà proposé la fondation d'établissements exclusivement destinés aux tuberculeux, l'affectation aux seuls phtisiques d'un ou de plusieurs hôpitaux existants, la création de quartiers ou de pavillons réservés à ces malades. Mais aucun de ces projets n'a pu aboutir jusqu'ici.

A quoi tient ce résultat négatif?

Le rapport que M. Barth a présenté le 22 janvier dernier à la Société médicale des hôpitaux de Paris, au nom de la commission permanente des réformes hospitalières — rapport dont les conclusions ont été approuvées à l'unanimité —, nous dispense de formuler nous-même la réponse à cette question.

Il tient, dit le rapporteur, « d'abord à ce que les solutions proposées exigeraient ou d'énormes dépenses ou le bouleversement complet de notre organisation hospitalière; la moyenne des phtisiques dans les hôpitaux de Paris est, en effet, au bas mot, de trois à quatre mille, et on conçoit quelle tâche immense ce serait de créer ou d'organiser des hôpitaux d'isolement pour un tel nombre de malades. De plus, il est certain que la séquestration absolue des tuberculeux, que leur internement dans des lazarets n'est pas d'accord avec les mœurs, et serait difficilement accepté, tant par les malades eux-mêmes que par leurs familles, habituées à les garder le plus longtemps possible au milieu d'elles et à les considérer, non comme des pestiférés qu'il faut fuir, mais comme des malades qu'on doit entourer de soins et d'affection. Enfin, il faut reconnaître que même les mesures les plus rigoureuses ne résoudraient pas complètement le problème, car la tuberculose est une maladie si fréquente, elle se présente sous des formes si variées, elle est si souvent associée à d'autres affections et masquée par celles-ci, qu'il serait impossible de l'exclure des services de médecine et de chirurgie générales, à moins de vider complètement ceux-ci. »

On ne saurait mieux dire. Mais comment mettre fin à l'état de choses actuel? Après avoir examiné la question sous ses multiples aspects et s'être livrée à une discussion approfondie, la commission de la Société médicale des hôpitaux de Paris a été d'avis « qu'une mesure moins radicale et plus facilement réalisable suffirait peut-être à faire disparaître les plus graves inconvénients de la situation présente ».

Il s'agirait — et c'est ici que l'on voit le soin avec lequel la commission a étudié la question — de faire pour les malades des hôpitaux ce que chaque médecin fait dans sa clientèle privée, où l'on arrive à supprimer la contagion tuberculeuse, sans recourir à un isolement absolu, presque toujours impraticable.

« Le seul agent de transmission de la maladie, dit M. Barth, est le bacille tuberculeux et seuls les malades qui ont des bacilles dans leurs crachats sont dangereux pour leur entourage. D'autre part, le germe tuberculeux est infiniment moins diffusible que ceux d'autres maladies, telles que la variole, la scarlatine ou la diphtérie; son rayon d'action est limité et le moindre obstacle l'arrête.

» Si, dans chaque salle, les sujets atteints de tuberculose ouverte étaient groupés à part, si une simple cloison vitrée les séparait des autres malades, la dissémination des bacilles frais, de ceux que le phtisique lance dans l'atmosphère avec des particules de salive à chaque secousse de toux, deviendrait inoffensive. Si, d'autre part, on prenait soin de faire disparaître les crachats au moment où ils sont expectorés, par exemple en habituant les malades à cracher dans du papier, comme nous l'avons proposé après M. Th. Guyot, on peut dire que tout danger de contamination tuberculeuse dans les hôpitaux serait pratiquement supprimé.

» Le cloisonnement des salles, pour être efficace, ne devrait pas être appliqué selon un plan uniforme; il serait établi dans chaque hôpital d'après les indications des chefs de service intéressés, la proportion des lits réservés aux tuberculoses ouvertes varierait selon les conditions observées, d'après la statistique des malades traités dans la dernière décade, par exemple. Des parois vitrées, légères et tenant peu de place seraient suffisantes.

» La réforme pourrait s'exécuter en peu de semaines avec des frais très modérés. »

Que la séparation des phtisiques dangereux pour leur voisinage soit réalisée au moyen d'une cloison vitrée, comme le préconise la Société médicale des hôpitaux de Paris, ou d'une cloison quelconque, comme le demande, au minimum, le ministre de l'intérieur, cela importe peu. Ce qui est certain, c'est que cette réforme hospitalière est la seule possible, et ce sera probablement la seule qui soit accomplie dans l'ensemble du pays, si tant est que la généralisation s'ensuive.

D'ailleurs, cette solution, la plus immédiatement pratique et la plus économique, n'est-elle pas conforme aux tendances de l'architecture hospitalière moderne, qui vise à remplacer l'ancienne salle commune à 30 ou 40 lits par de petites chambres séparées, où chaque chef de service puisse répartir ses malades par catégories distinctes? On peut donc dire, sans crainte de se tromper, que si le maximum des instructions ministérielles n'est pas atteint, parce qu'il est irréalisable sur l'ensemble du territoire français, il n'est pas impossible d'exécuter dans son minimum le projet du gouvernement, en tenant compte de la division des tuberculeux établie par la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Quoi qu'il advienne, il n'en reste pas moins que la France est le premier pays dans lequel la question de l'isolement obligatoire des tuberculeux hospitalisés soit arrivée au point que nous venons d'exposer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1904.

Sur un cas d'épithélioma de la mâchoire inférieure, ressemblant à de l'actinomycose.

M. Le Dentu relate l'observation d'un homme de soixante-quinze ans, porteur d'une tumeur suppurée de la mâchoire inférieure présentant tous les caractères cliniques de l'actinomycose. L'absence de grains jaunes dans le pus et les résultats de l'examen histologique d'un fragment de cette tumeur démontrèrent qu'il s'agissait en réalité d'un épithélioma suppuré.

L'orateur ajoute, à l'occasion de ce fait, qu'il n'est pas rare d'observer des néoplasmes inflammatoires simulant l'actinomycose et qu'il est indispensable pour les reconnaître d'avoir recours à un examen histologique.

M. Cornil. — Je crois que l'actinomycose est très rare à Paris; j'en ai vu cependant un exemple tout récemment. Il s'agit d'une tumeur suppurée du maxillaire inférieur qui m'avait été adressée par M. Chaput : le pus qui accompagnait cette tumeur ne contenait pas de grains jaunes, mais les espaces médullaires du maxillaire et les géodes creusées dans son épaisseur en renfermaient un certain nombre. Du reste, il y a des cas d'actinomycose avérée dans lesquels on ne rencontre pas de grains jaunes, mais si l'on trouve des filaments en forme de touffes ressemblant à de fines arborisations, on peut affirmer qu'il s'agit d'une tumeur actinomycosique. Comme l'a dit M. Le Dentu, on ne doit donc jamais porter le diagnostic d'actinomycose qu'après examen histologique.

Pathogénie des luxations congénitales de la hanche.

M. Le Damany (de Rennes) lit une note dans laquelle il attribue le développement des luxations congénitales de la hanche à une torsion exagérée du fémur du fœtus dans l'utérus, en même temps qu'à un déplacement en avant de la cavité cotyloïde, dont le fond se soulève et vient la combler en partie : ces deux malformations, lorsqu'elles atteignent un degré trop prononcé, auraient pour conséquence l'apparition d'une forme particulière de luxation congénitale. On verrait alors, soit par la simple action tonique des muscles, soit par l'action adjuvante du poids du corps, la tête du fémur quitter la cavité cotyloïde, atrophiée et encombrée par le ligament rond. La luxation survient ainsi lentement, progressivement, sans aucune douleur, sous les yeux des parents ou même du médecin. Le retard de la marche, et plus tard la claudication, en sont les premiers symptômes.

Les preuves anatomo-pathologiques de cette théorie sont tirées de l'examen des fémurs et du bassin des petits malades : la torsion des premiers oscille généralement de 30° à 60°; quant au bassin, il est remarquable par l'excessive obliquité en avant du cotyle. Dans les cas de luxation unilatérale, cette obliquité a sa cause dans une forme oblique ovalaire du bassin. Peut-être est-elle due à un excès de largeur du sacrum dans les cas de luxation bilatérale.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er février 1904.

Action physiologique des rayons N et des « radiations conduites ».

M. A. Charpentier. — M. Blondlot a démontré que la sensibilité de l'œil augmente sous l'influence des rayons N; d'autres effets physiologiques des mêmes rayons peuvent être constatés, notamment sur le système nerveux.

C'est ainsi qu'une lame d'acier trempée étant promenée sur le côté gauche du crâne dans la demi-obscurité, il se produit, quand cet objet se trouve au niveau de la région postérieure du pariétal ou de la région occipitale voisine, un certain accroissement de l'éclairement apparent des objets extérieurs, autrement dit une augmentation de l'acuité visuelle. On obtient le même résultat après avoir éliminé les changements de grandeur de la pupille au moyen d'un diaphragme de 1 à 2 millimètres de diamètre placé devant l'œil. Chez moi, le maximum de cet effet se trouve à 4 centimètres environ en dehors (et un peu en haut) du sommet de l'occipital, ce qui doit correspondre au voisinage du pli courbe et de son lobule.

Je dois ajouter que, en ce qui me concerne, il y a même, dans certains cas, production de sensations lumineuses *dans l'obscurité*, sous l'influence des rayons N; c'est là le premier exemple d'une excitation nerveuse directe due à ces rayons.

En faisant agir les radiations en question sur la même région du crâne, on constate en outre des réactions pupillaires diverses, entre autres un rétrécissement constant quand le faisceau actif est orienté dans une direction déterminée qui, prolongée en profondeur, paraît passer par les centres ganglionnaires optiques (tubercules quadrijumeaux, etc.). On peut au contraire obtenir une dilatation pupillaire en opérant sur le centre cilio-spinal de la moelle, au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Ces différents effets sont rendus plus évidents encore quand on utilise non plus les rayons N directs, mais les radiations conduites, au moyen du dispositif que j'ai déjà décrit (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 35).

Essai de détermination expérimentale du vêtement rationnel.

M. J. Bergonié adresse une note relative à des expériences qu'il a faites, concernant la détermination expérimentale du vêtement rationnel; celui-ci est défini par l'auteur: le vêtement qui, pour un sujet à segment normal, limiterait le besoin d'énergie de ce sujet à peu près toujours à la quantité que peut produire son organisme, sans suralimentation ni variation de poids, quelle que fût la température extérieure, et peut-être aussi le travail mécanique développé; en un mot, sans risques soit de ralentir, soit d'accélérer sa nutrition.

Ces recherches ont été effectuées au moyen d'un buste en cuivre rouge, rempli d'eau à 37° et rayonnant dans une pièce dont l'écart de température était toujours de 25°. M. Bergonié a ainsi obtenu, entre le temps que le buste mettait à se refroidir selon qu'il était nu ou recouvert d'un vêtement déterminé, des rapports qui mesurent la valeur du vêtement ou son *coefficient de protection;* les coefficients correspondant à divers vêtements ont varié de 1.20 à 10.

On aurait donc pu, avec cette gamme de vêtements, permettre à un sujet vivant, semblable au buste, de s'exposer, sans modifier ses besoins d'énergie, à des différences de température pouvant varier jusqu'au décuple d'une différence de température unité, pour laquelle, avec le vêtement minimum expérimenté, sa nutrition n'est ni accélérée ni ralentie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 février 1904.

L'hypertension artérielle et ses conséquences au cours de l'intoxication saturnine aiguë, de l'éclampsie et de l'urémie.

M. Vaquez. — D'une série de recherches que je viens de faire, il semble résulter que l'hypertension artérielle joue un rôle prépondérant dans la pathogénie d'un certain nombre d'accidents qui surviennent au cours d'affections très différentes, telles que l'intoxication saturnine aiguë, l'éclampsie et l'urémie. Parmi ces accidents, nous citerons l'amaurose, l'hémianopsie, l'aphasie transitoire, les accès convulsifs, la mort subite, etc.

Dans les trois affections que nous avons particulièrement en vue, l'apparition des accidents précités coïncide toujours, d'après mes recherches, et celles d'un certain nombre d'auteurs, avec une élévation transitoire ou persistante de la tension artérielle, qui peut atteindre de 25 à 30 centimètres de mercure.

L'amaurose qui survient d'emblée sans autre signe prémonitoire qu'une céphalée violente apparaît aussi bien au cours de l'urémie (Pal) qu'au cours de l'éclampsie (Schauta) ou de la colique de plomb (Weber, Jaccoud, Pal). Elle est indépendante de la rétinite qui évolue lentement et s'accompagne de lésions du fond de l'œil faciles à reconnaître. Elle rétrocède souvent très vite. Or, l'apparition de cette amaurose coïncide presque toujours avec l'acmé de l'hypertension qui est constante au cours de ces affections.

J'ai eu de même l'occasion d'observer de l'hémianopsie dans un cas de mal de Bright où la pression était à 29 centimètres. M. Uhthoff a signalé le même accident dans l'intoxication saturnine et M. Knapp au cours de l'éclampsie.

Quant à l'aphasie transitoire, elle a été observée par M. Gaucher dans le saturnisme aigu, par M. Theuveny dans l'éclampsie et par moi-même chez un brightique dont la pression artérielle atteignait 30 centimètres. Dans un autre cas, avec une élévation rapide de la pression — qui de 24 était montée à 29 centimètres —, j'ai vu apparaître un délire maniaque qui dura trois jours. Pareil fait a été constaté dans le saturnisme (Racine), dans l'éclampsie (Stewart).

Les crises convulsives de l'encéphalopathie saturnine, de l'urémie, de l'éclampsie, etc., sont, elles aussi, habituellement précédées ou accompagnées d'une élévation excessive de la tension artérielle. M. Ménétrier a constaté une pression de 27 centimètres dans un cas de convulsions liées au saturnisme. Des rapports analogues entre l'hypertension et l'apparition des crises convulsives ont été notés par von Ziemssen dans l'urémie et par moi-même dans l'éclampsie.

Enfin la mort subite, foudroyante, peut être la terminaison de l'hypertension, quelle qu'en soit la cause; 4 de mes malades ont succombé de cette façon. Tout sujet chez lequel la tension artérielle se maintient habituellement au-dessus de 25 centimètres est exposé à mourir subitement. Aussi cette terminaison est-elle exceptionnelle dans l'intoxication saturnine aiguë, où l'hypertension est de courte durée, moins rare dans l'éclampsie, fréquente enfin dans l'urémie: elle s'explique alors par des hémorrhagies cérébrales étendues.

En résumé, il y a lieu, à mon avis, de distraire de l'intoxication urémique, éclamptique où saturnine, certains accidents qu'on avait jusqu'ici coutume d'expliquer par l'intervention de ces affections. Ces accidents parfois bénins, le plus souvent fort graves, sont fonction non de la maladie causale, la néphrite, par exemple, mais d'un symptôme commun aux trois entités morbides, entre lesquelles il forme comme un lien nécessaire, et ce symptôme, c'est l'hypertension.

Quelle est maintenant la pathogénie de cette hypertension? L'hypothèse qui semble la plus vraisemblable, c'est que les phénomènes vasoconstricteurs qui tiennent sous leur dépendance l'amaurose, l'aphasie transitoire, les crises convulsives, etc., sont provoqués par la présence dans le sang de certains produits élaborés par les glandes à sécrétion interne, notamment les capsules surrénales. Une constatation anatomique que nous avons pu faire confirme cette hypothèse: un malade succomba aux suites d'une néphrite chronique après avoir présenté pendant la vie une hypertension de 23 ou 24 centimètres de mercure, laquelle avait progressivement diminué pour revenir presque au chiffre normal. A l'autopsie, nous trouvâmes une augmentation considérable de l'une des capsules surrénales, qui était transformée en adénome graisseux.

M. Ménétrier dit que, dans le cas d'encéphalopathie saturnine sans néphrite, auquel a fait allusion M. Vaquez, on a trouvé du plomb dans la substance grise du cerveau. Cette localisation permet de rattacher à un trouble du système nerveux l'hypertension artérielle constatée chez le malade, plutôt qu'à une intoxication d'origine surrénale. Cette intoxication existât-elle, il faudrait encore admettre qu'elle est sous la dépendance d'une altération fonctionnelle du système nerveux.

M. Josué fait observer que, chez les animaux, on détermine une vasoconstriction au moyen des injections d'adrénaline, même après la section des centres ganglionnaires supérieurs; cette vasoconstriction est donc certainement d'origine périphérique et non centrale.

M. Lamy estime qu'on ne peut guère assimiler l'hypertension éphémère, qu'on obtient expérimentalement, à l'hypertension permanente des éclamptiques, des urémiques, etc.; néanmoins, il reconnaît que la théorie toxique invoquée par M. Vaquez rend compte de l'hypertension de ces malades, beaucoup mieux que l'ancienne théorie mécanique.

M. Gouget croit au contraire que les bons effets de la saignée chez les sujets atteints d'accès éclamptiques, urémiques, etc., plaident beaucoup plus en faveur de l'origine mécanique que de l'origine toxique de ces accidents.

Fièvre typhoïde chez un diabétique, terminée par une hémorrhagie intestinale foudroyante.

M. Marfan. — Je puis rapprocher du cas de fièvre typhoïde chez un diabétique, avec issue fatale par hémorrhagie intestinale, que nous a récemment communiqué M. Rénon (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 403), un fait analogue, que j'ai observé avec M. H. Iscovesco.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, diabétique depuis plusieurs années, ayant déjà eu une dothiénentérie à l'âge de treize ans et qui, au mois de décembre dernier, eut une nouvelle atteinte de fièvre typhoïde; celle-ci fut suivie, après deux ou trois jours d'apyrexie, d'une rechute qui se termina, au bout d'une semaine environ, par une hémorrhagie intestinale foudroyante.

L'analyse régulière des urines nous a permis de constater que le sucre augmenta notablement pendant la période d'incubation de la maladie (de 152 gr. à 230 gr. *pro die*), et diminua progressivement durant l'évolution de la fièvre, pour atteindre son minimum l'avant-veille de l'hémorrhagie mortelle (22 grammes). L'élimination de l'urée a suivi la même marche que celle du sucre. Quant aux phosphates et aux chlorures, leur taux n'a pas augmenté pendant l'incubation, mais il a baissé peu à peu durant la période fébrile.

M. P. Teissier. — Il est un élément séméiotique qui, dans les observations de M. Rénon et de M. Marfan, aurait pu faire présager l'apparition d'hémorrhagies intestinales et leur abondance: je veux parler de l'état de la tension artérielle. Celle-ci est toujours très élevée dans le diabète; elle l'était vraisemblablement chez les deux patients dont nos collègues nous ont relaté l'histoire, et il me paraît vraisemblable que cette hypertension a pu jouer un rôle dans les violentes hémorrhagies dont il nous a été parlé.

J'ai appelé l'attention, il y a quelques années, sur la valeur de l'élévation passagère de la pression artérielle dans la fièvre typhoïde, comme signe prémonitoire des hémorrhagies intestinales. J'ai communiqué des faits qui montrent que l'hypertension artérielle, au cours d'une maladie hypotensive par excellence, comme la fièvre typhoïde, pouvait avoir pour conséquence de favoriser les hémorrhagies intestinales. C'est là une constatation du même ordre que celle — faite bien auparavant par M. Bouchard — de la disparition du dicrotisme du pouls comme signal d'une hémorrhagie intestinale dans la dothiénentérie.

Hyperchloruration et épilepsie.

M. Grenet. — J'ai étudié avec M. Enriquez les effets de l'hyperchloruration chez les épileptiques. Trois malades, non soumis à la médication bromurée, ont reçu chaque jour 20 grammes de chlorure de sodium en plus du sel contenu dans leurs aliments. A la suite de ce régime, nous avons vu, chez un de ces patients suivi pendant quatre mois, le nombre des accès diminuer d'une façon notable; chez les 2 autres, au contraire, il est resté à peu près stationnaire.

Il résulte, en outre, de l'examen des courbes de l'élimination des chlorures urinaires de ces 3 épileptiques que l'apparition des accès comitiaux semble coïncider avec la diminution de cette élimination; en tout cas, il est intéressant de noter que celui de nos malades qui a été franchement amélioré a présenté de véritables décharges de chlorures par les urines.

Insuffisance aortique, tabes et troubles pupillaires.

M. Dufour. — On sait que M. Babinski et, après lui, M. Vaquez, ont démontré que les troubles pupillaires, généralement attribués à une insuffisance aortique, étaient en réalité sous la dépendance d'un tabes le plus souvent méconnu (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 176 et 1902, p. 51). J'ai eu récemment l'occasion de vérifier anatomiquement l'exactitude de cette donnée clinique. Il s'agit d'une femme qui était atteinte à la fois d'une insuffisance de l'aorte et d'une sclérose des reins, et qui présentait en même temps une inégalité des deux pupilles, une disparition du réflexe lumineux d'un seul côté et une abolition complète des réflexes rotuliens. Cette malade ayant succombé, l'examen de la moelle montra les lésions typiques du *tabes incipiens*.

Rapprochée de quelques autres faits analogues, cette observation tend à faire admettre que le tabes est une affection beaucoup moins grave qu'on ne l'admet généralement, puisqu'il peut exister à l'état fruste et passer complètement inaperçu des patients.

Du purpura orthostatique.

M. Apert rappelle, à propos du cas de purpura orthostatique communiqué dans la précédente séance par M. Achard, que sur les 9 malades atteints de purpura exanthématique dont il a relaté l'observation dans sa thèse (1897), il y en avait 3 chez lesquels le fait de rester debout, même après une période d'alitement prolongée, a provoqué la réapparition de poussées purpuriques. Ce serait là, d'après l'orateur, une particularité presque constante dans cette forme de purpura, et par conséquent le terme d'orthostatique ne s'applique pas à une variété particulière de purpura, mais seulement à un mode évolutif du purpura exanthématique.

Sur la prétendue contracture syphilitique secondaire du biceps.

M. Thibierge fait remarquer que la contracture dite syphilitique du biceps est, en réalité, une manifestation de l'hystérie. A l'appui de cette opinion, l'orateur présente une jeune femme de dix-huit ans, syphilitique, chez laquelle existe cette prétendue contracture du biceps brachial : or, ni au repos, ni à l'occasion des efforts, ce muscle ne présente la consistance d'un muscle contracturé; en outre, on constate chez la patiente quelques petits signes d'hystérie. Il est probable que cette pseudo-contracture est d'origine réflexe, et qu'elle est la conséquence des douleurs résultant de la localisation, du reste assez rare, de la syphilis sur les tissus fibreux ostéo-articulaires du bras.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 février 1904.

Sur les effets du chlorure de sodium dans les gastropathies.

M. Hayem fait observer, à propos des récentes communications de MM. Vincent, Laufer et Linossier (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 14 et 28), qu'il est bien connu que l'administration de chlorure de sodium augmente la teneur du suc gastrique en produits chlorés. Inversement, un régime pauvre en chlorures diminue le taux de ces mêmes sels : c'est même là qu'est la raison des bons effets de la diète lactée dans certaines gastropathies. Seulement cette diminution des éliminations chlorées ne se manifeste qu'à la longue; aussi peut-il arriver, dans les gastrites mixtes, que l'usage exlusif du lait, en faisant disparaître l'infiltration interstitielle et certaines dégénérescences cellulaires, augmente tout d'abord, parfois notablement, la proportion des éléments chlorés du suc gastrique; l'effet déprimant ne se produit que plus tard.

Au régime lacté on peut substituer le régime hypochloruré de M. Widal· Chez un sujet albuminurique, l'orateur a vu ce dernier régime transformer un type franchement hyperpeptique en une hypopepsie intense, au second degré, et déterminer en même temps de l'affaiblissement et de la diarrhée. Aussi M. Hayem se contente-t-il de recommander aux hyperpeptiques de prendre une nourriture aussi peu salée que possible, d'autant que le bismuth à haute dose fait parfaitement cesser les douleurs dites des hyperpeptiques, sans modifier en quoi que ce soit le type chimique du suc gastrique.

Lésions rénales dues à des injections de néphrolysines.

MM. Le Play et **Corpechot** montrent les reins d'une lapine gravide, dont la surface est sillonnée de raies alternativement pâles et foncées. Ces reins sont, en outre, très augmentés de volume et pèsent de 32 à 35 grammes, au lieu de 7 et 9 grammes. Le microscope a permis d'y constater une hyperplasie du tissu conjonctif lamellaire qui a pris naissance autour des *tubuli*, c'est-à-dire des éléments plus spécialement glandulaires.

Les altérations de ces reins ont été obtenues à la suite d'injections d'émulsions de tissu rénal de cobaye, constituant de véritables émulsions de néphrolysines.

M. Charrin. — Voici des reins de nouveau-nés, issus de mères brightiques et présentant des lésions qui relèvent d'un mécanisme analogue. Depuis longtemps, on a noté la fréquence des albuminuries dans la descendance des néphrétiques. Avec M. Delamare, j'ai recueilli une véritable collection de ces reins de nouveau-nés, issus de mères dont le rein était également malade; dans d'autres séries, la lésion transmise portait sur le foie. Nous avons donc apporté les preuves anatomiques de ces albuminuries familiales enregistrées au point de vue clinique par la vieille médecine. Nous avons aussi démontré expérimentalement (tout en réservant la possibilité d'autres mécanismes) qu'on peut provoquer, chez le fœtus, le développement de semblables altérations, soit en injectant à la mère des émulsions de rein, soit en déterminant chez elle de graves lésions rénales. Dans ces conditions, il se forme dans l'organisme maternel des néphrolysines qui, à travers le placenta, vont modifier les tissus fragiles du fœtus.

Signification des gommes du foie dans l'hérédo-syphilis.

M. F.-J. Bosc (de Montpellier). — Le virus syphilitique, disséminé dans tout le foie par la voie veineuse, provoque des proliférations cellulaires caryocinétiques à la fois épithéliales et conjonctivo-vasculaires qui constituent la *pustule syphilitique*. Mais les proliférations épithéliales (hépatite parenchymateuse nodulaire et orientations adénomateuses) sont fugaces : elles sont dissociées et enfin détruites par la prolifération conjonctivo-vasculaire. Bientôt la pustule syphilitique, devenue complètement conjonctive, régresse à partir du centre et constitue ainsi la gomme, qui doit donc être considérée non pas comme une formation syphilitique spéciale, mais comme le terme régressif régulier d'une lésion cellulaire hyperplasique active.

La pustule syphilitique présente par conséquent la même évolution que la pustule vaccinale ou claveleuse, sauf qu'elle a une durée plus longue et que la prolifération conjonctivo-vasculaire y est plus précoce et plus importante.

Varices lymphatiques de l'intestin grêle chez les syphilitiques.

M. Letulle montre des dessins de varices lymphatiques, qui se présentent sous la forme de taches jaunes à contours sinueux, visibles à l'œil nu, situées sous la muqueuse de l'intestin grêle et particulièrement du jéjunum. Ces varices sont constituées par de véritables lacs de lymphe presque stagnante, ne contenant qu'un petit nombre d'éléments cellulaires et jamais de fibrine. La formation de ces lacs est la conséquence de l'oblitération d'un gros vaisseau chylifère efférent. Il s'agit donc là, en somme, d'une endolymphangite chronique : les sujets chez lesquels l'orateur a constaté cette lésion étaient tous des syphilitiques avérés, présentant des altérations rénales.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 février 1904.

Chancre mou de la lèvre inférieure.

M. G. Roussy. — Je vous présente, au nom de M. J. Darier et en mon nom, une jeune femme atteinte d'un chancre mou de la lèvre inférieure. Trois semaines avant sa première visite à l'hôpital, la malade avait constaté en ce point un bouton, qui s'est ulcéré, a abondamment suppuré et a creusé jusqu'à la couche musculaire, en s'étendant de façon à atteindre les dimensions d'une pièce de un franc; en même temps apparaissait une adénopathie sus-hyoïdienne, limitée à un seul ganglion. La forme ronde de l'ulcère, son fond jaunâtre et vermoulu, sa base non indurée constituaient autant de signes favorables au diagnostic de chancre simple. L'examen microscopique du pus a montré la présence de microorganismes en tout semblables au bacille de Ducrey-Unna. Cependant une inoculation au bras, faite, il est vrai, un mois après le début de la lésion, est restée négative.

La cicatrisation de cette ulcération est aujourd'hui très avancée grâce à des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 1 %.

M. A. Fournier. — Il est heureux que la bactériologie nous permette ici d'établir le diagnostic; sans quoi la nature de la lésion resterait douteuse en l'absence d'inoculation positive : les innombrables expériences de Ricord sur ce point semblent bien démontrer que le chancre simple est réinoculable jusque dans ses dernières périodes.

Mycosis fongoïde considérablement amélioré par la radiothérapie.

M. Brocq montre, au nom de M. Bissérié et au sien, une femme qui depuis douze ans était atteinte de mycosis fongoïde déterminant de très vives démangeaisons, et que l'orateur a tenté de traiter par les rayons X (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 387).

La malade a subi plus de 100 séances de radiothérapie. Chaque application a été suivie de la diminution locale des démangeaisons, puis de l'affaissement des tumeurs au point même sur lequel les rayons étaient dirigés. Dans la suite, les tumeurs ainsi guéries ne se sont pas reproduites. On a pu de la sorte faire disparaître les lésions sur presque toute l'étendue de la surface cutanée. Il ne s'agit donc pas ici de ces améliorations spontanées qu'on observe parfois dans le mycosis, car en pareil cas la régression des tumeurs sur certains points est suivie de l'apparition de tumeurs nouvelles sur d'autres points.

Pour M. Brocq, il n'existerait pas de méthode thérapeutique donnant un résultat pareil dans le traitement du mycosis fongoïde. La radiothérapie paraît avoir ici une action aussi favorable que dans le traitement des épithéliomas. De même, dans deux cas de sarcomatose de la peau à la région dorsale, l'orateur dit avoir assisté à une véritable fonte des tumeurs après trois séances seulement de radiothérapie.

M. Leredde confirme l'influence bienfaisante des applications de rayons X sur le prurit. La radiothérapie exerce, en effet, une action analgésiante indubitable, non seulement contre les démangeaisons que provoquent certaines dermatoses, mais encore contre les phénomènes douloureux qui accompagnent les cancers et aussi contre les névralgies (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 348).

Tuberculose primitive de la langue.

M. Danlos. — Voici un malade, ne présentant aucun symptôme physique ou rationnel de tuberculose viscérale, qui porte depuis trois ans, sur le dos de la langue, des ulcérations profondément fissuraires, à bords déchiquetés, à fond membraneux, grisâtre, avec quelques bourgeons charnus. On constate, en outre, des exulcérations miliaires sur la face inférieure de

la langue, près de la pointe; une infiltration diffuse de l'organe (macroglossie), moins dure que dans les cas de syphilis ou de cancer; enfin, des adénopathies au-devant du sterno-mastoïdien.

Je crois à une tuberculose primitive de la langue à cause de l'apparence profondément fissuraire et déchiquetée des grandes ulcérations et de la présence de petites érosions miliaires. D'ailleurs, la multiplicité des foyers ulcéreux, l'absence d'induration vraie, l'indolence, l'évolution lente excluent l'idée de cancer; l'aspect des lésions, l'absence d'antécédents spécifiques ne plaident pas en faveur de la syphilis.

M. A. Fournier. — La macroglossie appartient en effet à la tuberculose, comme à la syphilis; ainsi que l'a rappelé M. Danlos, dans la syphilis la consistance de l'organe due à l'infiltration scléreuse est véritablement ligneuse, tandis qu'elle est beaucoup moindre dans la tuberculose. J'accepte donc le diagnostic de notre collègue, mais je crois prudent d'essayer l'action du traitement spécifique.

M. Ed. Fournier signale un cas de *syphilis héréditaire de deuxième génération :* une femme est contaminée par un nourrisson; elle donne le jour à un garçon qui — contrastant en cela avec ses frères nés avant la contamination de la mère — demeure petit et malingre; le fils de cet homme, enfin, a une large syphilide ulcéreuse de la cuisse, apparue à l'âge de trois ans et guérie vingt ans plus tard par le traitement spécifique.

M. Hallopeau relate l'observation d'un malade qui a déjà eu à plusieurs reprises des poussées lépreuses fébriles au cours d'un traitement intensif par l'huile de chaulmoogra. Ces poussées s'étaient faites jusqu'ici soit du côté de la peau, soit sous forme lymphangitique. Actuellement elles se localisent du côté des gaines tendineuses de l'avant-bras.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 1er février 1904.

Les bronchosténoses.

M. A. Fränkel. — Les sténoses bronchiques peuvent relever de quatre mécanismes différents : lésions des parois des bronches, compression extérieure, corps étrangers, spasme de la musculature bronchique, mais les faits que je désire envisager aujourd'hui ressortissent tous aux deux premières catégories.

Comme bronchosténose par lésion des parois des bronches, je puis citer tout d'abord la bronchiolite fibreuse oblitérante aiguë, dont je vous ai relaté un cas il y a près de trois ans (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 360). Il s'agit là d'une affection professionnelle, qui ne me paraît pas avoir jusqu'ici attiré d'une manière suffisante l'attention des hygiénistes. J'ai eu l'occasion d'en recueillir trois nouvelles observations, concernant respectivement un ouvrier qui avait à appliquer, sur un treillis de toile métallique, un mélange de poils de veau, de plâtre, de ciment et de colle, ce qui l'exposait à inhaler d'abondantes poussières, et peut-être aussi des microorganismes contenus dans les poils; un homme qui était établi depuis deux semaines comme droguiste et avait respiré à cette occasion des poussières irritantes; enfin, un ouvrier occupé à la manipulation du chlorure de calcium. Les deux premiers malades ont succombé, le dernier, traité par des inhalations d'oxygène, a survécu. Dans tous ces cas, le tableau morbide consistait en une dyspnée intense avec cyanose et râles fins perceptibles à l'auscultation. L'autopsie, comme dans le premier cas que je vous ai jadis communiqué, révéla à titre de lésion principale des néoformations conjonctives autour des fines ramifications bronchiques.

Quant aux sténoses bronchiques par compression des grosses bronches, due à des causes extérieures, elles peuvent aussi avoir un caractère professionnel. Je vous citerai notamment le cas d'un tailleur de pierres, avec lésions de *calcosis* au niveau des ganglions péribronchiques, ayant déterminé — outre l'oblitération bronchique — une péricardite adhésive et une érosion de l'artère pulmonaire.

Mais la cause la plus fréquente de cette variété de bronchosténose réside dans la présence d'une tumeur de voisinage, le plus souvent maligne (carcinome ou sarcome). Il faut savoir que, en pareil cas, une tumeur de faible volume peut entraîner une matité pulmonaire assez étendue; deux symptômes surtout facilitent le diagnostic : d'une part la variabilité des signes de percussion; d'autre part, l'incurvation du médiastin vers le côté atteint, par suite de la diminution de volume du poumon de ce même côté.

M. Brat relate un cas de bronchiolite oblitérante mortelle, qu'il a eu jadis l'occasion d'observer chez un ouvrier exposé à respirer des vapeurs nitreuses; l'autopsie donna un résultat négatif, mais l'orateur ajoute qu'à cette époque son attention n'était pas encore attirée sur les faits de ce genre; néanmoins la constatation, chez deux autres ouvriers, d'accidents semblables à ceux qu'avait présentés ce malade, permit de reconnaître le caractère professionnel de l'affection, et la veuve put obtenir la pension à laquelle elle avait droit.

M. Fürbringer dit avoir vu, comme M. Fränkel, une zone étendue de matité pulmonaire être la conséquence d'une petite tumeur comprimant une grosse bronche. Un bon signe de la sténose bronchique, c'est l'existence du *stridor*, pouvant aller jusqu'à la voix de polichinelle.

M. Davidsohn fait observer que, en pareille occurrence, c'est parfois à la présence d'épaississements de la membrane pleurale qu'est due la matité pulmonaire, et non à la compression de la bronche par la tumeur.

Cancer de l'estomac, compliqué d'hémiplégie.

M. Albu communique le cas d'un homme de trente ans, présentant une anémie grave que l'orateur crut pouvoir attribuer à un cancer gastrique, encore qu'il n'existât aucun signe d'insuffisance motrice de l'estomac, et qui eut une hémiplégie incomplète, intéressant le nerf facial gauche et le membre supérieur du même côté. Le malade ayant succombé, l'autopsie révéla qu'il s'agissait bien d'un carcinome pylorique, développé sur un ulcère. Comme cause des troubles nerveux, on ne trouva que de l'hydrocéphalie interne et une arachnitis fibreuse diffuse.

M. Litten dit avoir observé aussi un cas d'hémiplégie au cours d'un cancer de l'estomac, mais dans ce fait une autopsie minutieuse permit de découvrir une toute petite métastase cérébrale, ayant intéressé les ganglions de la base.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 janvier 1904.

Considérations sur la structure des cellules nerveuses.

M. Van Gehuchten (de Louvain). — On a beaucoup discuté, dans le cours de ces dernières années, sur la structure interne des cellules nerveuses. La structure réticulée, admise par quelques auteurs, a été vivement combattue, surtout par M. Bethe : se basant sur les résultats fournis par une méthode de coloration qui lui est propre, cet auteur pense que la partie organisée du protoplasme cellulaire est formée de fibrilles indépendantes se poursuivant dans les prolongements protoplasmiques pour s'arrêter brusquement en un point quelconque de leur surface. Où se rendent ces neurofibrilles? En faisant quelque peu varier sa méthode de coloration, M. Bethe a démontré l'existence, autour du corps cellulaire et de tous les prolongements protoplasmiques, d'un réseau spécial, qu'il appelle *réseau de Golgi*, dans lequel il a vu pénétrer des ramifications provenant de fibres nerveuses voisines. Il suppose qu'aux points nodaux de ce réseau, les neurofibrilles du protoplasme cellulaire quittent la cellule pour se continuer avec les neurofibrilles des fibres nerveuses. Le réseau de Golgi serait donc l'intermédiaire obligé entre les fibres nerveuses et les cellules nerveuses. Il s'ensuit que, s'il y a discontinuité entre la partie protoplasmatique des neurones, il y a cependant continuité pour ce qui regarde la partie essentiellement conductrice des éléments nerveux, c'est-à-dire les neurofibrilles.

Ces recherches histologiques de M. Bethe seraient incompatibles avec la doctrine des neurones, établie surtout au moyen de la méthode de Golgi.

Pour résoudre le problème *histologique* des connexions qui existent entre fibres nerveuses et cellules nerveuses, M. Nissl rejette la méthode de Golgi, parce qu'elle serait une méthode purement anatomique. Pour M. Nissl, on ne peut, avec les méthodes histologiques, poursuivre les fibres nerveuses que jusqu'au point où elles perdent leur gaine de myéline. Tout ce qui est interposé entre ce bout terminal de la fibre nerveuse et le corps de la cellule nerveuse nous est inconnu; M. Nissl l'appelle le *gris nerveux*. On peut supposer, dit-il, que le cylindraxe de la fibre nerveuse s'y continue avec un réseau, qui lui-même se continuerait avec le réseau de Golgi et par là avec les neurofibrilles.

Mais ce ne sont là que de simples hypothèses, de telle sorte que, à l'heure actuelle, nous ne connaissons rien de positif concernant les connexions des éléments nerveux.

Au moyen de la nouvelle méthode au chromate d'argent de M. Ramon y Cajal, que nous avons appliquée aux différentes parties du système nerveux de lapins, de cobayes et de chiens, on met en évidence, d'une façon régulière, la structure fibrillaire du protoplasme, et cela beaucoup plus nettement qu'avec la méthode de M. Bethe. Les fibrilles du protoplasme, si elles sont peut-être indépendantes dans les gros troncs protoplasmatiques, s'anastomosent cependant entre elles au niveau du corps cellulaire pour y former un réseau reliant toutes ces fibrilles.

Les conclusions que l'on a tirées de l'indépendance des neurofibrilles contre la doctrine des neurones ne peuvent donc être maintenues.

Il n'y a, dans l'état actuel de la science, qu'un seul fait qui ne soit pas d'accord avec la doctrine des neurones : c'est l'auto-régénération des nerfs périphériques, signalée par M. Bethe. J'ai repris les expériences de cet auteur, sur de jeunes chats, sans obtenir de résultats satisfaisants. Le 8 novembre dernier, à l'exemple de M. Bethe, j'ai arraché le nerf sciatique à six petits chiens âgés d'un jour. Un de ces animaux a été examiné le 30 janvier 1904. Le bout périphérique était indépendant du bout central; l'électrisation de ce bout périphérique a amené une contraction énergique dans tous les muscles de la jambe et du pied. Le nerf sciatique, après quatre-vingt-trois jours d'interruption, avait donc récupéré sa conductibilité. Il reste à faire l'examen histologique du nerf pour voir quel est l'état de ses fibres nerveuses. S'il se confirme, comme M. Bethe le soutient, que le nerf s'est reconstitué, il faudra bien admettre qu'une fibre nerveuse peut se former sans le concours d'une cellule nerveuse, et que par conséquent le cylindraxe d'une fibre nerveuse ne peut pas *toujours* être considéré comme un simple prolongement cellulaire.

M. C. Moreau (de Charleroi) fait une communication sur la *névrose traumatique*, dans laquelle il insiste notamment sur la fréquente origine gastrique de certains troubles que l'on considère généralement comme ressortissant à cette névrose.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'étiologie de la claudication intermittente,
par M. H. Idelsohn.

Si les travaux récents ont fixé d'une manière définitive le syndrome de la claudication intermittente, l'accord entre les auteurs cesse, par contre, en ce qui concerne les lésions anatomo-pathologiques accompagnant cette affection et, quant à son étiologie, nous en sommes encore réduits aux hypothèses. Certains cliniciens at-

tribuent une influence prépondérante à la disposition névropathique qui, pour d'autres, serait sans importance; on a aussi mis en cause l'abus du tabac ou de l'alcool, la syphilis, la goutte, les agents thermiques, mais un examen attentif des observations ne permet pas d'accorder à l'un ou l'autre de ces facteurs un rôle spécial dans l'étiologie de la claudication intermittente. Une prédisposition constitutionnelle, c'est-à-dire une faiblesse congénitale de l'appareil vasculaire, paraît cependant devoir être admise pour un grand nombre de faits, car, sans elle, on ne saurait expliquer comment telle ou telle cause extérieure peut, dans un cas déterminé, devenir le point de départ d'une angiosclérose oblitérante.

M. Idelsohn a eu l'occasion d'observer 14 malades atteints de cette affection, soit 11 hommes et 3 femmes, âgés de vingt-sept à cinquante-neuf ans; 12 d'entre eux appartenaient à la race juive. Aucun des facteurs énumérés plus haut : hérédité, syphilis, abus du tabac ou de l'alcool, ne jouait dans ces faits un rôle prépondérant. On n'a pu constater l'artériosclérose que dans 5 cas, mais l'auteur est porté à attribuer une grande importance à la faiblesse congénitale de l'appareil vasculaire; il a en effet observé chez plusieurs patients des anomalies du pouls aux artères radiale ou cubitale, ou des troubles de la circulation au niveau des mains et des doigts.

Il accorde, en outre, une valeur étiologique à un autre vice de conformation, qui paraît, jusqu'ici, avoir échappé à l'observation : 8 malades sur 14 étaient affectés de pied plat, et parmi eux on compte les sujets le plus gravement atteints. M. Idelsohn se refuse à voir là une simple coïncidence; l'aplatissement de la voûte plantaire peut avoir pour conséquence une irritation des vaisseaux aussi bien que des nerfs, et prédisposer à l'artériosclérose les artères soumises ainsi à une irritation constante; d'un autre côté, la compression des nerfs plantaires peut réagir sur les vaisseaux par voie réflexe, provoquant de notables variations de pression et de tonicité des parois vasculaires et favorisant de la sorte le développement de l'artériosclérose; enfin, les vaisseaux plantaires sont beaucoup plus exposés à l'action du froid chez les individus atteints de pied plat que chez ceux dont la voûte plantaire est normale.

Le rôle du froid paraît déjà ressortir du fait que l'affection dont il s'agit est relativement fréquente dans les provinces baltiques, en Finlande et en Pologne, tandis qu'elle est beaucoup plus rare dans les contrées tempérées; 3 malades de M. Idelsohn faisaient, du reste, remonter directement leur affection à un refroidissement intense.

La prédisposition particulière de la race juive à la claudication intermittente a déjà été notée par d'autres observateurs et peut être considérée comme un fait acquis. Les israélites se distinguent précisément par leur prédisposition à l'artériosclérose, aux maladies constitutionnelles (goutte, diabète, obésité), aux psychopathies et aux psychonévroses, ainsi que par la fréquence qu'affectent chez eux les troubles vasculaires : hémorrhoïdes, accidents graves de la ménopause, etc. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 3-4.) — A. J.

La valeur de la numération des globules sanguins dans les appendicites aiguës, par M. L. Rehn.

Loin de souscrire à l'opinion que l'hyperleucocytose peut être considérée comme un signe à peu près constant de la suppuration, l'auteur estime que l'étude attentive des symptômes cliniques présentés par le malade fournit à cet égard des renseignements beaucoup plus sûrs que la numération des globules blancs. Il serait même porté à croire que ce procédé de diagnostic expose le praticien à de graves mécomptes, les numérations répétées systématiquement pendant plusieurs jours étant susceptibles d'entretenir chez lui une assurance souvent mal fondée, puisque la courbe leucocytaire peut rester fort peu élevée, voire même tout à fait normale, malgré la présence de pus dans la cavité abdominale. En se fiant exclusivement aux résultats fournis par la recherche de la leucocytose, on risquerait, par conséquent, de laisser passer le moment propice pour l'intervention et de se voir obligé d'opérer alors qu'on n'est plus à temps pour sauver le patient.

A l'appui de ces considérations, M. Rehn invoque sa pratique personnelle : sur 11 cas dans lesquels le diagnostic clinique d'*appendicite avec abcès* fut confirmé par l'opération, 2 seulement avaient fourni un taux leucocytaire supérieur à 25,000; dans 5 observations, l'augmentation du nombre des globules blancs n'était pas assez considérable (12,000 à 15,000) pour avoir une valeur diagnostique, et, chez les 4 autres malades, le taux leucocytaire était à peu près normal, oscillant entre 8,000 et 10,000. D'autre part, sur 8 cas d'*appendicite avec péritonite diffuse*, l'auteur n'a pas eu à enregistrer un seul fait d'hyperleucocytose nette : chez 6 patients, le nombre des leucocytes par millimètre cube variait entre 11,000 et 19,000, et dans les 2 autres observations, le taux leucocytaire resta normal.

Cela étant, M. Rehn est d'avis que la numération des globules blancs ne saurait permettre de reconnaître, d'une manière certaine et assez précoce, la suppuration de l'appendice ou la péritonite purulente aiguë, que celle-ci soit localisée ou généralisée. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 décembre 1903.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'hydroquinone contre les névralgies.

Partant de cette considération que la généralité des médicaments antipyrétiques possèdent également des propriétés analgésiques, M. le docteur Ernst Meyer (de Berlin) a eu l'idée d'employer contre diverses affections douloureuses l'hydroquinone, médicament dont le pouvoir antithermique et antiseptique est connu depuis longtemps. Ces essais thérapeutiques, pratiqués dans le service de M. le docteur L. Brieger, professeur extraordinaire d'hydrothérapie à la Faculté de médecine de Berlin, n'ont pas donné de succès appréciables dans toutes les affections douloureuses où ils ont été tentés; dans le rhumatisme articulaire aigu, notamment, les résultats ont été franchement négatifs. Par contre, l'hydroquinone a eu les meilleurs effets dans un certain nombre de cas de névralgie, entre autres de sciatique, où les traitements communément mis en œuvre n'avaient exercé aucune influence sur l'évolution de la maladie.

La dose quotidienne initiale est de 1 gramme; on l'augmente ensuite jusqu'à 4 grammes. Le mieux est de prescrire le remède en solution que l'on administre par cuillerées à bouche le soir, quand le patient est couché. Cette solution doit être préparée depuis peu et conservée à l'abri de la lumière, pour éviter qu'elle ne se décompose. Peu après l'administration de l'hydroquinone, il se produit habituellement une sudation abondante, surtout au niveau de la région atteinte de névralgie.

Notre confrère a pu faire absorber jusqu'à 40 grammes d'hydroquinone dans le cours du traitement sans avoir à noter de phénomènes d'intoxication, si ce n'est dans un cas où survinrent de la tachycardie et des vertiges qui disparurent dès qu'on eut cessé l'emploi du médicament. Lorsque la névralgie récidive après guérison, il suffit souvent de faire reprendre le médicament pendant peu de temps pour obtenir une guérison définitive.

Procédé simple d'autoplastie contre la stérilité par atrésie orificielle du col utérin.

Dans un certain nombre de cas, la stérilité est chez la femme la conséquence d'un rétrécissement de l'orifice externe du col utérin. On a le plus souvent recours, pour remédier à cette lésion, soit à la discission bilatérale du museau de tanche, soit — notamment en France — à diverses opérations autoplastiques, et parmi ces dernières, la plus fréquemment appliquée consiste en l'évidement des surfaces cruentées avec ourlage en lèvres des plaies. Après avoir longtemps employé ce procédé, M. le docteur J.-A. Doléris, accoucheur des hôpitaux de Paris, a été récemment amené à lui en substituer un autre, également efficace mais beaucoup plus simple, puisqu'il peut être exécuté sans douleur et n'exige pas, par conséquent, l'emploi du chloroforme.

Pour pratiquer cette opération, on excise, de chaque côté du col, par une double section angulaire, un lambeau cunéiforme dont la base répond au pourtour de l'orifice externe et dont le sommet se trouve à 1 centim. 1/2 au-dessus de cet orifice dans la profondeur du col utérin. L'hémostase est assurée par une thermocautérisation légère; on panse à la gaze iodoformée et la guérison est complète en dix ou douze jours.

Ce procédé assure la béance du col sans cependant déterminer d'entropion, ce qui est important au point de vue des chances ultérieures de fécondation. Aussi notre confrère y a-t-il recours à l'exclusion de toute autre méthode, quand la déformation du museau de tanche n'est pas assez marquée pour nécessiter la réfection totale du col à l'aide d'un procédé autoplastique plus compliqué, tel que ceux de Schröder ou de Simon.

Insuffisance du flambage « au punch » pour la stérilisation du matériel opératoire et notamment des cuvettes.

Dans des recherches entreprises à la suite des expériences de M. le docteur Godin (médecin militaire français) sur la stérilisation des instruments et appareils chirurgicaux, MM. les docteurs Claudot, médecin-inspecteur de l'armée française, et Niclot, médecin de ladite armée, ont eu l'occasion de constater que le procédé si communément employé du flambage « au punch » constituait un mode de stérilisation réellement insuffisant. Ayant, en effet, versé 30 c.c. d'alcool à 95° dans une cuvette et « roulé » celle-ci pendant environ vingt secondes — ainsi que cela se pratique habituellement — après avoir allumé l'alcool, nos confrères n'ont obtenu qu'une température à peine suffisante pour déterminer la fusion de quelques fines aiguilles de naphtol qu'ils avaient disposées dans la cuvette. La plus haute température atteinte — encore ne l'a-t-elle guère été que pendant un temps très court — n'a pu dépasser 94°, point de fusion du naphtol.

Le flambage au punch ne saurait donc exercer aucune action sur les microbes, dans les conditions où l'on se place généralement. Aussi, des cultures du staphylocoque doré, de la bactéridie charbonneuse et du bacille du tétanos ont-elles gardé toute leur virulence, lorsqu'elles étaient flambées au punch en couches très minces et préalablement desséchées, et le résultat a été identique, que ces taches fussent recouvertes ou non d'un vernis de pus ou de sang, que l'action du flambage fût répétée à plusieurs reprises ou prolongée par l'augmentation de la quantité d'alcool employée.

Cela étant, MM. Claudot et Niclot estiment que le flambage au punch ne saurait être employé qu'à la condition d'un nettoyage préalable très rigoureux, et encore faudrait-il le compléter par le flambage direct sur la flamme d'une lampe à alcool.

Traitement du cancer cutané par introduction électrolytique de l'ion zinc.

Des essais de traitement du cancer cutané au moyen de l'introduction électrolytique de l'ion zinc ont été faits en Amérique à l'aide d'aiguilles en zinc que l'on enfonce dans les tissus. M. le docteur S. Leduc, professeur de physique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes, a obtenu par le même procédé la guérison rapide d'un cancroïde ayant envahi l'aile gauche du nez, de la narine jusqu'à la racine de l'organe, et qui depuis cinq ans ne faisait que progresser.

Notre confrère a simplifié le procédé en substituant aux aiguilles de zinc un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 1 %. Ce tampon, appliqué sur toute la surface de la lésion, était maintenu en place par une pince dont l'une des branches pénétrait dans la fosse nasale, tandis que l'autre serrait le tampon sur la face externe. Cette pince était reliée au pôle positif de la pile, l'électrode indifférente étant appliquée en un point quelconque du corps et mise en rapport avec le pôle négatif de la pile. On fit passer un courant de 8 milliampères pendant douze minutes. Les croûtes qui se détachèrent immédiatement après cette application laissèrent à vif une plaie légèrement saignante, et la cicatrisation fut complète au bout de dix jours.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'élongation nerveuse dans la maladie de Raynaud.

Depuis la remarquable monographie de Maurice Raynaud, la gangrène symétrique des extrémités est fort connue. Mais la rareté relative et l'étiologie plutôt médicale de cette affection font que les chirurgiens n'ont qu'exceptionnellement l'occasion de la traiter. Si, en tant que gangrène, on lui réserve bien une place dans les traités de pathologie externe, au point de vue thérapeutique on ne l'a guère soumise jusqu'ici qu'aux médications internes : c'est tout au plus si l'opérateur intervient pour séparer le mort du vif, quand le processus morbide en arrive aux eschares. Or, j'ai eu l'occasion de me convaincre que le traitement chirurgical est susceptible de fournir de bons résultats dans cette affection : ce traitement, que j'ai institué dans 2 cas, m'a paru assez heureux pour mériter peut-être de nouvelles tentatives.

I

C'est l'importance qu'acquièrent les troubles trophiques dans la symptomatologie de la maladie de Raynaud qui m'a conduit à essayer d'opposer à cette affection une méthode thérapeutique dont les bons effets sont assez généralement reconnus quand il s'agit de lutter contre des troubles de ce genre : je veux parler de l'élongation nerveuse.

Le premier cas où j'ai eu l'occasion de faire une tentative de ce genre concerne une femme de quarante-neuf ans; je serai bref sur cette observation, que j'ai publiée en détail, il y a quatre ans, dans un travail sur l'élongation nerveuse (1). La malade, dont l'affection était encore à son premier stade, avait de l'asphyxie des doigts, avec petits panaris sous-unguéaux, aspect lisse et brillant de la peau, ongles striés. Je fis des deux côtés l'élongation du cubital et du médian au poignet — je crus pouvoir me dispenser d'agir sur le radial, dont le domaine était à peu près intact —; cette intervention eut des suites fort simples, et le résultat en fut fort encourageant. J'ai revu plusieurs fois cette femme depuis lors; elle est restée assez sensible à l'égard du froid aux mains, mais elle n'offre plus aucun trouble trophique ni vasomoteur, et on peut en somme la considérer comme guérie.

Je relaterai avec quelques détails le second fait, car, en raison des conditions beaucoup plus graves dans lesquelles se trouvait la patiente, cette observation a une valeur démonstrative particulière.

Il s'agit encore d'une femme, âgée de trente-cinq ans, d'aspect souffreteux et débile : une claudication, due à une luxation congénitale de la hanche droite, ne faisait qu'augmenter la pénible impression que donnait sa vue.

Atteinte depuis quatre ans déjà, elle passait presque tout son temps assise au coin de son feu et tenait constamment ses extrémités supérieures enveloppées dans du coton et roulées dans son châle. Quand on découvrait ses mains, on constatait qu'elles étaient amaigries, avec des doigts effilés, enraidis, dont les extrémités — sauf pour l'auriculaire droit, le pouce et l'annulaire gauches — portaient des coques de sphacèle comprenant la moitié terminale de la dernière phalange.

Du côté de la pulpe on trouvait donc une plaque noire, sèche, flétrie, et sous l'ongle, sec et jaune, cette plaque transparaissait comme une véritable tache d'encre. Sur les deux index et le pouce droit, la gangrène s'étendait jusqu'au milieu du doigt.

Au début de la maladie, il s'était produit des attaques typiques de syncope et d'asphyxie locales. Mais, à l'heure présente, la main et les doigts gardaient constamment une teinte cyanotique. Ajoutons que la peau était recouverte de débris épithéliaux et de croûtes; cette dystrophie cutanée était due sans doute pour une bonne part au manque de soins convenables.

Depuis que la gangrène était apparue, cette femme éprouvait des douleurs violentes, à forme paroxystique, reparaissant chaque nuit, au point de déterminer une insomnie presque absolue. Par contre, elle n'offrait, ni aux mains ni dans le reste du corps, aucun trouble appréciable de la sensibilité, ce qui est assez rare dans la maladie de Raynaud (1).

Quant aux antécédents de la patiente, on peut dire qu'ils étaient nuls : si l'on en excepte son aspect chétif, sa luxation congénitale de la hanche et un peu de dyspepsie, il n'existait — pas plus chez elle que chez ses ascendants ou collatéraux — de tare pathologique et surtout nerveuse; ses règles étaient régulières et elle n'offrait aucun symptôme de tuberculose; jamais elle n'avait eu d'engelures. Au point de vue psychique, tout ce qu'on pouvait noter, c'était quelque dépression morale, bien naturelle vu l'impotence à laquelle elle se trouvait réduite depuis si longtemps.

Pendant les quatre années de sa maladie, elle avait subi les médications les plus variées, mais sans le moindre succès ni au point de vue curatif ni même au point de vue palliatif, car aucun analgésique n'était parvenu à la soulager d'une manière durable.

Tel était l'état de cette femme quand je commençai son traitement. Sa santé générale était alors réellement pitoyable : à force de s'étioler au fond d'un appartement, elle en était arrivée à ne presque plus pouvoir marcher. Elle offrait d'ailleurs, du côté des orteils, des tendances assez marquées à la syncope locale, se traduisant par des douleurs et une sensation constante de froid aux pieds.

Le diagnostic de maladie de Raynaud était donc évident, et les désordres observés ne pouvaient être considérés comme symptomatiques d'aucun autre état morbide connu. Mais, ici, l'affection en était arrivée à ses dernières étapes, celles de la gangrène et de l'élimination des eschares : çà et là se dessinaient en effet des sillons d'élimination.

En présence de cette patiente, il y avait lieu tout d'abord de se préoccuper des parties sphacélées. Comme les sillons d'élimination n'étaient pas encore absolument nets et que, par places, on pouvait se demander si la gangrène ne s'étendrait pas plus loin, je commençai par temporiser un peu.

Pendant cet intervalle, je tâchai de relever l'état général, de calmer les douleurs et j'imposai à la malade une série de petits soins hygiéniques, tant pour aseptiser ses mains que pour essayer d'en ranimer la circulation : lavages à l'eau chaude, décapage des croûtes épidermiques par le savon et une brosse douce, frictions modérées, pansements humides sur les eschares.

Au bout de quelques semaines, les douleurs devenant intolérables et les sillons s'étant creusés avec une certaine netteté, je me décidai à intervenir, mais sans escompter un bien brillant succès.

Au point de vue des douleurs, notamment, je ne pouvais guère espérer que la seule élongation nerveuse les ferait disparaître : une expérience antérieure m'avait appris en effet le peu de succès qu'il faut attendre de cette intervention dans les cas de gangrène douloureuse. En combinant l'élongation avec l'ablation des parties mortifiées, il y avait toutefois lieu de compter sur une amélioration, ne fût-ce que des phénomènes sensitifs.

Les deux interventions furent exécutées dans la même séance. Je commençai par l'élongation nerveuse du médian et du cubital au-dessus du ligament radio-carpien. Pensant qu'il serait peut-être bon de comprendre le radial dans ma tentative thérapeutique, afin d'obtenir un résultat plus complet, je fis une troisième incision pour découvrir ce dernier nerf au niveau de l'interstice musculaire séparant les muscles épicondyliens du triceps au-dessus du coude. A l'inverse de ce que j'avais constaté chez ma première opérée, dont les troncs nerveux étaient parfaitement normaux, le médian et le cubital me parurent un peu plus gros que de coutume et d'une teinte un peu plus foncée, presque rougeâtre. Les nerfs radiaux présentaient un aspect normal.

Après l'élongation, je me mis en devoir de compléter le travail d'élimination dont les extrémités digitales étaient déjà le siège. Au pouce droit et aux deux index, il fallut sacrifier près de la moitié du doigt. Ces amputations furent exécutées de la façon la moins typique, la moins élégante et la plus économique : après un léger ébarbement du sillon d'élimination, je refoulai les tissus à la rugine et j'arrachai ou rognai la phalange avec un davier. Mon but, en procédant ainsi, était d'ouvrir le moins de vaisseaux possible, d'éviter l'ébranlement des tissus et de prévenir une gangrène progressive. Pour les doigts autres que ceux que je viens de nommer, l'opération fut encore plus simple : il me suffit de pincer avec deux doigts la coque mortifiée et de l'arracher d'un coup avec l'ongle y attenant. Au-dessous, on trouvait une plaie assez régulière, déjà en voie de réparation et comprenant un fragment de phalangette, un lambeau de matrice unguéale et les restes de la pulpe digitale.

La guérison de ces plaies multiples se fit, il va sans dire, par seconde intention, mais il ne se produisit pas de gangrène secondaire. Quant aux incisions sur les trajets nerveux, elles se cicatrisèrent *per primam*. En ce qui concerne le nerf radial droit, il est probable que l'élongation avait été poussée un peu trop loin, car, durant cinq ou six semaines, la malade présenta de la paralysie des muscles radiaux; au bout de ce temps, la motilité reparut et, le traitement électrique aidant, il ne resta bientôt plus trace de cette complication.

Le premier résultat fonctionnel de l'opération fut tout d'abord de soulager beaucoup la malade : au niveau des doigts, elle éprouvait bien pendant la nuit des sensations assez pénibles, dues aux plaies multiples qu'elle y portait, mais les élancements, les picotements, et surtout les brûlures qu'elle y accusait jadis s'atténuèrent au point de disparaître bientôt. Pendant le jour, la sensation de froid aux mains, qui la tourmentait autrefois, s'améliora également. Notons cependant que, pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures après l'opération, elle avait éprouvé une sorte d'engourdissement généralisé de ses mains, phénomène qui est à mettre, selon toute apparence, au compte du tiraillement des nerfs.

Les plaies cicatrisées, la malade quitta l'hôpital, mais je continuai à m'occuper d'elle, à soigner son état général et à régler l'hygiène de ses mains.

A l'heure actuelle, elle va et vient, marche, travaille dans son intérieur, ce qu'elle avait cessé de faire depuis bien des années. La peau de ses mains est normale, sauf qu'elle offre un aspect légèrement cyanosé. Les cicatrices sont en excellent état et de petits moignons d'ongles ont repoussé sur les doigts le moins entamés. Il n'y a plus trace de troubles trophiques, si ce n'est en deux points où, sous l'influence des froids rigoureux du présent hiver, se sont développées deux petites gerçures. Les doigts sont encore raides, mais s'assouplissent peu à peu. Enfin, il n'y a plus de douleurs. Cette femme a toujours froid aux mains, mais alors que cette sensation l'obligeait autrefois à envelopper ses extrémités supérieures de châles ou de coton,

(1) R. de Bovis. Deux cas d'élongation nerveuse (maladie de Raynaud et gangrène des extrémités). (*Gaz. des hôpit.*, 8 février 1900.)

(1) M. Hell a relaté à la Société de médecine interne de Berlin (16 juillet 1900) un cas analogue, ayant abouti néanmoins à des paralysies des muscles interosseux et lombricaux.

elle vaque maintenant à ses quelques occupations sans gants ni mitaines.

En somme, dans ce cas, le résultat fut un peu moins satisfaisant que chez ma première opérée, mais si l'on tient compte de l'état général et local lamentable dans lequel se trouvait la patiente avant l'intervention, on ne pourra s'empêcher de trouver que celle-ci lui a rendu un signalé service. Elle est du reste la première à en convenir.

II

En présence d'un cas de gangrène symétrique des extrémités, due à la maladie de Raynaud, nous pensons donc qu'il y a mieux à faire que de recourir aux seuls palliatifs.

Il faut tout d'abord obliger les malades à prendre de leurs mains des soins hygiéniques convenables : par une extrême propreté, ils empêcheront les débris épithéliaux ou les vieux onguents de s'accumuler à la surface de leur peau, car c'est là une condition par trop adjuvante pour l'apparition des gerçures, crevasses ou ulcérations trophiques de toutes sortes. On s'efforcera ensuite de ramener dans la région une circulation plus active : les bains chauds, additionnés de tonifiants légers tels que le tannin, l'alun, la décoction de feuilles de noyer, l'eau de Cologne, les frictions alcoolisées ou camphrées, et la protection contre le froid par des onctions glycérinées répondront à cette seconde indication. Cette médication topique sera poursuivie avec mesure, afin de ne pas dépasser le but et de ne pas compromettre la vitalité de téguments que l'on veut au contraire rendre plus vivaces.

Après avoir ainsi relevé l'état local, et au besoin l'état général, on procédera à l'élongation nerveuse. Les résultats à peu près semblables que j'ai obtenus chez mes deux malades, bien que le nerf radial eût été compris dans l'opération chez la deuxième seulement, me donnent à penser qu'on peut se contenter d'agir sur le cubital et le médian au niveau du poignet. S'il existe des troubles trophiques, ce sera une raison de plus d'intervenir; la gangrène ne constituera pas une contre-indication. La prudence semble pourtant exiger, en pareille occurrence, qu'on ne tente l'ablation des parties sphacélées que quand la démarcation entre le mort et le vif sera suffisamment nette. Quant aux petites amputations rendues ainsi nécessaires, on les fera le plus économiques et le moins sanglantes que possible, de façon à ne pas troubler une circulation déjà si compromise : la méthode sous-périostée est, à ce point de vue, la méthode idéale.

De l'élongation nerveuse, il ne faut pas attendre des merveilles : elle ne guérit pas la maladie d'une manière radicale, mais elle peut donner une amélioration tellement évidente que cette peu dangereuse intervention vaut bien la peine d'être tentée. Dans le cas de gangrène, par exemple, il va sans dire qu'on ne peut lui demander la *restitutio ad integrum*; on ne peut espérer non plus, croyons-nous, la disparition des douleurs. Celles-ci, dans les gangrènes, sont dues sans doute à la névrite infectieuse développée au voisinage du sillon d'élimination : l'élongation sera sur elles de nul effet, puisque la source d'infection persiste. C'est ainsi que chez un homme, jeune encore, et atteint d'une gangrène du pied qui occasionnait des douleurs atroces, j'ai pratiqué jadis une élongation nerveuse, mais sans le moindre succès au point de vue de l'allégement des souffrances. Il est donc probable que dans la gangrène symétrique on n'obtiendrait guère mieux. Le seul remède à ces douleurs est dans l'ablation des parties sphacélées.

Par contre, l'élongation nerveuse semble être d'un précieux secours à l'égard du facteur dystrophique concourant probablement à l'apparition des eschares. Sous son influence j'ai vu, chez ma première malade, les petites ulcérations ou tournioles disparaître pour ne plus revenir, et, chez la seconde, les mains et les doigts faire preuve d'une vitalité suffisante pour amener la cicatrisation de petits lambeaux dont plusieurs semblaient à peine capables de vivre.

Mais la maladie de Raynaud n'est sans doute pas uniquement constituée par un trouble de l'innervation trophique. Une cause, encore inconnue, semble agir en même temps sur la circulation, et la meilleure preuve en est que, chez mes deux patientes, la guérison des lésions trophiques ne fut suivie que d'une simple amélioration des troubles vasomoteurs. Toutes deux, bien que leurs mains se soient quelque peu réchauffées, qu'elles n'éprouvent plus de crises alternatives de syncope et d'asphyxie locales, toutes deux ont gardé les mains froides et d'une teinte subcyanotique. De ce côté donc, l'élongation ne donnera peut-être que des résultats incomplets.

Aussi fera-t-on bien de continuer, après l'opération, au moins de temps à autre, les frictions, les bains, les onctions, afin d'essayer d'entretenir au niveau des mains une circulation plus active.

III

En terminant, je tiens à insister sur la constatation anatomo-pathologique que j'ai faite chez ma seconde malade : les nerfs — sauf les radiaux — étaient un peu gros et légèrement rougeâtres. Cette constatation s'accorde avec l'hypothèse de MM. Pitres et Vaillard qui font de la gangrène symétrique une névrite périphérique. Elle est également en harmonie avec quelques autopsies que le hasard a permis de pratiquer. Dans un cas cependant, M. Thiersch (1) n'a trouvé que de l'artériosclérose et, dans un autre, M. Vedrelli (2) n'a pu déceler aucune altération nerveuse. Aussi peut-on se demander si les névrites signalées jusqu'ici ne sont pas secondaires plutôt que primitives.

Ceci ne veut pas dire que nous niions l'origine nerveuse de la maladie de Raynaud. Bien au contraire. Nous pensons qu'il existe un groupe homogène de faits, dans lesquels un trouble quelconque du système nerveux aboutit aux crises de syncope et d'asphyxie locales et aux gangrènes consécutives. Et c'est à ce groupe qu'on doit réserver, pensons-nous, les tentatives chirurgicales que nous préconisons. De nos jours, en effet, on a prétendu que la maladie de Raynaud n'est qu'un syndrome et, en fait, on l'a rencontrée dans plusieurs affections nerveuses (scléroses médullaires), organiques (cancer de l'estomac, néphrites, artériosclérose), infectieuses (fièvre typhoïde, scarlatine, syphilis). Toutefois, à côté des cas de ce genre, il est une série de gangrènes symétriques absolument indépendantes de toute affection pathologique préexistante, ne paraissant dépendre que de troubles vasomoteurs et trophiques. C'est dans ces maladies de Raynaud proprement dites — et primitives, à notre avis — qu'on a le plus de chances d'obtenir de bons résultats opératoires. Si l'intervention échouait dans les autres variétés de l'affection, il ne faudrait pas en être surpris.

Dr R. DE BOVIS,
Professeur à l'Ecole de médecine de Reims.

(1) J. THIERSCH. Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten (Raynaud'sche Krankheit); Tod infolge von Apoplexie; Arteriosclerose. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 nov. 1895.)

(2) C. VEDRELLI. Contributo allo studio dell'asfissia e gangrena simmetrica delle estremità (morbo di Raynaud). (*Arch. ital. di clinica med.*, XXXV, 1.) — Ce mémoire est analysé dans le *Central-Blatt für innere Medicin* du 3 avril 1897.

MÉDECINE PRATIQUE

La paracentèse immédiate du tympan est-elle indiquée dans tous les cas d'otite moyenne aiguë ?

C'est presque un aphorisme thérapeutique, que la paracentèse du tympan doit être pratiquée sans retard dans l'otite moyenne aiguë, au même titre, par exemple, que l'iridectomie dans le glaucome aigu; la ponction de la membrane tympanique aurait en effet pour résultat, de l'avis des classiques, de calmer les douleurs souvent intolérables que provoque l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne et constituerait en même temps le meilleur procédé pour enrayer cette affection.

Naguère, cependant, une voix discordante s'est fait entendre : M. le docteur E. Zaufal, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté allemande de médecine de Prague, déclarait que la paracentèse du tympan est non seulement inutile, mais encore fréquemment nuisible. Il avait en effet remarqué que, dans certains cas d'otite moyenne aiguë où, pour une cause ou pour une autre, il ne lui avait pas été possible de pratiquer la paracentèse immédiate, la maladie avait affecté une allure cyclique rappelant quelque peu celle de la pneumonie et aboutissant à la guérison au bout de huit jours environ, sans perforation spontanée de la membrane du tympan. Frappé de ce fait, et désirant en avoir la confirmation en quelque sorte expérimentale, notre confrère s'abstint dès lors systématiquement de faire la paracentèse, se contentant de l'emploi de moyens palliatifs (compresses chaudes à l'acétate d'alumine) et dans tous les cas traités de la sorte il aurait obtenu de bons résultats. L'examen bactériologique lui fournit d'ailleurs un argument en faveur de sa manière de voir : d'après ses recherches, l'exsudat de la caisse renfermerait, durant les premiers jours, le diplocoque de Fränkel-Weichselbaum et le pneumocoque de Friedländer, et ce n'est que pendant la phase de la suppuration qu'il put constater la présence de staphylocoques et de streptocoques.

L'opinion de M. Zaufal ne fut pas sans soulever de sérieuses objections. On fit observer notamment que l'abstention de la paracentèse était de nature à favoriser la rétention du pus et les complications mastoïdiennes. A quoi M. Zaufal et ses élèves — notamment M. le docteur Piffl, privatdocent d'otologie à la Faculté allemande de médecine de Prague — répondirent que les complications mastoïdiennes dépendaient moins de la rétention du pus que de la nature de l'infection et de la virulence des microorganismes. La suppuration se localiserait d'emblée dans l'apophyse mastoïde, et ce n'est pas la petite ouverture pratiquée dans la membrane du tympan qui pourrait permettre l'évacuation d'une collection profonde et multiloculaire comme l'abcès mastoïdien.

Au total, il semble bien cependant que la tentative du professeur d'otologie de Prague ne rencontra pas beaucoup de faveur, et la doctrine interventionniste continua à réunir la grande majorité des suffrages.

Or, voici qu'une nouvelle manière de voir — sans doute plus près de la vérité, car elle est également distante des deux opinions extrêmes — vient d'être exprimée par M. le docteur B. Heine, privatdocent d'otologie à la Faculté de médecine de Berlin. S'appuyant sur les faits qu'il a observés à la clinique de M. le professeur A. Lucae, notre confrère déclare, il est vrai, n'avoir jamais constaté l'évolution cyclique de l'otite moyenne aiguë, qu'a décrite M. Zaufal. Bien loin de partager les préventions de ce dernier à l'égard de la paracentèse du tympan, il ajoute qu'il a vu l'affection dont il s'agit guérir facilement et rapidement lorsque, après ponction de la membrane tympanique, on s'abstient de toute autre intervention intempestive (injection, insufflation d'air dans la caisse à travers la trompe d'Eustache) qui ne pourrait que favoriser la transformation purulente de l'exsudat : il se contente de mettre les malades au lit, de prescrire des compresses chaudes à l'acétate d'alumine, d'introduire dans le conduit auditif des bandelettes de gaze stérilisée qu'il change plus ou moins souvent, selon l'abondance de l'écoulement séreux. Quant aux com-

plications mastoïdiennes, notre confrère pense qu'il existe certainement des cas où, comme le soutient M. Zaufal, ces complications surviennent d'emblée, et ici la paracentèse même précoce est impuissante à les prévenir ou à les guérir. Toutefois ces cas constitueraient l'exception : le plus souvent il n'existerait au début qu'une inflammation de la muqueuse des cellules mastoïdiennes et du tissu osseux, sans suppuration, et M. Heine est d'avis qu'en pareille occurrence la paracentèse de la membrane du tympan non encore perforé ou l'agrandissement d'une perforation déjà existante procurent un soulagement considérable.

Mais de ces faits incontestables doit-on conclure qu'il faut pratiquer la paracentèse *immédiate* de la membrane du tympan dans *tous* les cas d'otite aiguë? M. Heine ne le croit pas, car cette intervention ne pouvant se faire dans des conditions d'asepsie parfaite, on risque toujours d'infecter la caisse et de transformer la sécrétion séreuse en sécrétion purulente. Aussi recommande-t-il au début, tant que les douleurs sont supportables, qu'il n'y a pas de fièvre et que la coloration de la membrane du tympan permet d'affirmer la nature séreuse de l'exsudat, de se contenter d'un traitement expectatif. Ce n'est que si les douleurs s'aggravent au point de troubler le sommeil, s'il survient de la fièvre et de la sensibilité au niveau de la région mastoïdienne, que la paracentèse doit être pratiquée sans plus de retard.

Cette opinion éclectique trouve d'ailleurs sa confirmation dans une petite statistique récemment publiée par un autre otologiste allemand, M. le docteur D. Schwabach (de Berlin) : sur un total de 95 cas d'otite moyenne aiguë, sans perforation spontanée du tympan, qu'il a eu l'occasion d'observer en quelques mois, 59 fois, soit dans 62.1 % des cas, M. Schwabach crut pouvoir se dispenser de faire la paracentèse; or, plus de la moitié de ces malades guérirent en huit jours, et 80 % étaient rétablis au bout de la deuxième semaine. La guérison fut plus longue chez les patients traités par la ponction, ce qui s'explique d'ailleurs facilement, la plupart de ceux-ci offrant quelque complication.

Ainsi donc, si la méthode résolument abstentionniste de M. Zaufal paraît exagérée, on peut admettre qu'il en est de même de l'interventionnisme systématique que préconisent les classiques : c'est en somme, ici comme en toutes choses, un sage opportunisme qui doit inspirer la décision thérapeutique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1904.

De l'inflammation dans les néoplasmes épithéliaux.

M. Cornil. — Je désire rappeler, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Dentu, qu'on peut distinguer trois grandes variétés inflammatoires d'épithéliomes. Dans la première, qui s'accompagne d'une suppuration visible à l'œil nu, il s'agit le plus souvent de tumeurs de la bouche, du pharynx, du col utérin, etc.; en pareil cas, à côté de microbes plus ou moins variés et plus ou moins abondants, on trouve toujours une quantité considérable de pus infiltrant le néoplasme et les ganglions qui l'accompagnent.

La seconde variété d'épithéliomes enflammés est caractérisée par une accumulation de leucocytes polynucléaires ne donnant pas à l'œil nu l'apparence du pus. Ces leucocytes siègent dans l'intérieur des alvéoles de l'épithélium tubulé à cellules polymorphes, dans le cancer du sein par exemple. Souvent ces alvéoles sont tapissés, en outre, de cellules épithéliales non desquamées. Les mêmes petits abcès microscopiques se rencontrent dans les alvéoles de l'épithélium à cellules cylindriques.

Enfin, dans une troisième catégorie de cas, on se trouve en présence d'une inflammation subaiguë ou chronique, localisée autour des parties mortifiées ou calcifiées de la tumeur épithéliale. On observe alors un tissu conjonctif de nouvelle formation contenant parfois des leucocytes polynucléaires; au bord des cellules ou îlots épithéliaux mortifiés, on constate, en outre, de grandes cellules géantes multinucléées.

De la médication acide duodénale.

M. Enriquez donne lecture d'un travail dans lequel, après avoir rappelé les propriétés à la fois excito-sécrétoires et excito-motrices de la sécrétine mise en contact avec un acide, il communique les résultats qu'il a obtenus chez 16 dyspeptiques traités par la médication acide duodénale au moyen d'acide tartrique contenu dans des capsules de gluten.

Chez 7 de ces malades, pour lesquels la constipation était le symptôme dominant, la médication acide duodénale est parvenue à régulariser les selles.

Dans 5 cas, à la constipation se joignaient des signes de colite membraneuse qui furent également améliorés en très peu de temps.

Enfin, dans 3 cas de dyspepsie nervo-motrice, la même médication eut une influence favorable des plus rapides sur les symptômes subjectifs : pesanteur, somnolence, gonflements, etc.

Application thérapeutique du radium dans quelques affections nerveuses.

M. A. Darier lit une note dans laquelle il dit que, chez 2 malades atteints de névroses convulsives, les attaques, qui se renouvelaient tous les jours chez l'un et trois ou quatre fois par semaine chez l'autre, ont cessé après l'application sur les tempes de tubes contenant du radium.

De même, dans un cas de pseudo-ataxie neurasthénique et dans un cas de paralysie faciale récente, la guérison aurait été obtenue du jour au lendemain.

L'activité du radium employé variait de 10 à 7,000 unités. Avec les faibles intensités, on laissait agir les tubes contenant le radium pendant trois ou quatre jours, et même jusqu'à quinze jours, la douleur reparaissant parfois peu de temps après la cessation des applications. Avec des intensités de 1,000 à 7,000 unités, la durée de la pose a été de deux à six heures par jour.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1904.

De l'appendicite chronique.

M. Lejars. — Dans sa communication, M. Guinard a visé trois points principaux : 1° la fréquence des appendicites méconnues; 2° la coexistence fréquente de l'appendicite avec d'autres lésions des organes abdominaux, les douleurs étant souvent en pareil cas d'origine appendiculaire; 3° la nécessité d'examiner l'appendice dans toute laparotomie et d'enlever celui-ci quand on conçoit des doutes sur son état.

Pour ma part, j'ai pris depuis quelque temps l'habitude d'enlever systématiquement l'appendice, chaque fois que je fais une laparotomie. Si j'avais toujours agi de la sorte, je n'aurais pas vu mourir d'une appendicite perforante une femme que j'avais opérée six mois auparavant pour un fibrome utérin.

Quant aux faits d'appendicite chronique méconnue, ils sont certainement très fréquents. C'est ainsi que j'ai opéré une jeune fille qui, depuis longtemps, souffrait beaucoup au moment des règles et chez laquelle j'avais pu constater un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite, au niveau de l'appendice; celui-ci était réellement très malade et après son ablation les douleurs ne se sont plus jamais reproduites. Chez une autre jeune fille, qui souffrait également au moment des règles, j'ai enlevé aussi un appendice malade, ce qui a procuré une guérison complète.

Quant au terme d'appendicalgie que notre collègue a employé, je pense qu'il ne pourrait s'appliquer qu'aux cas de douleurs appendiculaires sans lésion de l'appendice : après avoir entendu le début de la communication de M. Guinard, je croyais qu'il allait nous parler de l'appendicite hystérique, dont Rendu a relaté quelques exemples. Chez les hystériques, d'ailleurs, il y a des points douloureux ovariens qui simulent tout à fait la douleur appendiculaire.

Pour dire toute ma pensée, je ne pense pas qu'il faille, à l'exemple de M. Guinard, considérer la douleur comme le signe principal de l'appendicite, car, d'une part, nous ne connaissons pas le pourquoi de la douleur dans l'appendicite, et, d'autre part, de nombreuses causes peuvent déterminer de la douleur au niveau du point de McBurney; j'ai observé notamment cette localisation douloureuse dans des cas de typhlite stercorale, où l'évacuation de l'intestin a amené immédiatement la disparition du point douloureux; je l'ai également constatée dans un cas de pneumonie. J'ai même pratiqué une fois l'appendicectomie au début d'une fièvre typhoïde, ayant cru que le point douloureux dans la fosse iliaque droite, dont se plaignait la malade, témoignait d'une lésion de l'appendice.

Craquements sous-scapulaires traités par l'interposition musculaire interscapulo-thoracique.

M. Rochard. — Je dois vous faire un rapport sur une observation de M. Mauclaire, concernant une jeune fille de dix-sept ans qui présentait des craquements sous-scapulaires accompagnés de douleurs localisées. Notre confrère pratiqua une intervention exploratrice, qui ne lui permit de constater rien de particulier, sauf l'existence d'une petite bourse séreuse; il se décida alors à faire une interposition musculaire interscapulo-thoracique. Six semaines après cette opération, la malade allait tout à fait bien et les craquements avaient complètement disparu.

Ce cas, malgré l'exploration directe, n'apporte aucun éclaircissement à la pathogénie des frottements sous-scapulaires, puisque M. Mauclaire n'a trouvé qu'une bourse séreuse qui n'offrait rien d'anormal.

M. Nélaton. — J'ai observé plusieurs exemples de frottements sous-scapulaires, et j'ai essayé de les traiter par des mouvements forcés. Quant à leur pathogénie, je crois que ces craquements sont parfois en rapport avec une lésion tuberculeuse; j'ai eu, en effet, l'occasion de voir un fait de ce genre se terminer par un abcès tuberculeux.

M. Kirmisson. — J'ai également constaté, dans un cas de frottements sous-scapulaires, le développement ultérieur d'un volumineux abcès froid, et je pense, comme M. Nélaton, qu'il doit y avoir souvent des connexions étroites entre la production des craquements sous-scapulaires et l'existence d'une lésion tuberculeuse.

M. Walther. — J'ai vu aussi, pour ma part, un cas de frottements sous-scapulaires évoluer sous forme d'abcès froid. Ces frottements peuvent cependant s'observer en dehors de la tuberculose; je me souviens d'en avoir constaté un exemple très net chez un syphilitique.

Jéjunostomie en Y.

M. Schwartz. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de jéjunostomie qui nous a été communiquée par M. Riche. Dans 2 cas antérieurs, notre confrère avait pratiqué la jéjunostomie latérale, pour cancer gastrique inopérable. Dans un troisième fait — qui est l'objet de ce rapport , il a exécuté, chez un de mes malades, une jéjunostomie en Y, également pour un cancer étendu de l'estomac, suivant une technique déjà employée par Maydl. La survie de l'opéré a été de trois mois, mais nous avons constaté à plusieurs reprises le reflux de la bile ou des aliments introduits par la bouche intestinale.

Je dois ajouter que la gastro-entérostomie reste, à mon avis, l'opération de choix dans tous les cas de cancer stomacal qui ne sont pas justiciables d'une ablation; la jéjunostomie ne trouve donc son indication, comme opération palliative, que lorsque les lésions cancéreuses sont trop étendues pour permettre l'anastomose gastro-intestinale; c'est là, d'ailleurs, la conclusion qui se dégage de la communication que M. Terrier nous fit sur ce sujet, il y a six ans (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 460).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 février 1904.

L'hypertension artérielle et ses conséquences au cours de l'intoxication saturnine aiguë, de l'éclampsie et de l'urémie.

M. Ménétrier. — M. Vaquez a fait allusion, dans la dernière séance, à un malade de mon service qui a présenté une hypertension artérielle au cours d'une encéphalopathie saturnine.

Il s'agit d'un homme de vingt et un ans, polisseur d'étain, qui avait déjà été atteint trois fois de colique saturnine avant d'entrer à l'hôpital et qui était, en outre, entaché d'alcoolisme. Ce malade, à son arrivée, se trouvait dans un état d'obnubilation intellectuelle très prononcée, et répondait à peine aux questions. Il présentait un bruit de galop au niveau du cœur, mais on ne trouva pas d'albumine dans ses urines. Sa tension artérielle, qui était de 26 centimètres le jour de son entrée, atteignait le lendemain 30 centimètres; la nuit qui suivit, le patient eut une attaque convulsive et le surlendemain, bien que la tension fût descendue à 26 centimètres, il s'en produisit encore deux. Le malade succomba vingt-quatre heures après dans le coma. Un peu avant la mort, on trouva des traces non dosables d'albumine dans les urines : celles-ci contenaient, en outre, 0 gr. 0003 décimilligr. de plomb ‰, 22 grammes de chlorures et 14 grammes d'urée.

A l'autopsie, on constata un œdème du cerveau, une hypertrophie du ventricule gauche, une étroitesse généralisée de l'aorte et une congestion des reins. Les capsules surrénales n'étaient le siège d'aucune altération, ni macroscopique ni microscopique. On reconnut, en outre, la présence d'une petite quantité de plomb dans la plupart des viscères.

En présence de ces résultats, je crus devoir rattacher les accidents observés pendant la vie à l'œdème du cerveau constaté à l'autopsie, qui était lui-même la conséquence de l'exagération de la tension artérielle. Quant au mécanisme de cette hypertension, il me semble bien difficile de l'attribuer à un hyperfonctionnement des capsules surrénales, puisque ces organes n'étaient le siège d'aucune altération, et l'hypothèse qui me semble la plus vraisemblable est qu'elle était due à une sorte d'action élective du plomb sur les appareils nerveux périphériques.

M. Dufour. — La communication de M. Vaquez m'engage à vous citer le cas d'un de mes malades, atteint de sclérose rénale et qui présenta à diverses reprises de l'hémianopsie transitoire. Cet homme ayant succombé, on trouva à l'autopsie des lésions de néphrite interstitielle, une tuméfaction avec bosselures des capsules surrénales et enfin, au niveau du lobe occipital gauche, des altérations qui rendaient compte de l'hémianopsie observée pendant la vie.

Je crois donc, en raison de cette dernière particularité, que dans les encéphalopathies partielles ou généralisées dites urémiques, il faut compter avec un état organique antérieur, sans lequel on ne pourrait expliquer des localisations morbides cérébrales survenant sous l'influence d'une cause aussi générale que l'intoxication ou l'hypertension artérielle.

De l'exagération du pouvoir toxique du bromure de potassium sous l'influence de la déchloruration dans un cas d'épilepsie.

M. Merklen. — Chez un épileptique que j'ai observé avec M. Heitz, nous avons constaté que la dose de bromure de potassium nécessaire pour juguler les accès (11 grammes par vingt-quatre heures) déterminait au bout de quelques jours des phénomènes d'intoxication. Le malade ayant été alors soumis à un régime hypochloruré, la suppression des accès a pu être obtenue avec une dose réduite de 5 grammes de bromure par jour; la diminution des chlorures a donc été suivie d'une exaltation manifeste de l'action thérapeutique du bromure de potassium, conformément aux faits avancés par MM. Richet et Toulouse. Mais nous avons alors remarqué que l'action toxique de ce médicament commençait à se manifester à la dose de 3 grammes et qu'à celle de 5 grammes elle s'exagérait au point d'obliger à suspendre le traitement.

Cette exagération des propriétés toxiques du bromure de potassium nous semble contre-indiquer l'emploi de la méthode de la déchloruration chez les sujets qui ne supportent pas les hautes doses de bromure nécessaires pour arrêter leurs accès.

M. Toulouse. — J'ai déjà signalé plusieurs fois l'augmentation de la toxicité du bromure de potassium administré pendant l'hypochloruration. Lorsque cette hypochloruration est très stricte, l'action toxique du bromure peut apparaître avec 3 et même 2 grammes du médicament : aussi, quand on soumet au régime lacté un malade bromuré, faut-il avoir soin de diminuer sa dose de bromure. Il n'en reste pas moins établi que si, à la suite de l'hypochloruration, de petites doses de bromure ont des effets toxiques plus marqués, leur action thérapeutique est également accrue.

Coryza albuminurique amélioré par l'hypochloruration.

M. Jacquet relate l'observation d'un homme atteint d'albuminurie légère sans trace d'œdème, chez lequel survint un coryza intense et persistant, accompagné d'insomnie, d'abattement, etc. Tous les moyens mis en œuvre pour faire cesser ce coryza ayant échoué, on eut recours au régime hypochloruré, et presque immédiatement l'écoulement nasal se tarit; le retour au régime alimentaire le fit réapparaître; il céda de nouveau à une seconde cure d'hypochloruration.

M. Ballet lit une note dans laquelle il insiste sur la nécessité de traiter d'une façon active et précoce les paralysies et la plupart des accidents hystériques par la rééducation au moyen de l'électricité faradique ou galvanique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 février 1904

La tension artérielle et la pathogénie de l'œdème.

M. Laufer. — Chez deux malades atteints, l'un de néphrite interstitielle passée à l'état aigu à la suite d'un refroidissement, l'autre de néphrite parenchymateuse, nous avons substitué au régime lacté, qui paraissait à peu près inactif, un régime hypochloruré spécial. A la suite de ce nouveau régime alimentaire, l'œdème ne tarda pas à disparaître, mais en même temps la tension sphygmomanométrique s'élevait de 22 à 34 chez le premier malade, de 18 à 30 chez le second; elle ne s'abaissa au chiffre normal que lorsque le taux des urines augmenta. Il y avait donc une sorte d'antagonisme entre la pression artérielle et la quantité des urines.

Au bout de quelques jours, tout en maintenant le régime hypochloruré, nous avons fait absorber à nos deux malades 2 litres d'eau dans une matinée. Le soir même, la pression artérielle remontait et le lendemain l'œdème réapparaissait. L'addition de 10 grammes de sel au régime a été suivie des mêmes résultats.

Il résulte de ces observations que dans la formation des œdèmes il faut tenir compte non seulement de la quantité de sel, mais aussi de celle du liquide absorbé. En second lieu, l'élévation de la pression sanguine ayant toujours précédé l'apparition de l'œdème et suivi la disparition de celui-ci, on est amené à penser que c'est la pression vasculaire qui est l'élément déterminant des œdèmes. On comprend que, par suite de l'exagération de la pression, le liquide ne pouvant passer par le rein passe dans le tissu cellulaire. Le malade « urine » pour ainsi dire dans son tissu cellulaire.

Hypertension artérielle et rétention chlorurée.

MM. Ambard et Beaujard. — Il y a des relations si étroites et si constantes entre la rétention chlorurée et l'hypertension artérielle qu'on peut dire que tout individu capable de faire de la rétention chlorurée est, du même coup, capable de faire de l'hypertension artérielle. Ainsi s'explique que les brightiques, qui sont capables des plus grandes rétentions chlorurées, soient également capables des plus grandes hypertensions. Pour les mêmes raisons, on peut observer de l'hypertension chez les tuberculeux (malades à tension basse) si on arrive à les chlorurer, ce qui est possible lorsqu'ils ont un léger degré de néphrite. Les mêmes considérations rendent compte des baisses subites de la pression artérielle au moment des crises polychloruriques de la défervescence de toutes les maladies infectieuses. Elles expliquent également l'effet nul de la digitale chez les individus sains et l'effet hypotenseur de ce médicament chez les malades en surcharge chlorurée qui déchargent leur chlorure après la médication.

Le régime carné est sans influence, au moins temporaire, sur la tension, si l'on n'y joint pas de sel.

De l'amibe de la dysenterie et des abcès tropicaux du foie.

M. Verdun. — J'ai eu l'occasion d'examiner récemment le contenu d'un abcès du foie, provenant d'un ancien dysentérique ayant séjourné en Cochinchine. Dans le but de déterminer l'agent pathogène, j'ai recueilli dans un premier tube stérilisé une certaine quantité du liquide purulent, et, dans un deuxième tube, le produit du raclage de la paroi de l'abcès.

Les cultures du contenu du premier tube sont toutes restées stériles.

Au contraire, le contenu du deuxième tube, examiné à l'état frais, nous a laissé voir, sous un fort grossissement, des masses plasmodiques mobiles ayant bien l'aspect d'amibes. En outre, par la méthode de coloration employée pour l'étude des protozoaires du sang, nous avons vu nettement, au milieu des globules rouges et des leucocytes, des amibes parfaitement reconnaissables à leur dimension, à leur forme arrondie, à leur protoplasma coloré en bleu foncé et à leur volumineux noyau.

Ces caractères permettent d'affirmer qu'il s'agissait de cette variété particulière d'amibe de l'intestin (*Amœba coli*) qui produit une forme clinique spéciale de dysenterie (dysenterie amibienne ou tropicale) à marche généralement chronique et différente des dysenteries bacillaires; plus fréquente dans les pays chauds, elle peut cependant s'observer dans tous les climats, de sorte que le nom de « dysenterie tropicale » qu'on lui attribue parfois est tout à fait impropre. Cette affection se complique fréquemment d'abcès du foie dans le contenu desquels, ainsi que je l'ai constaté chez mon malade, on retrouve très souvent la même amibe seule ou associée à des bactéries.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 3 février 1904.

L'épithélioma chorio-ectodermique, tumeur maligne par inclusion fœtale.

M. L. Pick. — On sait que les tératomes se développent aux dépens de germes embryonnaires aberrants; d'autres tumeurs congénitales proviennent non des trois feuillets embryonnaires, mais seulement de l'un d'eux. La chose a été jusqu'ici démontrée pour le « goitre de l'ovaire »; je me suis demandé si d'autres tissus que le tissu thyroïdien ne seraient pas susceptibles de donner aussi naissance à des tumeurs tératomateuses, en particulier des glandes sexuelles.

Un tissu qui m'a paru à même de jouer ce rôle est le tissu chorio-épithélial dont la présence a été constatée dans des tumeurs complexes du testicule ou de l'ovaire. Mais des productions chorio-épithéliomateuses ayant été signalées dans des cas de môle tubaire par avortement tubaire interne, il faut, pour admettre la nature tératomateuse des tumeurs chorio-épithéliomateuses, ou bien les rencontrer chez de jeunes sujets, ou bien reconnaître qu'elles sont en rapport direct avec d'autres productions tératomateuses d'origine ectodermique.

Au point de vue pathogénique, la question se pose de savoir par quel processus anatomique le tissu chorio-épithélial parvient à étouffer les autres tissus tératomateux qui lui sont primitivement associés, pour arriver à constituer à lui

seul une tumeur d'une espèce particulière. L'étude de l'évolution des cellules de Langhans que l'on observe dans nombre de tératomes chorio-épithéliomateux permet de résoudre ce point : comme il est facile de le constater sur les préparations que je présente, les éléments en question peuvent prendre une disposition alvéolaire, constituant un carcinome à glycogène ou un sarcome alvéolaire avec petits lymphocytes abondants, contenus dans un stroma fibrillaire; ou bien se disposer en formations kystiques et papillaires recouvertes d'une ou de plusieurs couches irrégulières d'éléments riches en glycogène; ou bien enfin, entourer d'une couche angiosarcomateuse ou périthéliomateuse les vaisseaux sanguins. Cela étant, je crois que bien des cas décrits jusqu'ici comme carcinome, sarcome alvéolaire, kyste, angiosarcome, périthéliome, endothéliome de l'ovaire ou du testicule ressortissent en réalité aux tumeurs chorio-épithéliomateuses.

Voici 7 néoplasmes de ce genre : 5 proviennent de l'ovaire et concernent des malades opérées à la clinique de M. Landau (3 sont solides, 2 mêlés de cavités kystiques de dimensions variables), 2 — tous deux solides — du testicule.

M. L. Landau. — Les tumeurs chorio-épithéliomateuses que vient de décrire M. L. Pick ont aussi un intérêt clinique, comme le démontre ce fait que j'aie pu en opérer 5 cas avec M. Th. Landau. Elles offrent deux caractéristiques : en premier lieu, leur apparition chez de jeunes sujets; mes malades avaient respectivement seize, dix-sept, vingt et un, vingt-quatre, et trente-six ans; en second lieu, leur malignité : une seule de mes patientes a survécu, et elle est opérée depuis moins d'un an, les 4 autres ont succombé au bout d'un an au maximum, à la récidive ou à la généralisation (surtout péritonéale et pulmonaire).

En ce qui concerne la fréquence de l'épithélioma chorio-ectodermique, je puis dire que mes 5 cas ont été observés sur un total de 28 tumeurs solides de l'ovaire, ce qui donne une proportion de plus de 15 %. A mon avis, les sarcomes de l'ovaire à cellules rondes, chez les jeunes sujets, et aussi les cancers et les sarcomes alvéolaires du testitule chez les enfants, doivent être considérés comme tumeurs chorio-épithéliomateuses.

M. von Hansemann. — Je ne suis pas convaincu qu'il s'agisse bien de cellules de Langhans dans les préparations que nous a montrées M. Pick; en tous les cas, l'origine ectodermique de ces éléments ne saurait faire de doute.

M. Westenhöffer. — J'ai observé une métastase au niveau de l'épaule chez un homme atteint d'une tumeur du testicule; j'y ai trouvé des productions ectodermiques avec des cellules de Langhans et des cellules géantes à caractères congénitaux, irrégulièrement disposées.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 13 février 1904.

Etiologie de la dysenterie.

Dans la séance du 11 février de la Société de médecine interne et de pédiatrie, **M. L. Jehle** a relaté les résultats des recherches bactériologiques qu'il a entreprises avec M. Charleton sur des selles dysentériques, diarrhéiques et normales.

Dans 5 cas de dysenterie, ils ont trouvé constamment le bacille dysentérique de Shiga et Kruse, et le sérum des malades agglutinait ce bacille. Trois fois l'orateur a pu observer des infections dysentériques, dont une contractée à l'occasion de l'autopsie de dysentériques et deux autres produites par des cultures pures du bacille. Chez 2 des malades ainsi infectés, on a trouvé le bacille de Kruse seul; dans le troisième cas (concernant l'orateur lui-même), ce microorganisme était associé au bacille de Flexner. Le sérum de l'un de ces sujets agglutinait exclusivement le bacille de Kruse; avec celui des deux autres, l'agglutination fut obtenue à l'égard du bacille de Kruse et du bacille de Flexner.

Dans plusieurs faits d'intoxication par de la viande, on ne trouva que des bactéries analogues à celle de Flexner et le sérum de ces malades n'agglutinait que les cultures de ce microbe.

Dans 2 cas de diarrhée simple et dans une selle normale, M. Jehle a trouvé des microbes qui ne se distinguent ni morphologiquement ni par la séroréaction du type de Flexner.

De ses recherches, l'orateur conclut que l'étiologie de la dysenterie n'est pas univoque, parce qu'on constate dans les selles tantôt l'un, tantôt l'autre des agents pathogènes qui ont été décrits par différents auteurs, et parce qu'en outre des bactéries analogues à celles de la dysenterie peuvent se trouver dans les diarrhées simples et même dans les selles normales. La recherche du pouvoir agglutinatif donnant des résultats variables, on ne saurait employer ce procédé comme moyen de diagnostic.

M. Leiner dit avoir eu l'occasion d'examiner 6 enfants atteints de dysenterie, dont 2 ont succombé; dans ces cas, on a trouvé le bacille de Flexner. D'après ses recherches, l'orateur croit aussi que la dysenterie n'est pas toujours provoquée par le même agent.

M. Escherich fait observer que l'examen bactériologique des selles est important surtout au point de vue du diagnostic entre la forme sporadique et la forme endémique de la dysenterie.

Nouveau procédé d'anastomose du tube digestif sans ouverture de la lumière de ce canal.

Dans la séance du 12 février de la Société des médecins de Vienne, **M. Sago** (du Japon) a décrit un procédé d'anastomose du tube digestif, reposant sur ce fait que la résistance de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin est si grande, que l'apposition de deux anses, chez le chien ou le singe, ne détermine jamais une perforation spontanée. Pour obtenir une anastomose par la méthode de l'apposition, il faut déterminer la nécrose de la muqueuse au moyen du thermocautère ou mieux du nitrate d'argent. Le procédé est très simple et peut être pratiqué sans l'aide d'assistants. Au bout de deux jours, l'anastomose est complète.

La méthode peut être appliquée dans tous les cas où il n'est pas nécessaire d'établir une communication immédiate. Le plus grand avantage de cette manière d'agir consiste en ce qu'on peut se dispenser de nettoyer l'intestin avant l'opération, et qu'on évite ainsi les accidents de collapsus.

Extirpation de la couche musculaire de l'intestin.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. A. Kreidl** a présenté un chien auquel il a extirpé la couche musculeuse de l'intestin grêle sur une longueur d'un mètre. Après cette opération, l'intestin, qui n'avait conservé que sa couche muqueuse, fut remis dans l'abdomen. Le chien continua à se nourrir et à digérer comme un animal normal. Chez un autre chien ayant subi la même intervention, on put se convaincre que le contenu intestinal progressait régulièrement dans l'intestin; il est probable que les fibres musculaires contenues dans la couche muqueuse suffisent à assurer, dans ces cas, l'évacuation du contenu intestinal.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Pleurésie cancéreuse secondaire à prédominance fibreuse, par MM. Boinet et Olmer.

A côté du type classique de pleurésie cancéreuse secondaire, avec son épanchement abondant, le plus souvent hémorrhagique, se reproduisant bientôt après la thoracentèse, les auteurs estiment qu'il y a lieu de faire une place à part à une forme spéciale, bien individualisée à la fois au point de vue clinique et anatomopathologique : cliniquement, en effet, elle est caractérisée par la précocité de son apparition et surtout par le contraste qu'on y observe entre les signes physiques très marqués et les troubles fonctionnels extrêmement réduits; anatomiquement, elle est remarquable par le faible développement des métastases cancéreuses et par la production abondante du tissu conjonctif, avec épaississement considérable des feuillets pleuraux qui se transforment en une coque résistante et peu extensible. Ils en ont observé deux exemples.

Le premier concerne un homme de cinquante-trois ans, qui fut reçu à l'hôpital avec tous les symptômes d'un volumineux épanchement pleural gauche : matité absolue, disparition des vibrations thoraciques, etc., n'entraînant qu'une gêne modérée, et dont une ponction fit reconnaître la nature hémorrhagique. Rien ne permettant de soupçonner la tuberculose, on porta le diagnostic de pleurésie cancéreuse, et, en l'absence de tout néoplasme appréciable d'un autre organe, on conclut à un cancer pleuro-pulmonaire primitif. Peu après, des attaques d'épilepsie jacksonienne à type brachial et l'apparition d'un syndrome addisonien révélèrent des métastases cérébrale et surrénale, pendant que du myosis de l'œil gauche et de l'hyperémie faciale du même côté témoignaient de la compression du grand sympathique par la tumeur. Le malade ayant succombé, l'autopsie fit découvrir un petit épithélioma pylorique dont le caractère primitif fut établi par ce fait que le noyau intracérébral en reproduisait la structure, tandis que les localisations pleurales affectaient le type carcinomateux. La plèvre gauche était très épaissie, adhérente à la paroi thoracique, et comprimait fortement le poumon correspondant, qui était cependant indemne de toute propagation cancéreuse; au contraire le poumon droit contenait quelques nodules cancéreux.

Dans le second cas, il s'agissait, comme lésion primitive, d'un cancer de la tête du pancréas avec ictère marqué et atteinte grave de l'état général. Là encore c'est à gauche que siégeait la complication pleurale; l'épanchement, coloré par des pigments biliaires, renfermait néanmoins des globules rouges, en faible quantité d'ailleurs, ainsi que des polynucléaires. A l'autopsie, on trouva un épaississement considérable de la plèvre viscérale et pariétale, particulièrement au niveau du diaphragme. Le poumon sous-jacent était parsemé en certains points de petites granulations cancéreuses; des nodules plus développés existaient dans le poumon droit.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel — la confusion avec une pleurésie tuberculeuse chronique une fois évitée —, MM. Boinet et Olmer font observer qu'on pourrait facilement prendre la pleurésie cancéreuse secondaire à prédominance fibreuse pour un cancer pleuropulmonaire primitif ou secondaire à forme pleurale. C'est surtout la présence, dans cette dernière affection, de l'expectoration « gelée de groseille » qui permettra de se faire une opinion; mais l'existence de ce signe peut induire en erreur si, comme dans les 2 cas que nous venons de résumer, le poumon du côté opposé est le siège de métastases, susceptibles de donner naissance à l'expectoration en question. En somme, c'est la disproportion existant entre les troubles fonctionnels et les signes physiques qui semble constituer le plus sûr élément de diagnostic.

Quant au traitement, les auteurs sont d'avis qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer la thoracentèse : celle-ci devra être précoce, afin de permettre l'accolement des parois de la poche avant qu'elles soient devenues trop résistantes et lente, de façon à prévenir le danger d'une nouvelle hémorrhagie intrapleurale. (*Rev. de méd.*, septembre et octobre 1903.) — f. f.

Les polypes de l'œsophage, par M. A. Bréhon.

Un homme de quarante-sept ans, qui avait eu une dizaine d'années auparavant un hoquet tenace ayant persisté plusieurs mois, avec quelque gêne de la déglutition, fut pris un soir, au début de son repas, de nausées, bientôt suivies du rejet des aliments déjà ingérés, ainsi que de mucus et d'un peu de sang, puis brusquement une tumeur volumineuse jaillit hors de sa bouche.

A l'examen, on constate que le néoplasme, allongé, rouge, sanguinolent, ridé et parcouru de sillons, « offrant l'aspect d'une langue tuméfiée », remplit entièrement la cavité buccale, reposant sur la langue dont il est indépendant,

et pend hors des lèvres jusque sur le menton. Les tractions exercées sur la tumeur ne se transmettent pas au larynx; par contre, le patient les ressent à la partie antéro-latérale gauche du cou, au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde. Il s'agit donc d'un polype œsophagien.

L'ablation n'offrit pas grande difficulté et put être menée à bien sans anesthésie : se guidant sur l'index, introduit profondément dans la gorge, on passa l'anse froide qui étreignit la tumeur tout près de son implantation; bien que le pied du polype eût été réduit par constriction à un très mince volume, la section fut impossible par ce moyen, et l'on dut couper aux ciseaux entre l'anse et une ligature placée au-dessous; cette ligature se détacha presque aussitôt, mais il n'en résulta aucune hémorrhagie. Dès le lendemain, l'opéré pouvait avaler des aliments solides sans gêne ni douleur.

La pièce enlevée mesurait plus de 14 centimètres de longueur, sur 45 millimètres de largeur et 12 centimètres de circonférence. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-lipome très vasculaire, pourvu d'un système lymphatique fort développé.

A l'occasion de ce fait, l'auteur passe en revue les quelques observations analogues antérieurement publiées, et dont toutes n'échappent pas à une critique serrée. Une particularité remarquable de ces polypes œsophagiens, c'est qu'en dépit de leur volume considérable, ils peuvent, comme dans le présent cas, demeurer absolument latents : on doit admettre qu'ils refoulent alors les parois œsophagiennes de façon à former un diverticule où ils se logent. Quand ils manifestent leur existence, c'est d'ordinaire — en dehors des cas où ils sont perceptibles par la vue ou le toucher — par les symptômes banaux du rétrécissement de l'œsophage, parfois assez accentués pour entraîner la mort par privation d'aliments (9 fois sur 30). Le cathétérisme serait, en quelques circonstances, susceptible de fournir un signe de présomption, à savoir la mobilité de l'obstacle à la déglutition. L'ablation de ces polypes, souvent possible par les voies naturelles, pourra nécessiter une pharyngotomie, pour peu que l'on soit mal renseigné sur la nature de la tumeur et sur son point d'implantation. (*Echo méd. du Nord*, 18 octobre 1903.) — F. F.

Trois cas de mammite subaiguë à staphylocoques en dehors de l'état puerpéral, par MM. E. Vignard et H. Lerat.

Si l'on fait abstraction des mammites qui se développent au cours de la puerpéralité, la tuberculose et le traumatisme (abcès par infection d'un hématome) sont à peu près les seuls facteurs que les classiques invoquent pour expliquer la production de suppurations de la glande mammaire; aussi, quand toute violence extérieure fait défaut, est-ce volontiers à l'hypothèse d'une détermination tuberculeuse que l'on s'arrête, surtout si le processus est chronique d'emblée, ou tout au moins d'allure subaiguë. Trois faits recueillis par les auteurs en l'espace d'un an à peine prouvent cependant que le sein peut être envahi par les agents pyogènes vulgaires, le staphylocoque en l'espèce; or les suppurations de ce genre, avec un pronostic infiniment moins grave, commandent une intervention beaucoup plus bénigne.

Dans les observations de MM. Vignard et Lerat, il s'agit de jeunes femmes ou de jeunes filles chez lesquelles, à la suite d'infections cutanées légères (furoncle dans un cas, hydrosadénites axillaires dans les deux autres), l'un des seins se tuméfia, devint dur, douloureux à la pression plus que spontanément; la peau ne tarda pas à rougir, à adhérer à la glande; chez une des malades la collection se fit même jour à l'extérieur, laissant un trajet fistuleux. Ces manifestations inflammatoires, d'ailleurs assez discrètes et sans grand retentissement sur l'état général, s'accompagnaient d'adénopathie dans l'aisselle correspondante.

L'allure subaiguë de l'affection, son caractère torpide, faisaient tout naturellement songer à la tuberculose, d'autant plus que 2 de ces femmes avaient eu précédemment une bronchite, et c'est même l'application d'emplâtres vésicants, destinés à combattre la toux, qui avait été chez elles le point de départ des suppurations cutanées qu'avait suivies l'inflammation du sein. Cette circonstance amena MM. Vignard et Lerat à supposer que le staphylocoque pouvait bien être en cause, et de fait l'examen bactériologique du pus révéla dans 2 cas la présence du staphylocoque doré, dans le troisième celle du staphylocoque blanc.

La guérison fut obtenue sans difficulté par l'incision large au point fluctuant, avec contre-ouvertures permettant un bon drainage. (*Gaz. méd. de Nantes*, 14 novembre 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Typhlite aiguë primitive (stercorale), par M. P. Sick.

Il ne saurait être question de faire revivre la vieille doctrine de la typhlite stercorale, ni surtout le malentendu néfaste qu'elle avait créé : la typhlite isolée est tout exceptionnelle, et c'est l'appendice qui doit toujours, en pratique, être tenu pour le point de départ des accidents; tout essai de diagnostic différentiel serait, d'ailleurs, illusoire, et, dans l'une et l'autre hypothèse, l'intervention est pareillement indiquée. Ceci posé, on ne saurait dénier un réel intérêt aux exemples authentiques de *typhlite aiguë primitive*, sans participation de l'appendice, et le terme « authentiques » ne saurait justement s'appliquer qu'aux faits où l'opération a permis un examen direct : M. Max Jordan donnait naguère une observation de ce genre; celle de M. Sick rentre dans le même cadre.

C'est l'histoire d'une femme de cinquante-huit ans, grosse et grasse, qui fut prise brusquement de frissons, de fièvre, de douleurs dans la fosse iliaque droite : après une courte accalmie, la température s'éleva à 39°8, l'état général s'altéra, et au sixième jour, on intervint d'urgence. On sentait, dans la région iléo-cæcale, une résistance nette, large comme la main, et l'on avait porté le diagnostic de péri-typhlite avec abcès circonscrit. Pourtant, sous l'anesthésie, la paroi « détendue », aucune fluctuation n'était perceptible.

L'incision est pratiquée au-dessus de l'arcade : les couches profondes musculo-aponévrotiques sont un peu infiltrées, mais le péritoine n'est nullement épaissi, il a conservé sa transparence, il laisse voir les anses grêles sous-jacentes, et la tumeur, sous le doigt, ne donne définitivement pas la sensation de fluctuation, mais celle d'une masse molle, qui se laisse pétrir. Le péritoine est incisé : quelques fines adhérences; on amène l'appendice, il est libre, d'apparence toute normale, non turgescent, non injecté; c'est le cæcum que l'on sentait : il est d'une mobilité extrême; sur sa paroi antérieure, en bas, on constate un soulèvement en ampoule de la tunique séreuse, gros comme un pois; à ce niveau, la paroi est amincie et presque transparente : il s'agit, sans aucun doute, d'une *plaque ulcéreuse;* dans le voisinage, quelques points suspects, d'apparence analogue. On « enfouit » sous un surjet séro-séreux la zone qui menaçait perforation, on ne touche pas à l'appendice, et l'on ferme incomplètement la plaie, en y laissant un tamponnement. Après quelques nouveaux accès fébriles et plusieurs débâcles fécales, la guérison fut complète.

On voit donc que, pour être primitive et indépendante de toute lésion appendiculaire, cette forme de typhlite stercorale ulcéreuse ne laisse pas que d'être grave, et que l'intervention est, en pareil cas, tout aussi nécessaire que dans l'appendicite proprement dite. C'est la seule conclusion pratique à tirer de ces observations. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXX, 5-6.) — L.

Contribution à l'étude du zona, par M. E. Hedinger.

Malgré un nombre déjà assez considérable d'observations anatomo-pathologiques, on n'est pas encore parvenu à établir définitivement si le zona est toujours accompagné d'une lésion d'un ganglion rachidien, ou s'il existe des cas de zona dus à une névrite périphérique. Il est probable, d'après les travaux récents de Head et Campbell, que le résultat négatif de l'examen des ganglions rachidiens doit être attribué, dans certains cas, au fait que l'on n'a pas examiné les ganglions correspondant à l'éruption, mais cherché la lésion trop bas.

M. Hedinger a pu étudier cette question sur les pièces provenant d'un sujet atteint de zona au cours d'une néphrite chronique et mort d'urémie dix-neuf jours après le début de l'éruption cutanée. Le zona formait un ruban partant du milieu de la colonne lombaire et s'étendant sur la partie gauche de l'abdomen jusqu'au-dessus du ligament de Poupart; il occupait donc la région innervée par la onzième racine dorsale. Le onzième ganglion rachidien gauche ne présentait cependant, à première vue, rien de particulier. Mais à l'examen microscopique on y constata l'existence d'un foyer nécrotique en forme de coin, d'apparence hémorrhagique, en même temps qu'une forte dégénérescence des fibres nerveuses, de l'infiltration leucocytaire et une néoformation de tissu conjonctif. Des lésions analogues, quoique beaucoup moins intenses, furent décelées dans les dixième et douzième ganglions rachidiens. Le onzième nerf intercostal offrait une dégénérescence modérée de ses fibres nerveuses, ne s'étendant pas toutefois jusqu'aux rameaux cutanés; ceux-ci étaient seulement le siège d'une infiltration leucocytaire prononcée. La dégénérescence des fibres, à l'intérieur de la moelle, atteignait, dans le voisinage de la corne postérieure, les trois segments supérieurs; il n'y avait pas de dégénérescence descendante. D'autres lésions médullaires, qui furent également observées dans ce cas, relevaient de l'urémie.

Ce fait corrobore les données de Head et Campbell; il fournit en outre une preuve de plus en faveur des rapports existant entre le zona et les zones d'hyperesthésie dans les lésions viscérales, de sorte que l'on est obligé de modifier l'ancienne conception que l'on se faisait du zona primitif. Avant les travaux de Head, on considérait le zona comme résultant toujours d'une lésion des nerfs périphériques, des ganglions rachidiens ou tout au plus des racines postérieures et de la moelle; actuellement on doit aussi faire intervenir le sympathique : chaque irritation intéressant celui-ci peut, à l'occasion, donner naissance à un zona. Dans le cas particulier, les lésions les plus graves occupaient précisément les ganglions de la région qui fournit spécialement le réseau sympathique des reins; il y avait donc un rapport direct entre la lésion rénale et le zona. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 3-4.) — A. J.

Traitement à ciel ouvert des plaies par l'exposition au soleil et par la dessiccation, par M. O. Bernhard.

Ayant eu l'occasion de constater que la cicatrisation des plaies évolue d'une manière particulièrement favorable chez les habitants de la haute Engadine, l'auteur s'est demandé s'il ne conviendrait pas d'utiliser, à titre d'agents thérapeutiques locaux, les deux principaux facteurs du climat des hautes altitudes, l'action du soleil et la sécheresse de l'air. Et, de fait, les essais qu'il a institués, au cours de ces deux dernières années, sur le traitement des plaies par l' « insolation » et la dessiccation lui ont donné des résultats très encourageants.

Il ne faut pas confondre la méthode en question avec la photothérapie par emploi des rayons chimiques concentrés : il s'agit tout simplement d'un *bain de soleil*, sans exclusion des radiations caloriques. Elle n'a, non plus, rien de commun avec le procédé de M Thayer, qui consiste à obtenir la cautérisation des granulations exubérantes en faisant agir sur elles les radiations caloriques du spectre, concentrées au moyen d'une lentille. En exposant les plaies, pendant plusieurs heures consécutives, à la lumière solaire *telle quelle*, M. Bernhard vise non seulement les propriétés bactéricides de cette lumière, mais aussi l'action de la chaleur par rayonnement. Il va sans dire que le traitement en question, avantageux dans les pays où l'air atmosphérique est pur et sec, ne donnerait que des résultats médiocres là où l'air contient beaucoup d'impuretés ou se trouve saturé de vapeur d'eau.

L'auteur a appliqué le procédé dont il s'agit au traitement de plaies traumatiques pour lesquelles on avait été obligé de renoncer à la réunion par première intention, à celui des ulcères variqueux, des brûlures, des engelures et des plaies de nature infectieuse, telles que chancres mous, bubons suppurés, ulcérations tuberculeuses, etc. Les résultats obtenus dans ces cas

sont à rapprocher de ceux qui ont récemment été signalés par M. Bloch et par M. Wagner. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janvier 1904.) — L. CH.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des gynatrésies, par M. J. HALBAN.

Quand on se contente de ponctionner ou d'inciser du côté du vagin les hématomètres résultant de l'imperforation congénitale du col utérin, on s'expose à voir l'orifice de la ponction se refermer et l'hématomètre suppurer. Pour éviter cet accident, on a conseillé d'ouvrir largement le pôle inférieur de l'hématomètre et de suturer la muqueuse du corps utérin à celle du vagin, après avoir excisé les tractus fibreux représentant le col de la matrice. Mais si le pôle inférieur de l'hématomètre est notablement éloigné des culs-de-sac vaginaux, la suture des deux muqueuses peut subir un tel tiraillement qu'elle vienne à céder; dans ce cas, la cavité utérine se referme et l'hématomètre peut suppurer tout comme après une simple ponction ou incision. C'est pour tourner cette difficulté que, chez une jeune fille de vingt ans, M. Halban opéra de la manière suivante:

L'abdomen incisé, on constata l'existence d'une hématocèle grosse comme un œuf de poule, développée dans la corne gauche d'un utérus didelphe, dont la corne droite était atrophiée. Après avoir reconnu la distance notable qui séparait les culs-de-sac vaginaux du pôle inférieur de l'hématomètre, on ouvrit le vagin en se guidant sur une pince, puis on incisa transversalement le fond de l'hématomètre — c'est-à-dire l'utérus — sur une largeur de 3 centimètres. La matrice fut alors antévertie au point d'amener les lèvres de l'incision précédente au contact de l'ouverture vaginale. L'opération réussit pleinement : la malade fut débarrassée de ses douleurs et depuis lors elle a des menstrues à peu près régulières, bien que peu abondantes.

Cette technique a peut-être l'inconvénient de ne pas exclure la possibilité d'une grossesse, ce qui, vu la position anormale de l'utérus, pourrait présenter des dangers. En l'espèce, cette éventualité n'était d'ailleurs pas à craindre, car la trompe gauche formait un hydrosalpinx qu'on enleva. D'ailleurs, pour éviter toute grossesse ultérieure, il suffirait, en incisant le fond de l'utérus, de réséquer la portion interstitielle des trompes. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLIX, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Du développement de la tuberculose dans quelques organes abdominaux, par M. N. PH. TENDELOO.

La tuberculose des viscères abdominaux, comme celle d'autres organes, prend parfois ce qu'on appelle la forme chirurgicale, c'est-à-dire que le processus se limite à quelques tubercules d'une évolution plus ou moins lente. Au point de vue anatomique, ces derniers présentent d'ordinaire une localisation un peu différente de celle qu'affecte la tuberculose miliaire d'origine hématogène : dans le rein, par exemple, ils occupent de préférence la substance médullaire, alors que dans les tuberculoses hématogènes on les rencontre surtout au niveau de la substance corticale. En pareil cas, M. Tendeloo pense, d'après le résultat de ses observations anatomiques et histologiques, que le processus parti des poumons se propage par voie lymphatique jusqu'aux organes abdominaux, et que c'est à cette origine lymphogène que la maladie doit sa bénignité relative.

Le tableau anatomique constaté à l'autopsie dans les faits de ce genre est ordinairement le suivant : dans le poumon on trouve des tubercules en voie de développement plus ou moins marqué, ou au contraire guéris. Les plèvres offrent presque toujours des adhérences, notamment au niveau du diaphragme. Du côté de l'abdomen on rencontre des adhérences analogues pouvant unir l'organe infecté (foie, rein ou rate) au diaphragme. La chaîne trachéo-bronchique offre toujours un ou plusieurs ganglions tuberculeux. Des investigations minutieuses montrent du reste qu'ils ne sont pas les seuls atteints; dans le tissu rétropéritonéal de la face postérieure de l'abdomen existe en effet une série de petits ganglions, dont les plus nombreux (glandes para-aortiques), se trouvent échelonnés le long de l'aorte : or, dans les cas visés par l'auteur, il est habituel de rencontrer un ou plusieurs de ces ganglions infectés. Pareil fait s'observe d'ailleurs dans des inflammations non tuberculeuses : en cas de broncho-pneumonie ou d'empyème on trouve très souvent ces ganglions enflammés ou suppurés, sans qu'il existe pourtant d'altérations des glandes mésentériques ou abdominales dont ils sont l'aboutissant. Inversement, dans les inflammations intestinales, ces ganglions rétropéritonéaux restent intacts ou ne s'infectent que d'une façon tout à fait secondaire en comparaison des glandes mésentériques.

Les constatations précédentes permettent déjà de supposer que l'infection peut se propager du thorax à l'abdomen par voie lymphatique. Quelques faits viennent encore à l'appui de cette hypothèse : les tumeurs de la poitrine, le cancer du sein par exemple, s'accompagnent souvent de métastases isolées dans les ganglions en question. On retrouve enfin sur leur coupe un pigment gris noirâtre, non ferrugineux et identique à celui que renferment les ganglions trachéo-bronchiques : avec ces derniers ils sont les seuls à en présenter. Cette particularité est d'autant plus significative que, dans le cas d'adhérences entre le poumon, les plèvres, le diaphragme, le péritoine et un organe abdominal, ce même pigment peut être constaté au milieu des adhérences et notamment entre les fibres musculaires du diaphragme.

La distribution du « pigment carboné » à l'intérieur même des ganglions rétropéritonéaux ou para-aortiques qui en contiennent semble également plaider en faveur de la propagation par voie lymphatique, car le pigment se retrouve dans les espaces du tissu cellulaire ou dans les gaines périvasculaires et jamais autour des capillaires. Or, quand on injecte des particules colorées dans le réseau vasculaire, on sait qu'elles ne migrent pas à travers les parois épaisses des artérioles ou des veinules, mais à travers celles, plus minces, des capillaires.

Reste alors à se demander comment le courant lymphatique, dirigé de l'abdomen vers le thorax, peut entraîner en sens inverse les particules pigmentaires et aussi les bacilles recueillis dans le poumon. Il y a bien les adhérences pleuro-péritonéo-pulmonaires dont le réseau lymphatique anormal peut favoriser cette marche rétrograde, mais ces adhérences, bien que très fréquentes, ne sont pas constantes : dans les métastases ganglionnaires du cancer du sein, par exemple, elles font habituellement défaut. Voici donc l'explication à laquelle s'arrête M. Tendeloo : si le courant lymphatique se dirige habituellement de l'abdomen vers le thorax, sous l'influence de l'aspiration intrathoracique, il ne faut pas oublier que cette aspiration n'a pas une valeur fixe; elle varie avec les différents temps de la respiration et peut être contrebalancée par la pression intra-abdominale ou la pesanteur. De plus, elle peut subir, du fait de l'altération des poumons, des plèvres, de l'infiltration des parois thoraciques (cancer du sein), de la toux, une diminution telle que le courant lymphatique vienne à se renverser. On comprend alors facilement l'infection des ganglions abdominaux, et à leur suite celle des organes contenus dans la même cavité (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 octobre 1903.) —

Anévrysme traumatique de l'artère vertébrale, par M. J. A. KORTEWEG.

Les observations d'anévrysme traumatique de l'artère vertébrale étant extrêmement rares, et pour la plupart anciennes, par suite de valeur médiocre, il nous paraît intéressant de résumer le fait relaté par M. Korteweg.

Un garçon de treize ans avait reçu un coup de couteau derrière l'oreille gauche. Il en était résulté une hémorrhagie abondante qui entraîna même une syncope. La plaie fut suturée, puis au bout de quelques jours elle se mit à suppurer et à saigner de nouveau. Néanmoins, elle finit par se cicatriser, mais à partir de ce moment la région enfla peu à peu. Au bout de quatre mois, on constatait dans la région sous-occipitale une tuméfaction large comme la paume de la main, pulsatile, s'étendant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et de l'apophyse mastoïde jusqu'à 2 centimètres des apophyses épineuses cervicales les plus élevées. A l'auscultation, on y percevait un souffle dont l'intensité diminuait — en même temps que le volume de la tumeur et les pulsations qui l'animaient — quand on comprimait la carotide. La peau, abstraction faite de la cicatrice, était normale et ne présentait aucun trouble de la sensibilité.

Pensant à un anévrysme de l'artère occipitale, on fit une incision transversale, longue de 10 centimètres, allant du bord antérieur du sterno-mastoïdien à la deuxième apophyse épineuse cervicale. Le muscle sterno-mastoïdien ayant été sectionné, l'artère occipitale fut trouvée absolument intacte. C'était donc sur l'artère vertébrale que devait siéger l'anévrysme. Pour l'atteindre, on agrandit en arrière la profondeur de l'incision en sectionnant les muscles trapèze, splénius et grand complexus; la poche fut en effet découverte entre l'occiput et l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre cervicale. Malheureusement, cette dernière recouvrait entièrement les branches afférente et efférente du sac, en sorte qu'il ne pouvait être question de les lier dans un premier temps opératoire. D'ailleurs, tout en maniant le sac pour essayer de se rendre compte de ses rapports, on le perfora; comprimant alors les points qui saignaient, on fendit transversalement le sac en deux moitiés : l'une, celle qui correspondait à l'artère efférente, put être libérée et suffisamment attirée au dehors pour être liée à sa racine; l'autre causa plus de difficultés, car l'orifice qui saignait s'ouvrait au ras du ligament unissant l'atlas à l'occipital et défiait toute ligature. On finit cependant par arrêter l'hémorrhagie au moyen de quatre pinces à forcipressure, et la plaie fut tamponnée. Deux jours plus tard, les pinces furent retirées et le lendemain on exécuta la suture secondaire de la plaie. Les suites opératoires furent excellentes.

Quant à la diminution des battements et du volume de la tumeur, produite par la compression de la carotide, elle était due sans doute à la compression simultanée et involontaire de l'artère vertébrale. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 novembre 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS RUSSES

Un nouveau symptôme oculaire de la sclérodermie diffuse, par M. S. LOGÉTCHNIKOV.

L'observation relatée par l'auteur a trait à une jeune femme de dix-sept ans, qui fut admise dans le service de M. le professeur Pospiélov pour une sclérodermie généralisée datant de trois mois. La sclérose portait non seulement sur les téguments, mais aussi sur les muscles, dont quelques-uns paraissaient diminués de volume. En examinant les yeux de la malade, M. Logétchnikov constata que les paupières s'appliquaient très étroitement sur le globe de l'œil, la fente palpébrale étant comme rétrécie. La peau des paupières était tout à fait lisse, très tendue et semblait amincie. La mobilité des voiles palpébraux était fortement limitée, surtout pour le relèvement de la paupière supérieure. Quant à l'occlusion des paupières, c'est à peine si l'on pouvait l'obtenir, même à l'aide des doigts. Il était absolument impossible, d'ailleurs, d'écarter les paupières du globe oculaire ou de les retourner. Il existait, en outre, une *diminution très marquée de la mobilité des yeux* : malgré tous ses efforts, la patiente ne parvenait guère à imprimer au globe oculaire un déplacement en dehors de plus de 3 ou 4 millimètres; les mouvements de convergence étaient encore plus difficiles; enfin, l'œil était complètement incapable de se porter en bas ou en haut. Cette immobilité était uniforme et symétrique pour les deux côtés. L'examen ne dénotait ni diplopie, ni aucune autre anomalie de la vision. Les milieux transparents et le fond de l'œil paraissaient tout à fait sains, les pupilles étaient également normales et réagissaient bien, l'accommodation étant parfaitement conservée.

Sous l'influence des bains chauds et du massage général, l'état de la malade ne tarda pas à s'améliorer, et parallèlement à la sclérodermie l'immobilité des yeux s'atténua aussi. Au bout de quatre mois, la patiente quitta le service, en bonne voie de guérison. Un an environ plus tard, l'auteur, ayant eu l'occasion de la revoir, a été à même de constater, outre la disparition à peu près complète de la sclérose tégumen-

taire, la mobilité parfaite des globes oculaires et des paupières, lesquelles se laissaient facilement retourner et, dans l'occlusion, recouvraient complètement l'œil.

M. Logétchnikov estime que l'*immobilité bilatérale et symétrique des yeux*, étroitement liée dans ce cas à la sclérodermie généralisée, doit être mise sur le compte, non pas d'une paralysie des nerfs moteurs de l'œil, mais d'une altération dégénérative des muscles, hypothèse qui cadre bien avec nos connaissances actuelles sur les lésions du tissu musculaire au cours de la sclérodermie. C'est précisément dans ces lésions musculaires, qui souvent s'installent indépendamment des altérations des téguments susjacents, qu'il convient de chercher l'explication de certains troubles fonctionnels, tels que la gêne dans les mouvements de la bouche, des paupières et des membres, la difficulté de la déglutition et de la parole, etc. (*Méd. Obozr.*, LX, 23.) — L. CH.

La mortalité comparée des armées russe, française et allemande pendant la période de 1889 à 1900, par M. A. Dolmatov.

L'étude détaillée que M. Villaret a publiée dans ce journal sur la mortalité comparée des armées française et allemande (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 133-137) a engagé M. Dolmatov à rapprocher les données obtenues par M. Villaret des chiffres relatifs à la mortalité de l'armée russe.

L'auteur a pu se rendre compte que, pendant la période de douze ans sur laquelle ont porté ses recherches, la mortalité moyenne a été de 6.4 ‰ pour l'armée russe (déduction faite des officiers), alors que dans l'armée française elle a été de 5.9 ‰ et dans l'armée allemande de 2.7 ‰ seulement. En d'autres termes, si la mortalité de l'armée française a été un peu plus du double de la mortalité de l'armée allemande, la mortalité de l'armée russe a été, pendant la même période, presque deux fois et demie plus élevée que celle de l'armée allemande.

En ce qui concerne les variations annuelles du nombre des décès, il semble que, dans les trois armées en question, la mortalité tend à s'abaisser, tendance qui est particulièrement accentuée pour l'armée russe. Toutefois, en 1892, la mortalité y a été de beaucoup supérieure à la moyenne (9.1 ‰ au lieu de 6.4 ‰), par suite de l'épidémie de choléra.

La mortalité par fièvre typhoïde a oscillé, dans l'armée russe, entre 1.02 ‰ et 1.91 ‰, se rapprochant plus ou moins de celle de l'armée française (0.96 ‰ à 1.88 ‰).

Pour la tuberculose pulmonaire, la mortalité (0.83 ‰ à 1.20 ‰) a été beaucoup plus considérable que dans l'armée allemande (0.48 ‰ au maximum), voire même que dans l'armée française (0.52 ‰ à 0.97 ‰).

On sait que la pneumonie cause dans l'armée française un nombre plus considérable de décès que dans l'armée allemande. Pour l'armée russe, la mortalité par cette maladie (0.49 ‰ à 0.99 ‰), tout en étant supérieure à celle de l'armée allemande (0.26 ‰ à 0.44 ‰), reste cependant quelque peu au-dessous de la mortalité de l'armée française (0.49 ‰ à 1.21 ‰).

Les chiffres relatifs à la pleurésie sont peu favorables à la Russie, où ils indiquent une mortalité de 0.21 ‰ à 0.33 ‰; en France, le nombre des décès dus à cette affection oscille entre 0.10 ‰ à 0.33 ‰; dans l'armée allemande il ne dépasse pas 0.04 à 0.14 ‰ (sauf pour l'année 1889-1890, où il a atteint 0.45 ‰).

C'est aussi l'armée russe qui est la plus éprouvée des trois par la dysenterie, la mortalité par cette cause étant de 0.12 ‰ à 0.30 ‰, tandis qu'en France elle oscille entre 0.05 ‰ et 0.17 ‰ et qu'en Allemagne elle n'excède pas 0.01 à 0.02 ‰.

Pour la péritonite et la méningite, c'est également dans l'armée russe que l'on compte le plus de décès : la mortalité par péritonite y varie entre 0.17 ‰ et 0.23 ‰ et la mortalité par méningite entre 0.18 ‰ et 0.25 ‰.

Par contre, en ce qui concerne les décès par suicide, la première place appartient à l'armée allemande, où leur proportion oscille entre 0.33 ‰ et 0.64 ‰; vient ensuite la France, avec une mortalité de 0.19 à 0.31 ‰, et, en dernier lieu, l'armée russe, où la proportion des morts volontaires n'est que de 0.11 à 0.17 ‰. (*Voienno-méd. journ.*, novembre 1903.) — L. CH.

Traitement de la névralgie sciatique par la strychnine, par M. Th. Zartzyne.

L'auteur a eu l'occasion d'expérimenter, dans 9 cas de névralgie sciatique rebelle, les injections sous-cutanées de strychnine, sur lesquelles M. Tchavov a récemment attiré l'attention. M. Zartzyne s'est servi d'azotate de strychnine, dont il introduisait à chaque fois 0 gr. 001 milligramme sous la peau des lombes ou des fesses. Les injections étaient répétées d'abord tous les jours, puis à des intervalles plus éloignés. Sur les 9 malades en question, 2 étaient complètement guéris après cinq piqûres; chez 2 autres, la guérison nécessita respectivement sept et huit injections; dans 2 cas, on ne réussit à faire cesser les crises névralgiques qu'après un traitement prolongé; chez les 3 derniers patients, enfin, les injections produisirent simplement une atténuation appréciable des douleurs, sans en amener la disparition complète.

L'auteur estime que le procédé dont il s'agit fournit des résultats de beaucoup supérieurs à ceux que l'on obtient par les moyens thérapeutiques usuels. (*Roussk. Vratch*, 11 octobre 1903.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La purgation antiseptique contre les infections intestinales.

Des expériences conduites au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Bordeaux ont convaincu M. le docteur A. Gauducheau (médecin des troupes coloniales françaises) de l'utilité d'instituer, dans les infections intestinales, un traitement qui associe un antiseptique local — en l'espèce la quinine — à une purgation, celle-ci ayant pour but de faciliter l'action du premier. La transsudation de liquides qui résulte de l'administration d'un purgatif a, en effet, pour conséquence de fluidifier la couche de mucus qui recouvre la surface de la muqueuse intestinale à la façon d'un enduit, d'entraîner partiellement et de diluer ce mucus et de favoriser ainsi l'action topique de la substance antiseptique. En outre, grâce à la fluidification de cette couche visqueuse, le désinfectant entre plus facilement en contact avec les microbes que le mucus emprisonne en quantité, et peut ainsi plus facilement les détruire.

Voici la manière de faire adoptée par notre confrère : il administre une forte dose d'un sel de quinine (2 grammes par la bouche ou 5 grammes en lavement); immédiatement après, ou en même temps, il fait prendre un purgatif salin, tel que du sulfate de soude à la dose de 35 à 45 grammes.

Dans 8 cas — d'ailleurs bénins — de diarrhée, d'embarras gastrique ou de dysenterie soumis à ce traitement, les résultats ont été généralement fort satisfaisants. Chez un de ces malades, il s'est manifesté un certain degré d'irritation avec ténesme rectal plus aigu, douleurs abdominales et selles sanglantes. Ces phénomènes, qui ont du reste rapidement disparu, seraient attribuables à la précipitation du sel quinique en milieu alcalin. Pour les éviter, il suffirait de faire prendre, une heure après l'administration de la quinine, une boisson acidulée, de la limonade tartrique, par exemple.

Le formol en injection rectale contre l'infection puerpérale.

Les bons résultats qu'auraient donnés à M. le docteur Barrows (de New-York) les injections intraveineuses de formol chez une femme atteinte d'infection puerpérale ont engagé M. le docteur E. Hörschelmann (de Rappin) à recourir à une médication analogue dans un cas de fièvre puerpérale très grave, qui s'était déclarée le lendemain d'un avortement au septième mois. Le formol fut administré le soir du cinquième jour après l'expulsion du fœtus, sous forme d'injection rectale de 600 c.c. d'une solution salée à 1 %, additionnée de VIII gouttes d'une solution de formaldéhyde à 4 %, soit du formol du commerce étendu de dix fois son volume d'eau. On mit une demi-heure à donner ce lavement. Dix minutes plus tard, la malade en rendit environ un quart. Dans le courant de la nuit suivante, il survint une sudation extrêmement abondante qui obligea à changer le linge de la patiente. Le lendemain matin, la défervescence était complète et la température était tombée de 40° à 37°1; vers la fin de la seconde semaine, il y eut encore quelques oscillations de la courbe thermique, mais sans importance, et le vingt et unième jour, tout était rentré dans l'ordre.

Traitement de la myiase externe ou cutanée par des applications locales de calomel.

Lorsque des larves de diptères se logent dans le conduit auditif externe, elles y provoquent souvent une sensibilité excessive et l'extraction mécanique devient tellement douloureuse que l'on ne saurait y avoir recours. D'après M. le docteur P. S. Lelean (médecin de l'armée anglaise), on obtiendrait alors de bons résultats au moyen de pulvérisations de calomel dans le conduit. Ces pulvérisations causeraient la mort des larves qui s'élimineraient ensuite spontanément.

Quand, au lieu de s'engager dans le conduit auditif, ces « vers » pénètrent dans la peau, un ancien médecin militaire anglais, M. le docteur G. H. Younge, emploie également le calomel pour débarrasser le malade de ses parasites. Dans ce but, il trempe l'extrémité d'une sonde dans de la vaseline, puis la plonge dans du calomel de façon qu'il reste à peu près 0 gr. 05 centigrammes de médicament adhérant à la vaseline. Lorsqu'on promène l'extrémité de la sonde ainsi chargée de calomel dans les cavités où se sont logées les larves, celles-ci succombent rapidement et il est alors facile de les exprimer, ou, mieux encore, de les faire sortir par l'injection d'une solution boriquée chaude dans la cavité.

L'adrénaline contre le glaucome aigu.

D'après M. le docteur Grandclément (de Lyon), il serait possible de substituer à l'intervention chirurgicale par l'iridectomie, dans le glaucome aigu, un simple traitement par des instillations d'adrénaline. Cette substance est employée sous forme d'une solution à 1 pour 5,000, avec laquelle on pratique dans l'œil glaucomateux des instillations répétées toutes les demi-heures pendant trois jours.

Grâce à ce traitement, notre confrère a pu éviter l'opération dans une très violente et très grave attaque de glaucome aigu où l'iridectomie semblait inévitable. Pour obtenir un pareil résultat, il importe de maintenir constamment l'œil sous l'influence du médicament, afin de tarir momentanément la sécrétion des liquides intraoculaires et de faire céder définitivement l'hypertension du globe.

Traitement du catarrhe printanier de la conjonctive par l'électrolyse.

Ayant eu l'occasion d'observer les bons effets que donne l'électrolyse dans le traitement de la conjonctivite granuleuse (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 32), M. le docteur Gallemaerts (de Bruxelles) a eu l'idée d'employer le même moyen de traitement contre le catarrhe printanier de la conjonctive.

L'électrolyse se fait sous l'anesthésie chloroformique après excision des papillomes aux ciseaux ou au bistouri. Le pôle positif est appliqué sur la tempe; une aiguille fine en cuivre, constituant le pôle négatif, est enfoncée, après retournement de la paupière à l'aide d'une pince de Péan, dans chacun des trous du « crible » conjonctival, ainsi que dans les papillomes que l'on n'a pu enlever parce qu'ils ne présentaient pas une saillie suffisante. On fait passer pendant quelques secondes un courant de 2 à 3 milliampères. L'opération est assez longue, mais cela est sans grand inconvénient puisque le malade est anesthésié. Il est d'ailleurs loisible de reprendre le traitement dans des séances ultérieures où l'on se contente de retourner la paupière au moyen des doigts et de cocaïniser la conjonctive.

Avec l'excision suivie d'électrolyse, les papillomes ne se reforment plus, ce qu'ils ne manquent jamais de faire quand on se contente de la simple excision. Chez 3 enfants de dix à douze ans qu'il a traités par ce procédé, M. Gallemaerts a obtenu une disparition complète de la photophobie et des démangeaisons, et, au point de vue des néoformations, une amélioration telle qu'elle permet d'espérer une guérison complète quand le traitement aura été continué pendant assez longtemps.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Du rôle des animaux dans la propagation de la tuberculose et des autres maladies transmissibles.

De même que toutes les autres données hygiéniques, le rôle des animaux dans la propagation des maladies transmissibles a été très inégalement apprécié suivant les doctrines du moment, suivant les fluctuations de l'opinion publique médicale, mais jamais assurément il n'a acquis plus d'importance et il n'a rencontré une faveur plus générale qu'au cours de ces dernières années. Une question d'une telle portée pratique ne saurait laisser les médecins indifférents, et je voudrais examiner brièvement l'état actuel des croyances scientifiques sur ce point. Pour dire tout de suite le fond de ma pensée, il me semble qu'on s'est laissé entraîner beaucoup trop loin dans cette voie ; la spécificité des causes est si générale et si puissante dans le domaine des faits biologiques que la pathologie animale et la pathologie humaine, tout en obéissant aux mêmes lois générales, présentent dans leurs détails plus de similitudes superficielles que de réelles identités.

I

Pour se rendre un compte exact du rôle des animaux dans la propagation des maladies humaines, il importe d'abord de bien séparer les catégories de faits qui sont dissemblables.

Une première grande division s'impose, suivant que les animaux agissent comme simples supports vecteurs de maladies dont ils ne sont pas atteints, ou qu'ils agissent à titre de sujets malades, jouant un rôle de contagionnants, plus ou moins identique à celui que jouerait un homme malade dans les mêmes conditions.

Le premier groupe est assurément celui qui a acquis au cours de ces dernières années l'accroissement le plus « admirable », au sens latin du mot.

Il importe tout d'abord de mettre au second plan les cas dans lesquels les animaux incriminés n'agissent qu'à titre de simples supports passifs : tels les animaux domestiques, familiers à la fois de malades et de gens sains et capables, à la faveur de cette intimité, de jouer le rôle de facteurs de contagion médiate ; il est évident qu'on ne saurait nier la *possibilité* d'un tel rôle, mais il est non moins évident qu'il ne présente, *en fait*, qu'une importance bien restreinte et que l'hygiène prophylactique serait une science assez inutile si l'humanité n'avait à compter qu'avec de si misérables causes morbides.

Plus importants sont les cas où les animaux jouent un rôle plus ou moins actif en rapport avec leur biologie propre, mais sans cesser cependant d'être de simples vecteurs accidentels de germes dont ils ne subissent pas l'influence.

On connaît depuis longtemps à ce point de vue le rôle des grosses mouches ou des taons dans la transmission du charbon, susceptible d'être inoculé par leur piqûre, grâce à l'infection de leur dard ; on n'a jamais admis, par contre, que ce fût là le facteur principal, ni même un facteur bien essentiel de la propagation de cette maladie. Plus récemment, on a voulu faire jouer un rôle aux mouches ordinaires, après leurs promenades, assurément peu hygiéniques, des crachoirs de tuberculeux à la surface des substances alimentaires ; mais il faut bien avouer qu'on n'a apporté à l'appui de cette manière de voir que des données expérimentales un peu naïves, telles que la présence de bacilles de Koch dans les corps ou dans les excréments de ces mouches, après leur contact avec les crachats, ou encore les inoculations suivies de succès, réalisées à l'aide de leurs cadavres. Je ne pense pas que des documents de cet ordre soient appelés à faire du papier tue-mouches une arme essentielle de l'arsenal antituberculeux.

Je ne cite également que pour mémoire le rôle des mouches dans la propagation du typhus à rechutes, et celui des punaises de lits dans la propagation de la tuberculose et de la fièvre typhoïde.

Par contre, les moustiques et les puces ont acquis de nos jours une célébrité extrême et ces insectes comptent aujourd'hui, de ce fait, parmi les animaux les plus redoutables pour l'espèce humaine.

Les puces revendiquent à leur actif la transmission de la peste, et il paraît que les plus dangereuses seraient les puces des rats pestiférés : il est assez difficile de comprendre qu'il en soit ainsi, quand on sait que les puces des diverses espèces animales sont spéciales à chacune d'elles, et par suite ne changent d'habitat ni volontiers ni pour longtemps. Il serait assurément peu scientifique d'appliquer au rôle des puces dans la peste le proverbe fameux « A beau mentir qui vient de loin », mais enfin je dois bien avouer que, n'ayant jamais vu ni pesteux humain, ni rat pestiféré, ni puce pestiférante, et étant un peu de l'école de Saint-Thomas, je préfère ajourner ma conviction.

Les moustiques, dont le rôle a commencé avec la filaire, ne se sont pas contentés longtemps de ce maigre domaine ; actuellement la fièvre jaune est en partie leur fait, et l'impaludisme est leur œuvre de prédilection ; ils sont bien près d'en posséder le monopole, non pas assurément tous les moustiques, car nul n'ignore aujourd'hui que les seuls anophèles sont en possession de ce pouvoir redoutable. Il y a bien quelques divergences entre les manières de voir de leurs partisans : les uns réduisent leur intervention à rendre aux eaux ou au sol les hématozoaires qu'ils enlèvent au fébricitant ; les autres leur confient le rôle de transporter des eaux ou du sol les mêmes agents jusqu'à l'homme sain, que ces agents ne sauraient atteindre sans cette aide ; d'autres encore leur attribuent le pouvoir de se suffire à eux seuls dans leur mission, c'est-à-dire de transporter directement du malade à l'homme sain le germe pathogène, comme le vaccinateur transporte directement de pis à bras le virus vaccinal ; les plus convaincus dans cette voie vont jusqu'à considérer comme spécialement dangereuse la cohabitation dans une même chambre avec un paludéen pendant la nuit, l'anophèle voyant alors sa besogne d'inoculateur singulièrement facilitée par le voisinage de ses deux victimes.

Le dogme du rôle des hématozoaires et des anophèles dans la propagation de l'impaludisme est aujourd'hui à son point culminant, ou à sa phase aiguë, comme on voudra. Ainsi qu'il arrive en pareil cas pour tous les dogmes, il échappe à la critique ; il n'y a qu'à courber la tête et à se soumettre, à moins qu'on ne préfère se résigner au rôle ingrat de l'hérétique isolé. J'avoue avec quelque honte que, malgré les triomphes des moustiquaires et des grillages dans les régions maremmatiques de l'Italie ou de l'Algérie, célébrés à l'envi par les agences télégraphiques, malgré les suffrages du prix Nobel, je suis de ceux (j'espère que le pluriel est ici toujours à sa place) qui se réservent encore d'attribuer à la quinine plus d'efficacité qu'aux moustiquaires, et à l'assainissement du sol plus de puissance qu'à la destruction des larves de moustiques.

Après les exemples retentissants que je viens de donner, ceux qu'il me reste à indiquer paraîtront sans doute bien modestes et bien effacés, je ne voudrais pas trop le contredire. Cependant, c'est d'abord le rôle attribué par Pasteur aux vers de terre pour ramener à la surface du sol les bactéridies charbonneuses des cadavres d'animaux enfouis, rôle qui paraît bien réel, et que M. Lortet a voulu étendre à la pathologie humaine, en attribuant aux mêmes vers la même fonction pour le bacille de la tuberculose. Dans un ordre d'idées assez voisin, M. Cadéac accorde une nocivité réelle aux déjections alvines des animaux même non tuberculisables, nourris avec des viandes tuberculeuses rejetées de la consommation humaine, par le fait de la résistance du bacille de Koch à la traversée du tube digestif.

Dans la phase glorieuse qu'il traverse, le rôle des animaux, dans la propagation à l'homme des maladies transmissibles qui ne les atteignent point, ne saurait assurément se borner aux exemples qui précèdent ; j'en oublie sans doute... et des meilleurs !

II

Un tout autre groupe de faits est constitué par ceux dans lesquels la transmission de la maladie est due à l'ingestion des organes ou des produits animaux employés dans l'alimentation.

Sans parler des parasites supérieurs, helminthes ou trichines, qui se propagent à peu près uniquement par cette voie, il faut mentionner spécialement à ce point de vue : le botulisme, produit par l'ingestion des viandes malsaines, telles que celles des veaux atteints de gastro-entérite ; les cas de fièvre typhoïde provenant de l'ingestion d'huîtres contaminées par leur séjour dans des parcs exposés à l'invasion des eaux d'égouts, parcs appréciés des éleveurs pour leur richesse en matériaux nutritifs ; le rôle attribué au lait comme vecteur des germes de la fièvre aphteuse, ou encore comme bouillon de culture des germes typhoïde, scarlatineux ou diphtéritique, tombés accidentellement dans les récipients qui le contiennent, lorsque des cas de ces diverses affections existent chez les producteurs.

Si l'on fait abstraction de la tuberculose, laissée intentionnellement pour le moment en dehors de cette énumération, parce que son cas est plus complexe et que j'y reviendrai plus loin, il n'est pas douteux que toutes les données qui précèdent soient parfaitement justifiées par les faits, mais elles ne ressortissent que très indirectement à la question plus restreinte qui fait l'objet de ce travail. Encore est-il bon de faire quelques réserves sur le mécanisme pathogénique des épidémies de fièvre typhoïde, de scarlatine ou de diphtérie, observées parfois dans le cercle restreint de la clientèle d'un laitier déterminé.

Pour ce qui concerne la fièvre typhoïde, il est à peu près avéré aujourd'hui que le lait ne se contamine pas en pareil cas par le simple séjour dans la ferme infectée, mais qu'il doit le contage au baptême multiplicateur, ou tout au moins au lavage à trop grande eau des récipients destinés à la traite.

Par contre, pour juger sainement du mécanisme de la transmission de la diphtérie ou de la scarlatine par le lait, il ne faut pas oublier que les cas frustes de ces affections ne sont pas rares et que ce produit n'arrive pas tout seul à domicile ; le danger me paraît créé bien plus par la contagion directe du distributeur de lait que par l'ingestion de sa marchandise.

III

Il nous reste à examiner un troisième groupe de faits, le plus important à bien connaître, le plus intéressant en tout cas au point de vue de la pathologie et de l'épidémiologie générale, celui dans lequel les animaux, malades eux-mêmes, agissent comme des agents directs de propagation de la maladie dont ils sont atteints. Ici les faits sont plus précis, plus accessibles à la discussion scientifique, plus susceptibles d'asseoir une conviction rationnelle que ceux du premier groupe ; mais, pour les apprécier sainement, il importe plus encore de les séparer en catégories bien distinctes.

Il importe, tout d'abord, de séparer nettement les complications septiques des plaies, y compris le tétanos, des maladies relevant de la transmission proprement dite. Les premières, pres-

que toutes communes à l'homme et aux animaux à peu près au même degré, restent en dehors du débat qui nous occupe, d'abord parce qu'elles sont loin d'obéir aux mêmes lois de pathologie générale que les secondes, ensuite parce que leur prophylaxie relève à peu près exclusivement de l'asepsie ou de l'antisepsie chirurgicale.

On constate, par contre, que la grande majorité des maladies transmissibles sont spéciales soit à l'homme, soit à des espèces animales déterminées, et que celles qui s'observent à la fois chez l'homme et chez les animaux constituent d'assez rares exceptions. Les premières ne nous intéressant pas, les secondes peuvent être divisées en trois groupes bien distincts : les unes, les épizooties, sont spéciales aux animaux, mais se produisent chez l'homme, par cas rares et isolés, accidentellement en quelque sorte, sans jamais devenir le point de départ d'épidémies humaines; les autres, les épidémies, ont des caractères semblables exactement inverses, et ne deviennent jamais le point de départ d'épizooties; enfin d'autres infections, moins nombreuses que celles qui constituent les deux catégories précédentes, semblent être réellement communes à l'homme et aux animaux, susceptibles de donner naissance tout à la fois à des épidémies et à des épizooties.

Au premier groupe ressortissent la rage, la morve, la fièvre aphteuse, la vaccine, le charbon, la psittacose (?); au second la scarlatine, accidentellement transmissible au cheval et à la vache, peut-être la fièvre typhoïde, transmissible au cheval; notons que ce groupe, moins étudié que le précédent, n'est pas aussi exactement connu; au troisième appartiennent, au moins à première vue, la peste, la diphtérie et la tuberculose.

L'étude des maladies qui ressortissent aux deux premiers groupes met en évidence deux lois très générales, qui ont une grande importance au point de vue qui nous occupe. L'une, c'est que la transmission expérimentale des maladies étend leur propagation bien au delà des limites de leur transmission spontanée; l'autre, c'est que les cas accidentellement propagés en dehors de l'espèce animale accoutumée voient leur force expansive considérablement diminuée, sinon totalement perdue. Il est nécessaire d'insister un peu sur ces deux lois, dont il n'est pas difficile de prévoir les immenses conséquences pratiques.

La transmission expérimentale des maladies étend leur propagation bien au delà des limites de leur transmission spontanée, je veux dire qu'elle augmente le nombre des espèces réceptives. C'est ainsi, par exemple, que la rage, qui ne se transmet régulièrement et ne s'entretient spontanément que chez le chien, le loup ou le chat, et qui atteint accidentellement après morsure les herbivores domestiques dans des cas fort rares, se transmet, au contraire, à coup sûr, à tous les mammifères, voire même aux oiseaux, si l'on a recours aux procédés plus efficaces de l'inoculation dans les méninges ou dans la chambre antérieure de l'œil.

C'est ainsi également que la vaccine, qui ne se développe par contagion spontanée que chez le cheval et chez le bœuf, est transmissible par inoculation à l'homme et à un grand nombre d'espèces animales, telles que la chèvre, le lapin et même le cobaye.

La morve ne frappe spontanément que les solipèdes domestiques, âne, cheval et mulet, sauf des cas extrêmement rares, mais elle est inoculable expérimentalement à la plupart des herbivores, à l'exception du bœuf, au porc, voire même aux carnassiers, et notamment au chien; toutefois elle reste locale et guérit régulièrement chez ce dernier.

La même loi se retrouve pour les maladies du second groupe; elle s'y révèle par ce fait que leur nombre augmente singulièrement, si l'on y joint les maladies humaines qui ne s'observent jamais spontanément chez les animaux, mais qu'on peut leur inoculer expérimentalement, telle la variole qui est péniblement transmissible à la génisse et qui ne fait pas longue souche chez elle.

Les exemples seraient surabondants, mais d'inégale valeur, si je voulais faire appel aux infections expérimentales des animaux de laboratoire.

La conséquence évidente, et cependant trop souvent oubliée, de cette première loi, c'est que l'on ne doit pas étendre à l'épidémiologie et à l'hygiène, c'est-à-dire *à l'étude et à la prophylaxie des maladies spontanées*, les données basées sur l'existence d'une réceptivité expérimentale de telle ou telle espèce, humaine ou animale, vis-à-vis d'une maladie propre à une autre espèce. L'hygiène a assez à faire à combattre et à permettre d'éviter les dangers réels, sans user ses forces et son crédit à lutter contre des dangers imaginaires, ou trop exceptionnels pour *payer* des efforts dépensés contre eux.

La prophylaxie humaine efficace des maladies animales accidentellement transmissibles à l'homme réside tout entière dans la prophylaxie de ces maladies chez les espèces qui sont réceptives à leur égard dans les conditions ordinaires de la transmission spontanée. Supprimer la rage du chien et la morve du cheval, c'est supprimer du même coup celles de l'homme, et il est puéril, par exemple, de s'attarder, dans la prophylaxie de ces maladies, à des mesures telles que l'interdiction de livrer à la boucherie un bœuf mordu par un chien enragé, édictée par la loi française contre les épizooties, alors que l'on ne connaît aucun cas de transmission qui reconnaisse une pareille origine. La lutte contre les dangers possibles, mais non prouvés ou fort rares (et quel danger n'est pas possible *a priori!*), a causé assurément plus de maux qu'elle n'a fait de bien en hygiène, et il serait heureux de voir les hygiénistes latins renoncer à cette funeste utopie, comme l'ont fait depuis longtemps leurs collègues anglo-saxons.

La prophylaxie humaine des maladies humaines accidentellement transmissibles à l'animal comporte bien une certaine défiance contre les espèces réceptives et quelques mesures de précaution à leur égard le cas échéant, mais les faits sont si rares que l'hygiène publique a bien le droit, sinon le devoir, de s'en désintéresser dans la pratique.

Cette règle apparaît encore bien plus évidente quand on tient compte également de la seconde loi générale énoncée plus haut et qu'il nous reste à examiner.

Les cas propagés accidentellement en dehors de l'espèce animale accoutumée voient leur force expansive considérablement diminuée, sinon totalement perdue; ces cas ne deviennent jamais le point de départ de diffusions épidémiques dans l'espèce à laquelle appartient le sujet qui a été atteint, il est même extrêmement rare qu'ils soient susceptibles d'être le premier anneau d'une épizootie par rétrocession du germe à des sujets de leur espèce d'origine. La rage, la morve s'entretiennent par propagation d'animal à animal, respectivement, chez le chien ou chez le cheval, et les cas accidentels de rage ou de morve humaine ne se transmettent pas spontanément à d'autres hommes, ni même — dans la règle presque absolue — de l'homme à l'animal.

Cette loi s'explique d'ailleurs très naturellement par le fait des conditions dysgénésiques dans lesquelles le virus se trouve placé, quand il se développe en dehors de l'espèce animale qui lui fournit son habitat ordinaire.

Il serait possible assurément que les choses se passassent autrement si le virus pouvait s'adapter progressivement à son habitat nouveau par une série plus ou moins longue de passages successifs sur des sujets de la même espèce, mais, en fait, cette condition ne peut être remplie, parce que ces passages n'ont pas lieu : ils sont interrompus dès l'origine, dans les conditions de la transmission spontanée, bien entendu, la seule qui intéresse l'hygiène pratique.

De cette loi d'observation, il résulte nettement que les cas accidentels, placés hors du cycle normal de l'épizootie ou de l'épidémie, ont une importance très restreinte, par leur rareté d'abord, et surtout parce qu'ils ne créent aucun centre de diffusion autour d'eux, parce qu'ils ne sont pas capables de jouer le rôle d'un anneau intermédiaire dans la propagation de l'épidémie ou de l'épizootie à laquelle ils ressortissent. Par suite, s'il est légitime de se préoccuper d'éviter leur production, une fois produits ils sont presque négligeables, et il faut se garder de les prendre pour motifs et pour base de mesures prophylactiques générales de la maladie considérée.

IV

Il est évident que cette règle ne serait plus applicable aux maladies qui seraient réellement communes à l'homme et à certaines espèces animales. En pareil cas, on peut s'attendre à voir se réaliser au même degré les passages de l'homme à l'homme, de l'animal à l'animal, de l'animal à l'homme et réciproquement, avec la même facilité, ou du moins avec les seules différences qui peuvent résulter des rapports de l'homme avec l'animal en cause et de leur genre de vie différent, de telle sorte que dans la chaîne épidémiologique tous les chaînons seraient équivalents et interchangeables.

A ce point de vue, une question préalable essentielle se pose tout d'abord : existe-t-il bien réellement des maladies qui soient à ce point communes à l'homme et à certaines espèces animales? Quand on considère que les maladies animales elles-mêmes n'ont que des cercles d'action assez restreints, quand on considère quelles différences profondes séparent la pathologie infectieuse des diverses races humaines elles-mêmes, quand on se rappelle l'écart considérable qui existe entre l'espèce humaine et les espèces animales, surtout abstraction faite des grands anthropoïdes qui vivent trop séparés de nous pour jouer un rôle dans ce débat, on est peu encouragé à admettre *a priori* l'existence des maladies infectieuses communes.

Si on laisse de côté les parasites supérieurs pour ne s'occuper que des maladies microbiennes ou réputées telles, les seules affections qui, dans l'état actuel de nos connaissances pathologiques, méritent d'être examinées à ce point de vue, sont la peste, la diphtérie et la tuberculose.

De la peste, je dirai peu de chose, n'étant pas dans des conditions à avoir sur elle une opinion personnelle. Il est entendu aujourd'hui, à l'égal d'un dogme, que la peste des rats et celle des hommes sont de nature identique; pour nombre d'auteurs, les dangers de transmission du rat à l'homme seraient plus redoutables que ceux de l'homme à l'homme, et le problème de la prophylaxie humaine se confondrait à peu près avec celui d'une hécatombe générale efficace de certaines espèces de rats, car, admirable finesse du bacille pesteux, tout en étant commun à l'homme et à certains rats, il ne l'est pas aux diverses espèces de rats!

Les auteurs ne sont pas cependant d'accord sur tous les points : les uns concèdent à la contagion humaine la peste des foyers permanents de l'Inde, mais ils rapportent aux rats les pestes d'exportation; d'autres attribuent aux rats les épidémies d'été, à la contagion humaine les épidémies d'hiver; certains accordent à l'épizootie et à l'épidémie une apparition simultanée et une évolution parallèle; la plupart nous disent que l'épizootie est un fléau précurseur, qu'elle précède de quelques semaines l'épidémie, etc.

Ces quelques divergences mises à part, l'opinion officielle et générale des hygiénistes paraît acquise de confiance à l'identité des deux fléaux; elle est acquise aussi, ce qui est plus grave, à faire de la lutte contre les rats le premier article du *credo* de la prophylaxie de la peste, le second étant la vaccination antipes-

teuse dans l'un ou l'autre de ses modes : virus atténué de Haffkine ou sérum de Yersin, qui sont en dehors de la question qui nous occupe.

Je le répète, je ne veux pas insister sur cette affection et sur son épidémiologie, que je ne connais que par mes lectures ; je ne puis cacher cependant que je reste sur la défensive à l'égard de la doctrine actuelle, étant quelque peu embarrassé pour démêler en elle la part de la foi et celle de la raison.

Il importe, tout au moins, de ne pas oublier que l'inoculabilité expérimentale, si elle peut avoir quelque utilité pour le diagnostic, ne signifie rien au point de vue des transmissions spontanées, en vertu des lois générales signalées plus haut : il est vrai que l'identité parfaite du bacille pesteux des épizooties et des épidémies aurait une plus grande valeur, mais est-elle en fait bien démontrée ?

En ce qui concerne la diphtérie, la mode a changé au cours de ces dernières années. Il n'y a pas bien longtemps que la diphtérie des volatiles de basse-cour, voire celle des pigeons, était considérée comme identique à celle de l'homme et fort redoutable pour lui ; aujourd'hui, on n'en parle plus guère. Il me semble même qu'on est allé trop loin dans la réaction ; sans nul doute il n'y a aucune identité et aucun parallélisme entre les épizooties diphtériques aviaires et les épidémies humaines similaires ; sans aucun doute également, il n'existe aucun fait probant de transmission *en série* d'homme à homme, ou de volaille à volaille, d'une diphtérie provenant originellement de l'autre espèce, mais n'existe-t-il aucun cas de transmission accidentelle, et resté isolé, de la pépie de la poule à l'enfant ou de la diphtérie humaine à la poule par déglutition des fausses membranes expectorées ? Il y a bien dans la littérature quelques faits assez probants de cet ordre, et, pour dire toute ma pensée, je *crois*, sans en être absolument sûr, que si la diphtérie humaine et la diphtérie aviaire sont deux affections essentiellement différentes, si elles n'ont que des similitudes apparentes, si elles ne sont nullement interchangeables, elles obéissent du moins à la loi épidémiologique générale qui veut que des maladies spéciales à une espèce animale, tout en ne pouvant provoquer d'épizootie que dans cette espèce, soient néanmoins susceptibles, dans des conditions exceptionnellement favorables, de produire accidentellement des cas aberrants chez des sujets à susceptibilité particulière appartenant à des espèces différentes. Libre dès lors à l'hygiène privée de ne pas l'oublier, sans s'en exagérer l'importance, et sans demander à l'hygiène publique des prescriptions impératives et des mesures restrictives qui seraient hors de proportion avec la rareté du danger.

V

Reste la tuberculose, pour laquelle le problème est tout à la fois plus délicat et plus important à résoudre. Nul n'ignore que la tuberculose existe, avec des caractères généraux comparables et avec des flores bacillaires similaires, chez l'homme, chez les bovidés et chez les oiseaux. Après d'assez longues discussions, l'accord paraissait s'être fait, entre bactériologo-hygiénistes, sur l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine, et sur la séparation de la tuberculose aviaire d'avec les deux autres. Les différences incontestées entre les trois bacilles, tant au point de vue morphologique qu'au point de vue biologique, étaient considérées comme des différences de races ou même de variétés entre la tuberculose humaine et la tuberculose bovine, comme des différences d'espèces entre la tuberculose aviaire et les deux précédentes.

L'accord paraissait naguère unanime et définitif, mais, hélas, *multa renascuntur quæ jam cecidere !* Une communication retentissante de M. R. Koch, au Congrès de la tuberculose de Londres en 1901, est venue tout remettre en question. Pour lui, tuberculose humaine et tuberculose bovine sont deux affections bien séparées : la première n'est pas inoculable au bœuf, la seconde n'est pas transmissible à l'homme, ou du moins, quand l'une d'elles prend pied exceptionnellement hors de son terrain, elle reste locale, bénigne et d'ordinaire curable spontanément (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 250-251).

L'autorité de son auteur, surtout en matière de tuberculose, ne permit pas de traiter cette communication par le mépris, et de passer avec un simple haussement d'épaules, comme tout autre à la place de M. Koch l'eût éprouvé sur l'heure, et ce dont lui-même n'eût pas sans doute été très étonné, car, sa communication faite, il se déroba bien vite aux témoignages non équivoques des sentiments de la plupart des congressistes.

La contradiction ne s'est d'ailleurs pas fait attendre ; on ne se contenta pas d'opposer à M. Koch les anciennes observations, on reprit de divers côtés, en les variant, les expériences anciennes ; des commissions de contrôle furent constituées et, trois ans après, comme il arrive souvent, chaque camp couche encore sur ses positions.

Je ne puis ni ne veux entrer ici dans le détail des arguments invoqués, des expériences faites et opposées les unes aux autres ; je voudrais seulement indiquer les réflexions que ce débat m'inspire et chercher quelles sont les conséquences qu'il est légitime d'en tirer, sinon au point de vue de la pathologie générale, du moins à celui, plus étroit, de la simple hygiène pratique.

Précisons tout d'abord que les conséquences hygiéniques ne sont pas aussi étroitement subordonnées qu'il peut le paraître à première vue à la solution du problème de l'identité des deux tuberculoses. Ce que nous avons besoin de connaître, c'est le rôle que jouent les bovidés dans la propagation de la tuberculose humaine, accessoirement peut-être celui que jouent les hommes dans la propagation de la tuberculose bovine ; or, l'identité ou la séparation des deux virus n'est pas la clef unique du problème. Qui ne voit que si la tuberculose se propageait uniquement par cohabitation et par inhalation, et nullement par ingestion, il importerait assez peu que les deux tuberculoses fussent identiques ? Il suffirait pour en préserver l'homme de ne pas faire jouer aux écuries le rôle de logement, et la question serait assez facile à résoudre. Aussi bien, quand on envisage le rôle des bovidés dans la propagation de la tuberculose, on se préoccupe assez peu de la contagion directe, cependant possible et même probable en cas d'identité des deux maladies, pour concentrer toutes ses craintes et toute sa prophylaxie contre la transmission par l'ingestion des viandes ou du lait des animaux tuberculeux.

Sur ce terrain, nombre de partisans de l'identité des deux virus sont d'accord avec ses adversaires, sur l'absence ou tout au moins l'extrême rareté de la transmission par cette voie. Il n'importe pas de rechercher, en effet, si l'ingestion de purées bacillaires, ou si l'injection intrapéritonéale de suc de viande, peut donner la tuberculose au veau ou au cobaye, mais bien uniquement de savoir si l'ingestion de viandes d'animaux tuberculeux, soumises aux préparations culinaires habituelles, ou même mangées crues, sont capables de contagionner l'homme ; or, quel est l'uniciste le plus convaincu qui va au delà d'une simple affirmation de possibilité ? Quel est surtout celui qui soutiendrait la fréquence de ce mode de contamination ?

En ce qui concerne le lait, la question est plus délicate, pour les cas tout au moins où les animaux sont atteints de mammite tuberculeuse, car on sait que pour les autres il n'y a que peu ou pas à s'en préoccuper. Le lait présente, en pareil cas, une richesse assez marquée en bacilles ; il est certainement infiniment plus virulent que la chair musculaire et le danger n'est peut-être pas aussi négligeable, surtout quand il s'agit de jeunes enfants, beaucoup plus sensibles que les adultes aux infections intestinales de toute sorte, y compris la tuberculose.

Il est assurément sage de se défier du lait riche en produits tuberculeux, et cela alors même que les deux virus ne seraient pas identiques. Les faits que nous avons déjà passés en revue démontrent surabondamment que certaines maladies propres à l'animal sont transmissibles accidentellement à l'homme, à titre de cas isolés, plus ou moins rares, mais incontestables ; il y a d'excellentes raisons de croire qu'il en est ainsi pour la tuberculose bovine par la voie du lait provenant de vaches atteintes de mammite tuberculeuse. D'autre part, la prophylaxie en est facile à réaliser, économique, elle ne compromet aucun autre intérêt ; bien plus, si elle est réalisée par l'ébullition (il arrive que la vertu soit quelquefois récompensée), elle protège par surcroît des troubles digestifs, allant de l'athrepsie au choléra infantile, qui pèsent si lourdement sur la première enfance.

Qu'importe dès lors que les causes soient identiques ou différentes ; les mesures prophylactiques s'imposent, elles sont les mêmes dans les deux hypothèses, et tous peuvent se mettre facilement d'accord sur elles ; la seule différence sera que les uns, les unicistes, leur attribueront une importance considérable et un rôle capital, tandis que les autres, les dualistes, sans méconnaître qu'on peut sauver ainsi l'existence de quelques sujets plus réceptifs, ne verront là qu'un moyen accessoire et secondaire dans la grande œuvre de la lutte antituberculeuse, et il me semble bien qu'on ne pourra que leur donner raison.

Les considérations qui précèdent réduisent singulièrement l'importance pratique réelle de la question de l'identité des deux virus ; elles ne vont pas cependant jusqu'à la faire considérer comme indifférente, elles ne lui enlèvent notamment rien de son importance au point de vue du mode très négligé de la transmission par contagion et par cohabitation. Devons-nous, pour ce motif, attendre avec quelque impatience les résultats définitifs — si tant est que pareil terme soit à sa place — des recherches expérimentales entreprises et des grandes commissions nommées ou projetées ? J'avoue que je ne fonde pas grand espoir sur cet effort, parce que je ne pense pas que les expériences nouvelles soient appelées à changer grand'chose à ce qui est déjà acquis, et à ce qui est accepté somme toute par les deux camps ; ceux-ci, en effet, sont bien moins en désaccord qu'il ne le semble au premier abord et qu'ils ne veulent le croire, sur les faits eux-mêmes ; ils diffèrent surtout par les interprétations et par les conclusions qu'ils en tirent.

M. Koch nie l'identité des deux bacilles, mais il n'en admet pas moins que chacun d'eux peut se développer chez les sujets de l'autre espèce, quoique exceptionnellement, en perdant de sa virulence et en restant localisé. M. Arloing, qui peut être considéré actuellement comme se plaçant à la tête de ses adversaires, admet cette identité, mais il reconnaît que chaque bacille, adapté par une longue accoutumance à un habitat organique spécial, a quelque peine à en changer ; il soutient seulement que ses inoculations réussissent quand sa virulence est exaltée ou quand il rencontre des conditions spécialement favorables. La divergence n'est-elle pas plus dans la forme que dans le fond, ou, si l'on aime mieux, n'est-elle pas plus théorique que pratique ? La discussion ne devrait porter dès lors que sur la question du degré de facilité et de la fréquence avec laquelle se font les échanges de virus tuberculeux entre les deux espèces humaine et bovine ; or, sur ce terrain l'expérimentation est radicalement impuissante à résoudre le problème, parce qu'elle en change trop profondément les termes et les données. Les conditions de la transmission ex-

périmentale du virus tuberculeux sont trop différentes de celles de sa propagation spontanée pour qu'on puisse appliquer à la seconde les lois de la première; à ce compte ce n'est pas le bœuf, mais le cobaye qui serait l'agent le plus puissant de la propagation de la tuberculose, et à peu près également pour les deux espèces de cette dernière.

Je ne saurais trop le répéter, la question qui se pose aux yeux des hygiénistes et des populations intéressées dans le débat n'est pas celle de l'identité théorique suivie d'adaptation à des organismes différents, pas même celle de la possibilité de passages accidentels d'une série à l'autre, mais bien et uniquement celle de la pénétration fréquente des deux séries, celle du rôle que joue *en fait* chacune d'elles pour entretenir ou propager l'autre.

Multiplier les infections de veaux ou de génisses par inoculation ou par ingestion de bacilles humains, discuter les pourcentages de succès de ces tentatives, chercher et découvrir les moyens d'en élever le taux jusqu'à l'unanimité ou de l'abaisser jusqu'à la négative, ce n'est apporter au problème, posé comme il convient, aucune contribution utile. Utiliser même les dévouements des fanatiques ou des calculateurs, pour supputer les chances de réussite ou d'insuccès des inoculations du bacille bovin à l'homme, ne serait pas faire œuvre plus décisive. Nul doute que les résultats ne soient inconstants, mais nul doute non plus qu'ils ne soient parfois positifs, et cela, aussi bien si les deux virus sont de même espèce que s'ils constituent des espèces distinctes, pourvu que chacun d'eux soit accidentellement transmissible à des espèces animales différentes, ce qui, dans les conditions expérimentales, est la règle presque constante pour les virus du plus grand nombre des épizooties.

VI

Il y a cependant, ce me semble, une voie quelque peu différente de celle qui est suivie actuellement, et qui serait de nature à trancher la partie pratique du problème; à moins que cette voie ne permette déjà de la trancher avec les seuls résultats acquis, ce qui pourrait bien être le cas, et ce qui expliquerait peut-être pourquoi on la dédaigne.

Ne sait-on pas déjà, d'une manière certaine, que les caractères du bacille humain et ceux du bacille bovin sont assez tranchés et assez fixes pour qu'on puisse les reconnaître avec facilité sur les préparations et surtout dans les cultures? Ne sait-on pas, d'autre part, que le bacille humain est incapable d'acquérir en un seul passage les caractères du bacille bovin, et réciproquement? Ne sait-on pas enfin que les cas *spontanés* de tuberculose humaine ou de tuberculose bovine présentent à peu près toujours des bacilles dont les caractères sont précisément ceux de la série épidémique habituelle à l'espèce animale à laquelle appartient le sujet?

Que faut-il de plus pour démontrer péremptoirement que l'épizootie et l'épidémie constituent deux séries indépendantes, dont les anneaux ne sont pas interchangeables, et qui n'exercent dès lors aucune influence appréciable l'une sur l'autre?

Pour établir l'inexactitude de cette conclusion, il faudrait prouver l'inexactitude de l'un ou de l'autre des trois termes dont l'enchaînement la justifie, c'est-à-dire : ou bien démontrer que les caractères attribués à chacun des bacilles ne sont pas exacts, et nul des adversaires de M. Koch ne le soutient; ou bien soutenir qu'un seul passage de l'animal à l'homme ou de l'homme à l'animal suffit à changer de type le bacille transplanté; ou encore établir, par une statistique étendue, que l'on rencontre avec quelque fréquence le bacille de l'un des types sur des sujets chez lesquels il est hétérogène, importé de l'autre espèce animale.

Il doit être bien entendu, toutefois, que cette séparation spécifique des deux virus n'interdit nullement la réalité de l'infection accidentelle de l'homme par la tuberculose bovine, surtout par inoculation locale, soit sous la forme localisée de tubercule anatomique, soit aussi, mais beaucoup plus rarement, sous celle d'une infection généralisée grave ou même mortelle. Des faits de cet ordre existent pour les épizooties auxquelles l'homme est généralement réfractaire; pourquoi exiger qu'ils fassent défaut dans la tuberculose du bœuf pour qu'on ait le droit de déclarer cette infection spécifique à l'espèce bovine?

Je crois très fermement, et les considérations précédentes me paraissent justifier suffisamment cette manière de voir, que le problème des rapports de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale, quelque peu embrouillé quand on l'envisage seul et isolé, s'éclaire singulièrement quand on le replace dans son cadre naturel, au milieu de ceux que soulèvent les rapports des diverses maladies transmissibles de l'homme et des animaux. On se convainc facilement alors que toutes les maladies virulentes obéissent à une loi de spécificité très générale, qu'elles constituent des types épidémiques ou épizootiques dont la chaîne continue est fermée, sans lacune, sans échange d'anneaux, mais qui sont capables de présenter des cas aberrants, isolés, ou en brèves séries vite éteintes, sortes d'explosions latérales mort-nées, rappelant de loin en loin l'existence de la maladie aux espèces étrangères, mais sans jamais les atteindre sérieusement, sans devenir la source de séries dérivées, susceptibles de poursuivre une longue carrière. L'observation des cas spontanés est seule à même d'en préciser la fréquence et d'en apprécier le degré d'importance pratique, car l'expérimentation en étend le champ au delà de ses limites naturelles.

Cette loi s'applique avec la même exactitude aux épizooties et aux épidémies qui n'ont pas d'analogue dans les autres espèces animales, comme la rage, ou la morve, et à celles qui possèdent des formes similaires, de véritables sosies, dans les deux groupes, comme la diphtérie ou la tuberculose. Tout au plus peut-on soutenir que, pour ces dernières, la similitude résulte d'une origine ancestrale commune, que des passages successifs en série *pourraient* effacer les divergences constatées, voire même que les cas aberrants sont un peu plus fréquents chez elles que pour les affections du premier groupe; toutes ces concessions seraient impuissantes à changer la conclusion pratique qui se dégage de cette comparaison.

Si l'on veut une morale à cette revue d'ensemble, brève et rapide, du rôle des animaux dans la propagation à l'homme des maladies transmissibles, elle ne peut être que la suivante : en faisant abstraction de quelques parasites supérieurs, qui nous viennent des animaux et qui n'occupent d'ailleurs qu'un rang bien effacé en pathologie humaine, pour considérer seulement les maladies microbiennes ou réputées telles, on doit proclamer que l'hygiène doit tenir compte de la propagation des maladies, des animaux à l'homme, qu'elle peut puiser dans leur connaissance quelques mesures prophylactiques utiles, mais il faut se garder d'en exagérer l'importance, et on ne saurait méconnaître que les animaux sont loin de mériter à ce point de vue les excès d'honneur sous lesquels la mode actuelle voudrait les accabler.

Dr L. BARD,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève, ancien professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les formes phlegmoneuses du cancer.

Les récentes communications de MM. les professeurs Le Dentu et Cornil, à l'Académie de médecine de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 44 et 51), ont remis à l'ordre du jour une question des plus complexes et des plus intéressantes : celle des rapports de l'inflammation et du cancer. En pratique, elle se présente souvent, et suscite au diagnostic maintes difficultés.

Parmi ces cas où le problème est à débattre entre phlegmon et cancer, il convient, d'ailleurs, de faire un départ, et, tout d'abord, d'éliminer une première série de faits — ils sont nombreux — où tout se borne à une ressemblance clinique plus ou moins poussée, à une apparente identité de signes et d'évolution. *Tumeur inflammatoire chronique, ou néoplasme :* que de fois, et dans toutes les régions, la question ne se pose-t-elle pas! Et les données sont parfois si trompeuses, que la solution exacte est presque impossible à dégager « avant d'avoir vu ». Une femme de quarante ans, bien portante jusqu'alors, est prise brusquement, dans la nuit, de vives douleurs abdominales et de vomissements; le ventre se ballonne, les douleurs et les vomissements persistent, avec des accalmies, pendant trois semaines; lorsqu'elle entre dans notre service, à l'hôpital Tenon, on sent dans la fosse iliaque droite une grosse masse tendue, plaquée contre la paroi, et qu'on retrouve, par le toucher vaginal, au fond du cul-de-sac droit. Appendicite à prolongement pelvien, tel est le diagnostic qui paraît s'imposer. A l'incision iliaque, on tombe sur une tumeur néoplasique occupant le cæcum, la fosse iliaque et la paroi, en continuité avec un myxome dégénéré de l'ovaire droit.

N'insistons pas, et passons à ces cas, autrement difficiles encore, où le cancer et la suppuration se combinent, où la tumeur maligne se présente, en réalité, comme une tumeur phlegmoneuse.

Pourtant, cette fois encore, il convient de distinguer et de reconnaître deux types. Le premier correspond aux *suppurations périnéoplasiques*, aux abcès qui se développent au pourtour des tumeurs malignes, ou dans leur rayon lymphatique, et cela, d'ordinaire, à une période avancée déjà de leur évolution, par le fait d'une infection secondaire de mécanisme variable : c'est l'abcès périnéphrétique, consécutif au cancer du rein; ce sont les périgastrites suppurées, dans le cancer de l'estomac; les abcès péri-ombilicaux, ceux de la paroi abdominale, dans les cancers du foie, de l'intestin, de l'épiploon; et dans le même cadre doivent être rangées les adénopathies cancéreuses suppurées, telles qu'on les observe, en particulier, au cours de l'épithélioma lingual. Il arrive que cet « ajouté » inflammatoire complique singulièrement les résultats de l'examen clinique et la marche classique de l'affection; mais, en général, le cancer initial s'est affirmé déjà par des signes, physiques et fonctionnels, d'interprétation non douteuse; il a réalisé une partie de son œuvre; et, sous le masque inflammatoire, il ne parvient pas à se dissimuler. Un malade d'une quarantaine d'années nous était présenté avec une collection suppurée épigastrique, gros abcès saillant, rouge, en partie sonore, et donnant, au palper, une sensation toute particulière de collision hydroaérique : on ne pouvait rien sentir, au-dessous de lui, dans la profondeur, mais les vomissements qui se répétaient depuis plusieurs mois, la maigreur extrême et la pâleur jaune du patient ne laissaient aucun doute sur le substratum néoplasique de cette collection. Incisée, elle conduisit dans un vaste foyer cancéreux qui avait pour paroi profonde la face antérieure de l'estomac, perforé.

Tout autres sont les difficultés du diagnostic, lorsque le *cancer suppure d'emblée*, lorsque, dès le début, ou, du moins, dès qu'on l'observe, il revêt les traits et les allures d'une masse phlegmoneuse. En 1895, Hanot, dans une leçon intitulée « Cancer et suppuration », après avoir rapporté et discuté plusieurs exemples

« de suppuration développée en surface sur les néoplasies cancéreuses ulcérées, de suppurations périphériques ou propagées à distance par les lymphatiques », insistait sur les suppurations « intra-cancéreuses ». Le malade de M. Le Dentu, âgé de soixante-quinze ans, présentait une « tumeur suppurée » de la mâchoire inférieure, ayant toutes les apparences de l'actinomycose : l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma suppuré.

Un homme de cinquante-huit ans nous est envoyé avec une tumeur rouge, fluctuante et douloureuse, accolée à la partie moyenne de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur; le début remonte à quatre mois; du pus sourd de temps en temps par les alvéoles de deux dents qui manquent à ce niveau; la santé générale est parfaite. Suppuration périmaxillaire chronique d'origine dentaire : ce diagnostic semble tout rationnel, bien que le pourtour épais et un peu diffus de la collection nous laisse quelques doutes. Mais l'intervention ne les justifie nullement, tout d'abord : nous trouvons un abcès « franc », une poche bourgeonnante, un maxillaire dénudé; la poche est excisée, l'os avivé, et c'est par « acquit de conscience » qu'un fragment de cette paroi est réservé pour l'examen histologique. Or, cet examen est nettement affirmatif et démontre l'épithélioma, et, de fait, la plaie ne se ferme pas, de grosses végétations saignantes la remplissent bientôt et ulcèrent la peau tout autour, le maxillaire se rompt : une résection large s'impose, comme le seul — et triste — recours.

Les surprises de ce genre sont loin d'être exceptionnelles, dans le territoire bucco-pharyngé; mais, ailleurs encore, on en rencontre des exemples. Une jeune femme, d'aspect florissant, avait eu, au sein gauche, une série d'abcès, successivement ouverts et guéris sans autre trace qu'un noyau « inflammatoire »; j'ouvris un nouvel abcès, un abcès authentique, plein de pus phlegmoneux; la plaie ne guérit pas, et, dans les semaines qui suivirent, le sein grossit, devint bosselé, douloureux, l'état général s'altéra, et l'on vit se développer un néoplasme diffus, à marche rapide.

Nous avons observé pareille évolution, autrefois, à l'hôpital de la Pitié, chez un malade qui était entré dans nos salles avec un type de phlegmon large du cou : vaste plaque rouge, œdémateuse, épaisse, occupant toute la région sterno-mastoïdienne gauche; fièvre élevée; frissons. Une incision profonde ouvre une nappe de pus sous-musculaire; d'autres collections se produisent, qu'on incise tour à tour; rien ne guérit, le malade maigrit et se cachectise, il finit par succomber. On trouve un vaste foyer épithéliomateux infiltrant les plans profonds du cou, et dont l'origine première reste douteuse.

Autre fait. Un homme de quarante ans entre à l'hôpital Tenon, le 9 octobre 1903, avec une volumineuse tuméfaction ganglionnaire, suppurée et fistuleuse, de la région latérale droite du cou; aucun noyau dur, une peau amincie et décollée autour des fistules; çà et là, de petites collections fluctuantes. Aucun signe, aucun indice physique du côté de la bouche, du pharynx ou du larynx. Tuberculose ganglionnaire suppurée : rien ne paraît plus plausible. On intervient, et, dans la profondeur, après l'ouverture des abcès et le curettage des premiers plans, on trouve une sorte de membrane dure, saignante, à gros bourgeons, qui se prolonge et se diffuse au loin et s'infiltre dans les tissus ambiants. Non, ce n'est pas de la tuberculose, c'est du cancer : l'examen histologique en fournit bientôt la preuve, et, deux mois plus tard, la terminaison fatale le démontrait à son tour.

Ces cancers suppurés, ces formes phlegmoneuses du cancer, qui correspondent à la première variété histologique indiquée par M. Cornil, s'accusent, en effet, le plus souvent, comme des formes de malignité particulière, de diffusion rapide, et qui laissent peu de chances au recours opératoire. Il n'en est que plus important de déceler, aussitôt que possible, la nature vraie de ces pseudo-phlegmons; or, la besogne ne laisse pas que d'être fort malaisée. Pourtant, il est assez rare que l'examen local ne révèle pas quelque point suspect, ne laisse pas quelque arrière-pensée : dureté « exceptionnelle » du pourtour de la collection, large base, profonde et adhérente, sans limites nettes, coloration violacée spéciale de la peau; d'autre part, l'état général, à y regarder de très près, a subi, d'ordinaire, de réelles atteintes; il est plus altéré, ou d'une autre façon, que par le fait d'une suppuration franche, fût-elle prolongée. Ajoutons que l'examen du sang ne fournit, en pareille occurrence, que des données assez vagues, la leucocytose s'observant à la fois dans les suppurations et dans le cancer.

On n'arrivera donc au diagnostic — ou tout près — que par l'analyse d'une série de nuances; elles ne se prêtent guère à être définies et systématisées, elles ne valent, dans chaque cas individuel, que par leur rapprochement. C'est une raison de plus pour étudier ces associations étranges du néoplasme et de la suppuration et pour signaler à l'attention des praticiens ces abcès qui sont des cancers.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ozène par les injections de paraffine sous la muqueuse des cornets.

La méthode des injections interstitielles de paraffine, poussées dans la muqueuse des cornets des fosses nasales, a pour la première fois été appliquée au traitement du coryza atrophique, il y a environ deux ans, par M. le docteur E.-J. Moure, chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Bordeaux. A la même époque, M. le docteur Richard Lake, chirurgien de l'hôpital métropolitain d'oto-rhino-laryngologie de Londres, faisait connaître les résultats qu'il avait obtenus, de son côté, dans un cas de rhinite atrophique par des injections de paraffine. Depuis lors, et malgré l'insuccès enregistré dans 2 cas par M. le docteur J. Fein (médecin militaire autrichien) (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 419), cette méthode a également été adoptée en Belgique, notamment par M. le docteur J. Broeckaert (de Gand), et tout récemment M. le docteur J. Helsmoortel (d'Anvers) signalait les bons effets que lui a aussi donnés la prothèse à la paraffine dans le traitement de l'ozène.

La technique employée par ces divers rhinologistes varie peu. La différence la plus importante que l'on puisse noter concerne le point de fusion de la paraffine adoptée. Les premiers essais furent faits avec une paraffine très dure, fusible à 60°, à laquelle M. Moure paraît être resté fidèle jusqu'à présent. Au contraire, les confrères belges que nous venons de citer ont peu à peu été amenés à employer une paraffine fondant à une température moins élevée. Après différentes expériences, M. Broeckaert s'est finalement arrêté à un produit fusible à 45°. La solidification de cette paraffine étant relativement lente, la technique s'en trouve d'ailleurs beaucoup facilitée : il n'est pas nécessaire de faire l'injection avec autant de hâte et elle peut s'effectuer sous une pression très faible; à la température de 55°, qui est celle de la masse injectée, on n'a guère à redouter, d'autre part, l'apparition d'une phlébite ni la migration de fragments de paraffine; enfin cette paraffine, étant moins dure, se laisse plus aisément pénétrer par les phagocytes : à la place d'un enkystement, on obtient l'organisation du bloc de paraffine.

La seringue qui sert à pousser l'injection doit être courte, large, d'une contenance d'au moins 3 c.c. Celle dont se sert M. Broeckaert est pourvue d'une monture métallique; M. Moure préfère une armature en ivoire, moins bonne conductrice de la chaleur. Il est utile que le piston métallique de la seringue soit muni d'une virole en caoutchouc, qui s'engage à frottement dans le corps de l'instrument, afin d'empêcher la paraffine liquide de refluer entre le piston et le corps de pompe, et d'éviter que le piston ne descende par son propre poids quand la seringue est chargée. L'aiguille doit être adaptée à la seringue à l'aide d'un pas de vis avec interposition d'une rondelle de cuir qui empêche la paraffine de fuser entre la seringue et l'aiguille.

La seringue, préalablement stérilisée, est placée dans un récipient métallique rempli d'eau portée presque à la température d'ébullition et dans lequel on met également le petit vase contenant la paraffine. Pendant que s'opère le refroidissement de l'eau, et, par conséquent celui de la seringue et de la paraffine qui y sont immergées — refroidissement dont on contrôle le degré à l'aide d'un thermomètre plongeant dans la masse à injecter —, on procède à la désinfection de la muqueuse pituitaire et à son anesthésie à l'aide de tampons imbibés d'une solution forte de cocaïne.

Aussitôt que la température de la paraffine n'atteint plus que 55°, on charge la seringue et on procède à l'injection, en s'éclairant à l'aide d'un spéculum nasal tenu de la main gauche. On pique la muqueuse en enfonçant l'aiguille résolument et on pousse l'injection lentement et sans à-coup, tandis que le malade conserve l'immobilité la plus absolue. Il importe, au cours de ces manipulations, de ne pas changer l'aiguille de place, faute de quoi la paraffine ne manquerait pas de ressortir par l'orifice de la première piqûre. La quantité de paraffine à injecter ne dépasse jamais quelques centimètres cubes; rarement, même, il est utile d'en injecter plus d'un ou deux. Toutefois, rien n'empêche de traiter successivement, en une même séance, les deux fosses nasales. C'est une pratique à laquelle M. Moure a parfois recours.

La partie postérieure du cornet inférieur doit être considérée comme le lieu d'élection pour la piqûre. Dans certains cas, cependant, on peut être amené à faire l'injection dans une autre région des fosses nasales, telle que la cloison médiane ou le plancher; cette éventualité se présente notamment lorsque l'atrophie dont la muqueuse du cornet est le siège est trop prononcée pour qu'il soit possible de piquer la membrane en cet endroit, ou encore lorsqu'en raison de sa friabilité, la muqueuse se rompt sous l'effort de l'injection.

Une seule séance suffit quelquefois pour ramener à la normale le calibre de la fosse nasale. Plus souvent, il y a lieu de compléter la réfection des cornets à leur extrémité antérieure. M. Moure pratique généralement ces injections supplémentaires trois semaines ou un mois après la première séance, M. Helsmoortel au bout de huit à quinze jours.

En tous les cas — et M. Broeckaert insiste particulièrement sur ce détail —, il convient de refaire les cornets d'arrière en avant; il importe en effet de ne pas entreprendre la restauration de la moitié antérieure du cornet avant d'avoir enrayé le mal dans la moitié postérieure de la fosse nasale.

A la suite de l'opération, la sécrétion de la pituitaire se modifierait assez rapidement. Dès le quatrième ou le cinquième jour, l'odeur de punaisie diminuerait considérablement et les croûtes commenceraient à tomber, sans qu'il fût désormais nécessaire d'avoir recours aux lavages nasaux. L'amélioration s'accentuerait ensuite progressivement, et, dans les cas suffisamment récents, elle pourrait aller jusqu'à la guérison complète, caractérisée par la suppression des sécrétions morbides et la disparition de l'odeur fétide. M. Helsmoortel a même noté que, la plupart du temps, l'odorat reparaît et peut devenir très fin.

Quant aux résultats éloignés du traitement, ils semblent également excellents : M. Moure et M. Broeckaert ont, en effet, pu constater l'un et l'autre que les améliorations fournies par les injections sous-muqueuses de paraffine paraissaient se maintenir d'une façon définitive. Ce mode de traitement semble donc supérieur à tous ceux qu'on a préconisés jusqu'ici.

BULLETIN

Le procédé de conservation du lait par le formol devant la science et devant la loi.

Il y a un mois environ, la presse politique allemande fit grand bruit à propos d'une communication de M. von Behring à la Société de médecine interne de Berlin sur la pathogénie de la phtisie pulmonaire, dans laquelle le professeur de Marbourg envisageait d'une manière particulière la protection des nourrissons contre la tuberculose. A leur tour, quelques-uns des principaux journaux médicaux de l'Allemagne, comme la *Berliner klinische Wochenschrift*, ne manquèrent pas de déclarer que le moyen préconisé par M. von Behring constituait une idée géniale (*ein grosser und der Prüfung mit den grossartigsten Mitteln werter Gedanke*). Mais du texte de cette communication sensationnelle il résulta simplement que M. von Behring recommandait d'additionner, immédiatement après la traite, le lait destiné à l'alimentation artificielle des nourrissons de petites quantités de formol (1 pour 10,000). Ce procédé aurait pour effet, non seulement de prévenir l'altération du lait, mais encore d'entraver le développement des bactéries, tout en lui conservant ses anticorps (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 29).

Le savant bactériologiste allemand ne disait pas, d'une façon expresse, si le procédé qu'il préconisait était nouveau ; mais, comme il ne citait aucune expérience antérieure, il était légitime de supposer que le moyen indiqué lui appartenait en propre, sans quoi il aurait dû faire mention des auteurs qui s'étaient occupés de la question avant lui.

Cependant, une courte excursion dans la littérature médicale montre que, dès 1895 et en Allemagne même, MM. Weigle et Merkel avaient constaté que les albuminoïdes du lait subissaient, sous l'action de l'aldéhyde formique, des modifications portant à la fois sur leur constitution chimique et sur leur digestibilité. Aussi ces auteurs conclurent-ils que le lait additionné de formaldéhyde était tout à fait impropre à l'alimentation des nourrissons.

L'année suivante, le préfet de police de Paris demanda au Conseil d'hygiène publique de la Seine de lui faire connaître son avis sur l'emploi de l'aldéhyde formique comme moyen de conservation du lait. Les expériences faites à ce propos par M. le professeur A. Gautier furent entièrement confirmatives de celles de MM. Weigle et Merkel : elles démontrèrent que la formaldéhyde faisait subir certaines transformations aux albuminoïdes du lait et s'opposait à leur peptonisation. De plus, M. Gautier constata que, si l'addition d'aldéhyde formique arrêtait les fermentations putrides, elle entravait aussi les fermentations normales, nécessaires au travail digestif : c'était condamner le procédé de conservation par le formol. Tel fut l'avis du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine ; telle aussi la conclusion adoptée en 1897 par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, sur le rapport de M. Dubrisay.

En 1899, des expériences analogues à celles de M. A. Gautier furent entreprises en Angleterre par MM. Rideal et Foulerton ; ces auteurs notèrent qu'il suffisait d'ajouter de 1 pour 50,000 à 1 pour 10,000 de formol au lait pour constater, dans l'action des ferments digestifs, un retard allant de 0.2 à 18 %.

Peu après, M. Annett fit connaître le résultat des recherches qu'il avait poursuivies sur ce point à Liverpool. Partant de l'idée que l'âge des animaux dont s'étaient servis MM. Rideal et Foulerton dans leurs expériences était trop avancé pour que les résultats pussent fournir des conclusions pratiques, il choisit de jeunes chats de trois à quatre semaines. Il constata ainsi que le poids des animaux nourris avec du lait formolé à 1 pour 50,000 restait inférieur de 30 %, soit près du tiers, à celui des témoins. Le déficit était de 40 % quand le lait renfermait le double de formol (1 pour 25,000), et de 70 % lorsque la proportion était de 1 pour 12,500. Ainsi donc, l'influence du formol sur le poids des animaux s'accuse d'autant plus que le lait contient une plus grande quantité d'aldéhyde formique, et, fait important à noter, M. Annett déclare que cette influence fut, en outre, d'autant plus prononcée que les animaux étaient plus jeunes : le lait à un même taux de formolisation agissait d'une manière plus fâcheuse sur les chats de trois semaines que sur ceux d'un mois.

Enfin, la question a été reprise en 1901, à Cambridge, par MM. Tunnicliffe et Rosenheim, et cela non plus sur des animaux, mais sur des enfants même. En mélangeant à la nourriture de l'aldéhyde formique à la dose maxima de 1 pour 5,000 de lait ou de 1 pour 9,000 d'aliments ordinaires et de boisson, ces auteurs n'ont pas constaté, il est vrai, d'action *appréciable* sur les échanges azotés ou phosphorés, ni sur l'assimilation de la graisse, mais, de l'analyse des chiffres obtenus dans leurs expériences, ils sont portés à admettre que l'aldéhyde formique semble restreindre l'assimilation du phosphore et de la graisse, probablement en vertu d'une action sur le pancréas. Toutefois, ces expériences, poursuivies pendant trois semaines seulement, portaient sur des enfants en bonne santé, âgés l'un de deux ans et demi et l'autre de cinq ans, et il est assez rationnel de supposer que les résultats eussent été plus nets si la durée des essais avait été prolongée et surtout s'il s'était agi de nourrissons. Il faut aussi prendre en considération l'état de santé des sujets en expérience, et la preuve en est que chez une fillette de quatre ans, relevant d'une pneumonie, MM. Tunnicliffe et Rosenheim ont noté que l'aldéhyde formique à la dose sus-indiquée exerçait une action chimiquement mensurable sur l'assimilation de l'azote, du phosphore et de la graisse, si bien que le bilan des matières protéiques accusa une tendance manifeste vers le déficit.

De l'ensemble de cette série d'expériences, il résulte bien que la formaldéhyde mélangée au lait ou aux aliments détermine des effets néfastes, qu'il n'est pas possible de préciser pour le moment parce que les expériences sur l'homme ne sont ni assez nombreuses ni d'une durée assez longue, mais qui sont indéniables. Ces conclusions ne pourraient être infirmées que par d'autres recherches sur l'homme, venant en prouver le mal fondé. Or, c'est ce que n'a pas fait M. von Behring, qui s'est borné à préconiser un procédé déjà connu sans réfuter les résultats des expériences que nous venons de rappeler sommairement.

Cette façon d'agir tient probablement à ce que M. von Behring ne connaissait pas toutes les faces de la question, et ce qui semble prouver qu'il doit en être ainsi, c'est qu'il a omis de dire que le procédé en question allait à l'encontre de la législation de son pays. En effet, d'après une décision du chancelier de l'empire allemand rendue le 18 février 1902 et publiée dans le *Reichsgesetzblatt*, l'emploi de l'aldéhyde formique est interdit pour la conservation de la viande, et, si l'on se reporte à l'exposé des motifs de cette décision, pour les substances alimentaires. Or, le lait ne peut pas ne pas être compris dans cette dernière catégorie.

Mais bien avant l'Allemagne, d'autres pays, la France, par exemple, ont pris des mesures protectrices contre la mise en vente de lait formolé. Dès 1897, le ministre de la justice en France a, sur l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique, prescrit des poursuites contre tout individu qui mettrait en vente une substance alimentaire — lait ou autre — additionnée de formol. C'est ainsi que le 2 décembre dernier, le tribunal correctionnel de la Seine a condamné le chef de dépôt d'une grande laiterie, prévenu de falsification de lait et de mise en vente de lait falsifié par l'addition de formol, et cela en se basant sur l'interdiction de l'emploi de ce produit, conformément à la conclusion adoptée par le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Une mesure analogue a été mise en vigueur dès 1895 dans certaines parties des Etats-Unis d'Amérique, telles que la Pensylvanie, où l'on considère la formolisation du lait comme une adultération dangereuse pour la santé publique : tous les inspecteurs sanitaires chargés du contrôle du lait sont munis d'une trousse spéciale pour faire l'analyse extemporanée des échantillons suspects.

Ainsi donc, le moyen que recommande M. von Behring ne peut légalement être mis en pratique, car il exposerait le vendeur d'un lait additionné de formol à des poursuites correctionnelles. De plus, ce moyen doit, en l'état actuel de la science, être considéré comme dangereux pour la santé publique, surtout quand il s'adresse aux nourrissons et aux enfants en bas âge.

On ne peut que regretter de voir un savant de la valeur de M. von Behring procéder, comme dans la circonstance présente, sans fournir une démonstration préalable des avantages et de l'innocuité du procédé qu'il préconise. Il est certain que les hommes jouissant d'une notoriété scientifique ne sont pas sans encourir quelque responsabilité, s'ils n'ont la précaution de s'instruire exactement de la vérité, et si de la sorte ils entraînent le public qui a confiance en leur parole dans une voie préjudiciable et aux intérêts de la science et à la santé publique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1904.

Traitement des affections cancéreuses.

M. Doyen lit une note dans laquelle — après avoir rappelé qu'il a déjà signalé l'existence, dans les tissus cancéreux, d'un microbe particulier, le *Micrococcus neoformans*, dont l'inoculation aux animaux provoque l'apparition de tumeurs variées — il dit avoir traité depuis 1901, au moyen d'injections de cultures de ce microbe, d'une virulence variable, ou de ses toxines, 126 cas de tumeurs malignes.

Sur ces 126 malades, 58 n'ont retiré aucun bénéfice du traitement ; 47 sont actuellement en observation et 21 peuvent être considérés comme guéris.

Sur les 47 malades en observation, 29 doivent être suivis encore pendant quelque temps pour qu'il soit possible de conclure dans un sens ou dans l'autre, mais tous ont bénéficié du traitement, au moins temporairement. Les 18 autres, bien qu'ils aient été manifestement améliorés, ne sont pas compris parmi les cas de guérison, parce que les masses néoplasiques en voie de résorption n'ont pas complètement disparu à l'heure actuelle.

Restent donc 21 patients chez lesquels il n'existe plus aucune trace de tissu néoplasique et que M. Doyen considère comme guéris. Ces 21 cas concernent des tumeurs variées : lymphadénome du testicule avec généralisation au pli de l'aine, sarcome des muscles de la cuisse, cancer de l'estomac avec généralisation à la paroi, cancer de l'utérus avec noyaux disséminés dans le petit bassin, cancer de la langue, épithélioma de la face avec généralisation ganglionnaire, sarcome de l'amygdale, épithélioma du sein, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1904.

De la jéjunostomie en Y.

M. Quénu. — Le rapport que M. Schwartz nous a présenté dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 51) me fournit l'occasion de vous communiquer une observation de jéjunostomie pratiquée, non pas pour un cancer de l'estomac, mais pour une gastrite ulcéreuse. Il s'agit d'un homme chez lequel j'avais déjà fait, en 1897, une gastro-entérostomie pour une sténose cicatricielle du pylore avec dilatation énorme de l'estomac. Quatre ans plus tard, des douleurs très vives se reproduisirent au niveau de l'estomac, largement envahi par un ulcère peptique; je pratiquai une nouvelle gastro-entérostomie par le procédé en Y; pendant quelques mois le malade ne souffrit plus, mais bientôt les douleurs reparurent, et, dans une troisième intervention, je pus constater que l'ulcération gastrique s'était reproduite au niveau de l'anastomose; après avoir restauré celle-ci, je fis une jéjunostomie en Y, mais je ne donnai que 12 centimètres de longueur au segment abouché à la peau; le fonctionnement de la bouche jéjunale n'a pas été satisfaisant, car il y a eu du reflux des aliments. A l'heure actuelle, le patient va bien et peut s'alimenter par la voie buccale; il est à craindre toutefois que l'ulcération gastrique ne se reforme et ne donne lieu à de nouveaux accidents.

M. Tuffier. — Chez une femme de cinquante-deux ans, qui, après avoir eu des hématémèses, présentait des signes de sténose de l'œsophage, je trouvai un cancer occupant la petite courbure de l'estomac et descendant sur les deux faces de l'organe. Je dus renoncer à faire une gastro-entérostomie et j'établis une duodénostomie; la bouche fonctionna mal et je me décidai à pratiquer une jéjunostomie en Y par le procédé de Maydl. Le résultat ultérieur fut très médiocre, au point de vue de l'alimentation, et la malade succomba au bout de vingt jours.

M. Hartmann. — Je crois que la simple jéjunostomie latérale, avec un très petit orifice, doit donner de meilleurs résultats que les procédés complexes de jéjunostomie en Y. Cette opération me paraît d'ailleurs devoir être réservée aux cas où la gastro-entérostomie est contre-indiquée, et je dois ajouter que, à mon avis, la duodénostomie est alors préférable à la jéjunostomie.

De l'appendicite chronique.

M. Potherat. — Je puis vous citer un fait qui vient s'ajouter à ceux que M. Guinard nous a communiqués; il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, qui souffrait de douleurs abdominales et de vomissements presque incoercibles avec un état de cachexie très avancé, sans qu'aucun signe local permît de faire un diagnostic; je l'opérai et je trouvai un appendice chroniquement enflammé, dont l'ablation amena une guérison complète. Dans un autre cas, relatif à une jeune femme de vingt-huit ans, qui m'était adressée comme atteinte de salpingo-ovarite, j'ai également constaté une appendicite chronique qui était l'unique cause des troubles observés.

M. Bazy. — Parmi les erreurs que l'on peut commettre au sujet de l'appendicite, je désire insister sur la douleur para-ombilicale de la pyélite et de la pyélonéphrite, que j'ai vu mettre à tort sur le compte d'une lésion appendiculaire.

M. Ricard fait un rapport sur une observation adressée par M. H. Meunier (de Pau), et relative à un corps étranger dans la bronche gauche (clou de tapissier), qui fut extrait au bout de cinquante-sept jours, chez un enfant de trois ans et demi, au moyen d'une pince, après trachéotomie. Le petit malade guérit.

M. Villemin lit un travail sur le traitement de l'hypospadias balanique et pénien par abouchement du méat anormal à l'extrémité du gland, après dissection de l'urèthre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 février 1904.

A propos de l'hypertension artérielle.

M. Teissier. — D'assez nombreuses observations viennent à l'appui des considérations présentées lors d'une précédente séance par M. Vaquez sur l'hypertension artérielle associée à certains accidents transitoires ou plus ou moins durables (amaurose, aphasie, encéphalopathie convulsive) de l'intoxication saturnine, de l'éclampsie et de l'urémie (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 45).

S'il résulte de ces faits que là où il y a hypertonie vasculaire, c'est-à-dire hypertension, il peut y avoir des accidents convulsifs, il semble également démontré que, dans des conditions inverses, réalisant l'hypotension, les accidents nerveux peuvent faire défaut ou ne pas présenter le caractère convulsif. J'ai montré en 1896 que, chez les tuberculeux en état habituel d'hypotension, indemnes de lésions cérébrales ou méningées, mais atteints de lésions rénales autres que la néphrite atrophique, l'urémie était chronique plutôt qu'aiguë, gastro-intestinale ou respiratoire plus que cérébrale; que si respiratoire, elle ne s'affirmait pas par une dyspnée paroxystique convulsive, mais par une dyspnée inconsciente à type de Cheyne-Stockes; que si cérébrale, elle se caractérisait par un subdélire doux et tranquille ou par le coma sans phénomènes convulsifs. Il me parut alors que, dans un processus aussi complexe, de nombreux éléments pouvaient troubler les actes vasculaires, comme le jeu des viscères ou le fonctionnement du cerveau dont l'excitabilité réflexe se trouvait diminuée. Je rappelais la nature des lésions rénales des tuberculeux, l'intoxication tuberculeuse, les propriétés ectasiantes — par suite hypotensives — de la tuberculine, la déperdition de l'organisme tuberculeux en sels de potasse, lesquels sont doués de propriétés convulsivantes, et j'en concluais que l'hypotension ne commandait pas à elle seule la modalité des réactions fonctionnelles.

Pour ce qui est de l'hypertension et des accidents qu'il a étudiés, M. Vaquez conclut autrement: l'hypertension serait le facteur étiologique et pathogénique commun, le lien nécessaire des accidents qui, à son avis, ne pourraient plus être considérés comme fonction de la maladie causale. Il exclut les processus initiaux toxiques pour accorder le pouvoir de stimulation vasomotrice aux seules glandes surrénales, en état d'hyperépinéphrie passagère ou durable. L'idée est séduisante, elle n'est encore qu'une hypothèse; je doute cependant que cette hyperépinéphrie (justiciable à son tour de plusieurs facteurs) explique, à elle seule, et toujours, l'hypertension artérielle, par exemple de la néphrite atrophique (hypertension constante en l'absence de complications ou de cachexie). Je ne crois pas, d'autre part, que l'hypertension artérielle, avec les troubles circulatoires qui peuvent en résulter, soit la cause exclusive des accidents envisagés, notamment de l'encéphalopathie convulsive. Sans parler des notions acquises sur l'urémie et l'éclampsie, la présence du plomb dans l'encéphale, les lésions encéphaliques de l'intoxication saturnine humaine et expérimentale, l'efficacité de la saignée, cependant sans action le plus souvent sur la pression artérielle (Potain), sont autant de témoignages de la complexité du processus. Il en résulte, pour moi, qu'à côté des troubles de l'hydraulique circulatoire dus aux modifications de la tonicité vasculaire, il faut faire une place à l'action toxique troublant ou lésant le vaisseau, adultérant le milieu sanguin, mettant le cerveau, comme disait Landois, en état d'opportunité éclamptique.

Je pense donc, en résumé, que l'hypertension artérielle ne peut être considérée comme commandant à elle seule la modalité des réactions fonctionnelles visées par M. Vaquez.

M. Aubertin. — Sur 8 malades atteints de néphrite chronique avec hypertension, chez lesquels j'ai examiné avec M. Ambard les capsules surrénales, nous avons constaté 3 fois l'existence d'adénomes de ces organes. Dans les autres cas, les glandes étaient simplement augmentées de volume, et cette augmentation portait uniquement sur la substance corticale. Je ferai remarquer, en outre, que nous avons toujours trouvé les mêmes lésions histologiques au niveau des adénomes et des capsules surrénales macroscopiquement saines. Par contre, sur 7 cas de néphrite interstitielle et sur 12 cas de maladies diverses sans hypertension, une seule fois les capsules surrénales étaient altérées.

M. Ménétrier. — J'ai constaté également 7 cas d'adénome des capsules surrénales; 2 seulement concernent des malades qui présentaient en même temps des lésions de néphrite interstitielle; les reins des 5 autres patients étaient absolument sains. Dans tous ces faits, il s'agit d'adénomes graisseux, lésions plutôt banales, qui ne me paraissent guère pouvoir être considérées comme le témoignage d'une suractivité fonctionnelle de la glande surrénale.

M. Josué. — J'ai observé récemment 3 malades atteints d'athérome artériel, à l'autopsie desquels on a constaté une hypertrophie des capsules surrénales qui étaient, en outre, le siège de petits adénomes.

L'examen histologique a montré dans ces 3 cas une hyperplasie de la couche glomérulaire avec hyperplasie nodulaire et transformation spongieuse de toutes les assises cellulaires de la substance corticale et, enfin, une hyperpigmentation de la couche réticulée. Ces altérations histologiques relèvent manifestement d'une suractivité des glandes surrénales ou d'une hyperépinéphrie; elles confirment donc les faits expérimentaux relatés naguère par MM. Bernard et Bigart (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 394) et démontrent l'origine surrénale de l'athérome artériel, au moins dans un certain nombre de cas.

M. Vaquez. — Les relations que j'ai établies dans ma récente communication entre l'hypertension et certains symptômes transitoires ou spasmodiques qui surviennent au cours de la colique de plomb, de l'urémie et de l'éclampsie, n'ont pas été l'objet de contradictions décisives au cours de la discussion que cette communication a soulevée. J'ajouterai, pour ma part, que les rapports que je n'avais qu'hypothétiquement envisagés entre certains accidents oculaires, le glaucome notamment, et l'hypertension avaient été déjà certifiés par les travaux de M. Terson et de M. Bajardi. Ces auteurs ont de plus insisté, et à juste titre, sur l'importance pathogénique des variations de la pression artérielle.

C'est un fait important que l'hypertension, surtout celle qui accompagne les lésions chroniques des reins, ne s'établit pas de suite en permanence, mais qu'elle subit, principalement dans le stade de début, des variations qui peuvent, suivant l'état de fatigue ou de repos, physique ou intellectuel, élever la pression jusqu'à 28 ou 30 centimètres ou l'abaisser à 23 ou 24. C'est souvent au cours de ces variations que surviennent les accidents que j'ai signalés.

L'hypertension permanente, à l'état de mal, pour ainsi dire, ne s'établit habituellement qu'après des poussées ou des crises variables d'hypertension transitoire.

La question de la pathogénie a soulevé quelques objections, et les différentes théories qui tendent à expliquer le phénomène de l'hypertension ont été à nouveau défendues. Tour à tour la vaso-constriction, l'hypertrophie cardiaque, la rétention de produits toxiques en ont été derechef considérées comme la cause nécessaire et suffisante. Aucune de ces théories n'est, à notre avis, acceptable. Ici encore il faut considérer les faits.

Si, dans le cas que nous avons relaté, nous avons pu constater la présence d'un adénome surrénal, il n'en faudrait pas conclure que nous avons voulu établir un rapport de cause à effet entre l'adénome et l'hypertension. Ce fait nous a conduit seulement à rechercher la coexistence de lésions des capsules surrénales, dont la nature exacte restait à déterminer, avec la surélévation de la pression. Ces lésions, il ne faut pas l'oublier, peuvent être simplement irritatives et ne se déceler qu'à l'examen histologique.

Un cas de leucémie aiguë chez l'enfant.

M. Weil communique, au nom de M. Jeanselme et au sien, l'observation d'un enfant de neuf ans, qui fut atteint, à la suite d'un refroidissement, d'une angine pseudo-membraneuse, de purpura et d'épistaxis avec tuméfaction de la rate et des ganglions. La mort survint au bout de quinze jours dans le coma, sans fièvre, mais avec des hémorrhagies multiples et une diminution du volume de la rate et des tumeurs ganglionnaires. Le diagnostic de leucémie aiguë fut confirmé par l'examen du sang et les résultats nécroscopiques.

L'examen du sang, pratiqué pendant la vie, avait, en effet, permis de constater une anémie intense et des troubles de la coagulation : il n'existait pas de leucocytose (4,000 globules

blancs par millimètre cube), mais les mononucléaires étaient prédominants (78 % avec 4 % de *Mastzellen*).

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions microscopiques habituelles de la leucémie aiguë, une infiltration myélogène larvée des organes hématopoiétiques, causée par une infection streptococcique massive. C'est cette infection qui, d'après l'orateur, avait provoqué la disparition terminale des tumeurs ganglionnaires et splénique, ainsi que la leucopénie et les troubles de coagulation du liquide sanguin.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 10 février 1904.

Sur la voie de propagation de la tuberculose chez les enfants.

M. Westenhöffer fait une communication dans laquelle il insiste sur cette particularité, constatée à maintes reprises par les pédiatres et les anatomo-pathologistes, que la tuberculose n'apparaît pas chez l'enfant avant l'âge de trois mois, âge à partir duquel elle devient de plus en plus fréquente. Or, c'est précisément au troisième mois que commence la première dentition, qui a pour effet d'entretenir la muqueuse buccale en état d'irritation et de l'exposer à de multiples érosions. Ce serait là, pour l'orateur, la porte d'entrée de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques. A ce propos, M. Westenhöffer fait observer que, seul parmi les animaux domestiques, le porc est susceptible de contracter la tuberculose au cours de la première année d'existence; c'est aussi le seul qui ne possède pas sa dentition au moment de la naissance ou du moins quelques jours après. Au reste, la possibilité d'une infection d'origine amygdalienne, chez l'enfant, demeure entière, mais ce serait là, pour l'orateur, une éventualité fort rare.

Quant à l'opinion de M. von Behring, qui attribue la contagion infantile à une plus grande perméabilité de la muqueuse gastro-intestinale à l'égard des microbes dans le jeune âge, M. Westenhöffer ne saurait l'admettre, car rien ne distingue la muqueuse intestinale de l'enfant de celle de l'adulte, et quant à la muqueuse stomacale, ce n'est que pendant les deux premiers jours de la vie qu'elle offre des caractères particuliers. La tuberculose d'origine intestinale lui paraît d'ailleurs pouvoir être pratiquement négligée.

Au point de vue prophylactique, l'orateur conclut à la nécessité d'une hygiène très soignée de la bouche chez le nourrisson, surtout dans les familles qui comptent des phtisiques, et sur l'importance qu'il y a à empêcher les enfants de porter à la bouche des objets pouvant être souillés de bacilles tuberculeux.

M. Orth croit aussi, d'après les résultats de sa propre expérience, à la rareté de la tuberculose intestinale primitive. Pour ce qui est de l'origine buccale de l'infection tuberculeuse, soutenue par M. Westenhöffer, il la considère comme possible, mais non démontrée.

M. H. Neumann pense que si l'enfant n'est apte à contracter la tuberculose qu'à partir du troisième mois, cela tient non à l'apparition de la première dentition, mais aux risques de contamination qui deviennent de plus en plus nombreux à mesure que l'enfant avance en âge.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 15 février 1904.

Une nouvelle conception pathogénique des cirrhoses hépatiques.

M. Bleichröder fait une communication dans laquelle il commence par insister sur les différences anatomiques qui permettent de distinguer les lésions gastriques des cardiaques d'avec celles des cirrhotiques. Il serait donc inexact de comparer « l'estomac de stase » (*Stauungsmagen*) de ces derniers malades à l'altération décrite sous le même nom dans les affections organiques du cœur.

Par contre, les lésions stomacales dans les cirrhoses offrent de nombreuses analogies avec celles que l'on constate dans les maladies du sang. De nouvelles analogies peuvent être reconnues quand on examine le tableau clinique de ces deux sortes d'affections : aux unes et aux autres appartiennent les troubles digestifs, les hémorragies, l'anémie, les pigmentations anormales, l'urobilinurie, l'ammoniurie, la modification de la teneur en fer de divers organes, etc. Enfin, chez les cirrhotiques tout comme dans les maladies du sang, on observe la transformation rouge de la moelle osseuse — que l'orateur a rencontrée dans les 12 cas de cirrhose qu'il a étudiés à ce point de vue — avec présence fréquente de cristaux de Charcot-Leyden.

Cela étant, M. Bleichröder se demande s'il est légitime de considérer les cirrhoses comme des affections hépatiques primitives. L'existence d'une phase « précirrhotique » caractérisée par de la splénomégalie avec trouble des échanges plaide déjà contre cette manière de voir, et les lésions anatomiques elles-mêmes des cirrhoses, en montrant que la sclérose du foie n'est pas proportionnelle au degré d'altération de la cellule hépatique, permettent de conclure de la même façon.

L'orateur, poursuivant son parallèle entre les cirrhoses et les maladies du sang, croit que c'est dans le sang porte, provenant de la rate, qu'il faut chercher le *sedes morbi*. Au début, les altérations de la rate (volumineuse et molle) entraîneraient la dislocation cellulaire du parenchyme splénique, avec passage de nombreux lymphocytes dans les voies veineuses. Arrivés au foie par les ramifications de la veine porte, ces éléments pourraient émigrer hors des vaisseaux pour réaliser l'infiltration parvicellulaire périportale, puis subiraient la transformation conjonctive avec rétraction consécutive, d'où constitution du processus cirrhotique.

M. Bleichröder appuie cette opinion sur la constatation faite dans des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, septicémie), où la travée splénique est disloquée et où l'on trouve, autour des ramifications intra-hépatiques de la veine porte, la même infiltration par de petites cellules.

Se basant sur ces considérations, l'orateur oppose aux cirrhoses hépatiques le traitement par le fer, l'arsenic, la quinine. Il fait remarquer que c'est là le traitement classique de la maladie de Banti; or celle-ci n'est à ses yeux qu'une cirrhose hépatique avec altération du sang particulièrement accentuée.

M. Litten combat l'assimilation tentée par M. Bleichröder entre les cirrhoses et les maladies du sang. Il est d'abord inexact de soutenir que la rate des cirrhotiques soit toujours molle. En outre, comment expliquer que dans les affections comme la leucémie et la pseudoleucémie, où la rate est encore plus volumineuse et plus ramollie que dans les cirrhoses, les lymphocytes provenant de cet organe n'envahissent pas le foie pour y provoquer la sclérose, mais n'y forment que des foyers interstitiels très restreints? Enfin, dans les cardiopathies, bien que la consistance de la rate soit augmentée et non diminuée, on constate également la présence d'infarctus hépatiques.

Quant aux lésions de la moelle osseuse, l'orateur dit avoir rencontré une moelle rouge chez 4 tuberculeux et dans un cas de rétrécissement mitral; cette altération ne saurait donc fournir un point d'appui sérieux à la théorie de M. Bleichröder.

Intoxication aiguë par la cocaïne.

M. J. Wohlgemuth relate l'observation d'un médecin qui, ayant absorbé accidentellement une dose assez considérable de cocaïne, présenta des phénomènes très intenses de cocaïnisme aigu (notamment des troubles respiratoires), que l'on traita par des inhalations d'oxygène et des injections camphrées. Or, pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'accident, l'urine contenait du sucre de raisin, et jusqu'au septième jour on y décela la présence d'acide glycuronique conjugué, bien que la dernière injection de camphre eût été pratiquée vingt-deux heures après l'absorption de la cocaïne. Cet acide glycuronique conjugué fut reconnu pour être de l'acide phéno-glycuronique.

L'orateur explique ces constatations urologiques par ce fait que l'acide glycuronique, par le mécanisme de la conjugaison, est à même de rendre inoffensifs pour l'organisme certains principes nocifs; dans le cas présent, c'est l'introduction de cocaïne et de camphre qui dut en déterminer la production. Quant au sucre de raisin, sa présence est fréquente à la suite de diverses intoxications; elle caractérise la glycosurie toxique.

M. P. Mayer dit avoir pu déterminer chez des lapins, à la suite de suffocation prolongée, l'apparition, dans les urines, et de phénol en excès, et d'acide glycuronique provenant de sucre de raisin imparfaitement oxydé. Ces résultats expérimentaux sont en concordance complète avec les faits cliniquement observés par M. Wohlgemuth.

Dr Villaret.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'irrigation vésicale au moyen d'une sonde à double courant.

Pour pratiquer le lavage de la vessie, on se sert d'ordinaire soit d'une simple seringue, du type des seringues « à hydrocèle », adaptée à une sonde uréthrale par laquelle on pousse le liquide qu'on laisse ensuite s'écouler, soit d'un entonnoir muni d'un tube de caoutchouc également fixé à une sonde uréthrale, réalisant ainsi un dispositif de tous points analogue à celui qui est universellement employé pour le lavage de l'estomac. L'un et l'autre de ces procédés n'allant pas sans quelques inconvénients, M. le docteur Lignac (de Villeneuve-de-Marsan) propose de substituer au simple lavage de la vessie une véritable irrigation pratiquée au moyen d'une sonde à double courant (nos 19 à 21 de la filière française), dont les yeux sont évidés de telle sorte que le liquide injecté soit projeté en éventail. Voici la manière de faire adoptée par notre confrère :

La sonde une fois introduite dans la vessie, et l'évacuation des urines assurée, on adapte à l'une des branches de la sonde le tube refouleur d'un de ces petits appareils à injection composés d'une poire en caoutchouc avec deux tubes dont les soupapes sont disposées de façon que l'un des tubes permette l'aspiration et l'autre le refoulement; le tube aspirateur plonge dans le liquide à injecter. Les choses ainsi préparées, l'opérateur presse sur la poire de manière à introduire une certaine quantité de liquide dans la vessie, puis il attend que celle-ci, par son élasticité, fasse en quelque sorte contre-partie et renvoie, par le second tube de la sonde, le liquide injecté; il donne alors un nouveau coup de pompe, et ainsi de suite. Il s'établit donc un véritable équilibre entre l'entrée et la sortie du liquide, si bien que l'on peut, sans fatigue pour le malade, faire passer par la vessie une grande quantité de liquide.

Si le tube évacuateur de la sonde à double courant venait à s'obstruer, il suffirait d'y adapter l'injecteur et d'introduire le liquide par ce côté; on déboucherait ainsi la sonde sans avoir à la retirer.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la noix vomique associée au bicarbonate de soude.

Le bicarbonate de soude à hautes doses a donné depuis quelques années, entre les mains de M. le docteur F. Monin (de Lyon), d'excellents résultats dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 40). Un médecin allemand, M. le docteur Oehlschläger (de Dantzig) a également recours, contre cet accident, au bicarbonate de soude, mais à doses beaucoup plus faibles et associé à la teinture de noix vomique. Voici la potion que prescrit notre confrère :

Teinture de noix vomique (au dixième)	3 grammes.
Bicarbonate de soude	8 —
Sirop de cannelle	30 —
Eau distillée	150 —

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à bouche toutes les deux ou trois heures.

Depuis qu'il a eu recours à l'association des deux médicaments précités, M. Oehlschläger n'a plus eu à interrompre le cours de la grossesse pour vomissements incoercibles.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. Ernest Barié.

Le cœur dans les déviations du rachis et dans les déformations thoraciques.

En l'espace de quelques années, le hasard de la clinique nous a permis d'observer dans nos salles 8 malades porteurs de déformations profondes du thorax ou de la colonne vertébrale, associées chez 7 d'entre eux à des troubles cardiaques d'une haute gravité; 5 de ces patients, en effet, ont succombé, l'autopsie a pu en être faite et la dernière a été pratiquée récemment devant vous; 2 autres ont quitté l'hôpital, le huitième et dernier malade est encore actuellement dans nos salles. L'analyse méthodique de ces cas inédits va nous permettre d'étudier l'influence que peuvent avoir les déformations thoraco-rachidiennes sur le cœur en général, ainsi que sur l'évolution des cardiopathies préexistantes.

A dire vrai, ce n'est point là une question absolument nouvelle, et sans faire ici l'historique du sujet, il ne me paraît pas inutile de vous signaler rapidement ce qui a été dit ou écrit d'important sur ce point de cardiopathologie.

Les anciens auteurs, tels que Floyer, dans son «Traité de l'asthme» (1720), Boissier de Sauvages (1), puis Cullen (2), ont remarqué les premiers que les individus atteints de gibbosité ou de déviations du rachis étaient sujets à de la dyspnée presque permanente. Le dernier de ces auteurs, qui a décrit huit espèces de dyspnée idiopathique, dit que la septième est produite par « la lésion ou la mauvaise conformation des parties qui environnent le thorax »; cette dyspnée présente elle-même cinq variétés : la quatrième est « la dyspnée des rachitiques qui est l'effet de l'ossification de l'extrémité des côtes ou de la mauvaise conformation du sternum »; la cinquième est « l'asthme auquel les bossus sont sujets ». Cependant ces auteurs n'ont été frappés que du phénomène dyspnée chez les gibbeux, et l'attribuent exclusivement à des troubles dans le domaine de la respiration; par contre, tout ce qui se rattache au cœur et aux troubles circulatoires leur a échappé ou, tout au moins, ils n'en font point mention.

Il me semble — sauf omission — que c'est Delpech (de Montpellier) qui a signalé, le premier, les déplacements du cœur et des vaisseaux que peuvent produire les déformations du rachis, et étudié avec quelque détail les conséquences pathologiques de ces déplacements. Dans un chapitre relatif aux « effets des difformités sur les appareils des diverses fonctions » (3), il note que celles-là sont « devenues une cause occasionnelle sans laquelle des lésions du cœur ou des poumons n'auraient peut-être pas eu lieu ». Il cite à ce sujet deux observations intéressantes que je résume : dans la première il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'hypertrophie considérable du cœur que Delpech attribue à une déformation de la colonne vertébrale, laquelle « a pu suffire pour causer un embarras habituel du cœur ». Le second fait, décrit avec plus de détails, concerne encore une jeune fille, atteinte de scoliose, avec « palpitations de cœur », oppression, épistaxis, etc. Le cœur était situé sous le sternum et les côtes droites, en sorte que ce déplacement cardiaque « soumettait les vaisseaux à des modifications qui les mettaient moins propres à admettre le sang que le cœur y pousse, d'où surcharge des vaisseaux de la tête et, à la longue, distension, surexcitation du cœur qui expliquent les hémorrhagies et les palpitations ». D'autres auteurs qui se sont occupés également des déviations du rachis, tels que Bouvier dans ses leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur (1858), Malgaigne dans ses leçons d'orthopédie (1862), n'ont eu en vue que le côté chirurgical de la question. Bouvier, cependant, revint plus tard sur le même sujet, et dans un travail qu'il publia avec P. Bouland (1) il nota que dans la scoliose le cœur, emprisonné dans un thorax trop étroit, est sujet à des troubles fonctionnels caractérisés par des palpitations, des douleurs précordiales, de l'arythmie, de l'oppression, et termina par cette déclaration importante : « Il n'est pas rare de voir cette gêne des organes circulatoires entraîner à sa suite des lésions organiques du cœur... ». Entre temps, E. Sottas publiait une thèse importante et curieuse à consulter, dans laquelle il ramena le sujet sur le domaine médical (2), et C. Paul, après lui (1883), insista sur le « cœur des bossus ».

Mais ce ne sont point seulement les déviations rachidiennes dont l'influence sur le cœur et les cardiopathies est intéressante à étudier; nous aurons à examiner également les conséquences que peuvent avoir, sur l'organe central de la circulation et sur l'évolution des maladies du cœur, les diverses déformations de la cage thoracique. En ce qui concerne cette seconde partie de notre étude, les travaux sont plus rares et aucun n'a été entrepris sur le point particulier qui nous intéresse; j'aurai l'occasion cependant, chemin faisant, de vous signaler les plus importants d'entre eux.

Les diverses déviations du rachis ne retentissent pas toutes de la même façon sur le cœur et sur la circulation en général; il est nécessaire à ce sujet d'établir des distinctions capitales.

Dans la *cyphose*, par exemple, ou incurvation du rachis à convexité postérieure (dos voûté), les diamètres transverse et vertical du thorax diminuent, alors que le diamètre antéro-postérieur s'accroît, mais en définitive la poitrine est peu déformée. C'est pourquoi la cyphose, quand elle est légère, n'a qu'une influence éloignée sur les organes circulatoires; Delpech a été jusqu'à dire que, même à un degré très accusé, elle peut exister sans grande gêne de la respiration et « sans le moindre trouble dans la circulation ». C'est là une exagération, car lorsque la cyphose est très developpée, ainsi que cela se rencontrait chez un malade de Sottas, elle peut entraîner à sa suite des troubles cardiaques et pulmonaires aussi profonds que ceux que nous allons rencontrer bientôt dans la scoliose, à laquelle d'ailleurs elle est fréquemment associée.

Dans la déviation vertébrale à convexité antérieure, ou *lordose*, que l'on rencontre rarement à l'état isolé et qui est presque toujours symptomatique d'une attitude vicieuse longtemps prolongée, le dos est creusé en gouttière, le thorax saillant, arrondi, globuleux, mais le sternum, au lieu d'être projeté en avant, ainsi qu'on le dit généralement, serait refoulé en arrière (Kirmisson). Dans ces conditions le diamètre transverse de la poitrine ne change point, tandis que le diamètre antéro-postérieur diminue notablement; c'est pourquoi les sujets ont assez volontiers l'haleine courte, et les efforts ainsi que la marche précipitée provoquent sinon de la dyspnée véritable, tout au moins de l'anhélation très accentuée; quant au cœur, il subit un déplacement variable, mais assez souvent la pointe est rejetée sensiblement vers la région axillaire gauche; c'est ainsi que chez deux patients atteints de lordose au niveau des premières vertèbres lombaires, la pointe était distante de la région médiane, dans un cas de 10 centim. 1/2, dans l'autre de 11 centim. 1/2, alors que, chez l'adulte à l'état normal, la moyenne varie de 8 à 10 centimètres au plus. Cependant, il faut reconnaître qu'il n'y a rien de fixe à cet égard, et que chez un assez grand nombre de sujets atteints de lordose, les troubles cardiaques et les accidents pulmonaires font défaut.

Mais c'est dans la *scoliose*, ou déviation latérale du rachis, que l'on rencontre les perturbations les plus graves dans l'appareil circulatoire. En effet, lorsque la scoliose est quelque peu accentuée et qu'elle siège de préférence dans la région dorsale, le cœur et les gros vaisseaux sont soumis à des influences morbides de deux espèces différentes, agissant sur eux simultanément : les unes, d'ordre mécanique, résultent de l'étroitesse et du resserrement de la cage thoracique; les autres sont constituées par les modifications profondes apportées aux fonctions respiratoires par les déviations de la colonne vertébrale.

L'influence de l'étroitesse scoliotique du thorax sur le cœur et les gros vaisseaux se résume surtout en des phénomènes de compression. Cependant, on note quelquefois d'autres manifestations morbides intéressantes. Il arrive, en effet, que par suite de la déviation latérale du rachis, la cage thoracique s'abaisse en avant et forme un pli profond sur les parois molles de l'abdomen au-dessous des fausses côtes. Par suite de ce retrait de la région sus-ombilicale, le foie refoulé repousse le diaphragme vers le haut et ce dernier refoule à son tour le cœur qui remonte dans la cage thoracique. En général, il conserve sa place normale et n'est rejeté à droite ou à gauche que dans les scolioses extrêmement accentuées. Enfin, après ce refoulement du cœur en haut, l'aorte et le tronc brachio-céphalique sont nécessairement raccourcis et diversement contournés, suivant le sens de la déviation rachidienne.

Le cœur subit encore des modifications importantes à la suite des troubles profonds apportés par la scoliose aux fonctions respiratoires. Ces phénomènes sont plus complexes et méritent quelques développements. Une des conséquences de la déviation latérale du rachis est de produire une diminution de la capacité de la cage thoracique et, bientôt, celle des poumons se trouve réduite à son tour. En outre, cette réduction est encore aggravée par la gêne permanente qui entrave les mouvements des côtes et du diaphragme, en sorte que pendant l'inspiration l'ampliation du thorax est considérablement amoindrie, d'où diminution dans la quantité d'air mise en contact avec le sang, et, bientôt, troubles de l'hématose, encombrement de la petite circulation, stase et congestion sanguine dans le parenchyme pulmonaire. C'est surtout, comme vous l'avez pu voir à l'occasion d'une autopsie récente, dans le poumon situé du côté de la convexité de la courbure scoliotique — et le plus souvent cette courbure latérale est à droite — que se rencontrent les altérations; on y trouve de la stase, de la congestion chronique, de la condensation, de l'atélectasie, de la splénisation du tissu pulmonaire, et même quelquefois de la pneumonie interstitielle; l'emphysème y est habituel. Ces lésions expliquent pourquoi les scoliotiques ont de la dyspnée au moindre effort et restent exposés aux affections bronchiques et pulmonaires à répétition; de plus, ces déformations rachidiennes aggravent le pronostic en augmentant sensiblement la gêne déjà si grande causée par ces maladies.

Cette perturbation profonde et permanente apportée aux fonctions respiratoires ne tarde pas à réagir sur le cœur; en effet, par suite de l'encombrement et de la stase sanguine qui règnent dans les deux poumons, le passage du sang à travers ceux-ci est rendu plus difficile, et ce

(1) Fr. Boissier de Sauvages. Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem. T. I, p. 661. Amsterdam, 1768.

(2) Cullen. Eléments de médecine pratique (traduit par Bosquillon). T. II, p. 373. Paris, 1787.

(3) J. Delpech. De l'orthomorphie par rapport à l'espèce humaine. T. I, p. 348. Paris, 1828.

(1) Bouvier et P. Bouland. Article « Rachis (Déviations) », *in* « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales » de Dechambre, p. 606. Paris, 1874.

(2) E. Sottas. De l'influence des déviations vertébrales sur les fonctions de la respiration et de la circulation. (*Thèse de Paris*, 1865.)

véritable barrage sanguin amène nécessairement la dilatation des cavités droites situées en amont; c'est pourquoi le cœur est augmenté de volume, mais c'est la dilatation des cavités droites qui domine, donnant au cœur la forme dite en besace. La distension, d'abord localisée au ventricule, ne tarde pas à gagner l'oreillette, ce qui entrave singulièrement la déplétion du sang veineux venu au cœur par les veines caves. Quand la dilatation ventriculaire est considérable, elle peut entraîner à sa suite une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle avec ses graves conséquences habituelles : de là ces asystolies de cause pulmonaire, parfois à marche extraordinairement rapide, dont vous avez vu un cas dans le service : il s'agissait d'un gibbeux de quarante-huit ans, chez lequel nous trouvâmes à l'autopsie, outre un cœur très dilaté, de nombreux infarctus hémoptoïques et de la congestion intense dans les poumons.

Ces scoliotiques, devenus ainsi des cardiaques, ont un habitus et un facies tout particuliers rappelant d'assez près ceux des grands emphysémateux : anhélants, courts d'haleine, atteints de dyspnée à la suite du moindre effort, ils présentent un état permanent de cyanose légère de la face, des mains, surtout des phalanges unguéales, des pieds, des genoux, indices de l'entrave apportée à la circulation de retour, et qui s'augmente encore par la toux et les efforts musculaires; les régions cyanosées sont en outre généralement refroidies d'une manière sensible. Chez ces malades, la percussion de la région dorsale décèle un son mat du côté de la convexité de la scoliose, qui s'explique surtout par l'atélectasie et la congestion chronique du poumon sous-jacent, et aussi par la présence, de ce côté, de la tige osseuse des corps vertébraux. Du côté de la concavité, on trouve d'ordinaire un tympanisme très accusé; il en est de même à la percussion de la paroi thoracique antérieure, surtout au niveau des espaces sous-claviculaires. L'examen du cœur est très intéressant à noter : quelquefois la pointe est abaissée dans le cinquième ou même le sixième espace intercostal; le plus souvent, il est vrai, l'abaissement est peu marqué, et ce qui domine, c'est une déviation très manifeste de la pointe, vers l'aisselle gauche : elle vient battre parfois très en dehors de la verticale qui passe par le mamelon gauche. Cet état est dû à l'allongement démesuré du bord droit du cœur, par suite de la dilatation des cavités droites de cet organe. Il en résulte que dans certains cas les battements cardiaques se propagent, ou plus exactement s'étendent à une surface plus grande que de coutume, principalement au niveau de la région de l'épigastre qui présente une sorte de soulèvement en nappe. Lorsque l'emphysème n'est point trop marqué, on voit encore par la percussion que le bord externe de l'oreillette droite dépasse plus ou moins le rebord sternal du même côté, ce qui est un indice évident de la dilatation de cette cavité.

A l'auscultation, les bruits sont nets, très superficiels, ou quelquefois, au contraire, assourdis par l'emphysème concomitant. Parfois, le second bruit prend, au niveau de l'artère pulmonaire, un éclat inaccoutumé, dû à l'excès de tension qui existe dans ce vaisseau; enfin, lorsqu'une insuffisance tricuspidienne est la conséquence de la dilatation extrême du ventricule droit — ce qui est rare après tout —, on perçoit un souffle systolique grave au niveau du bord gauche de l'appendice xiphoïde, du pouls veineux vrai des jugulaires et du parenchyme hépatique, etc. Chez une de nos malades, ouvrière fleuriste, âgée de vingt-six ans, atteinte d'une scoliose très accentuée, la dilatation cardiaque droite — outre les signes classiques habituels — se manifestait encore par un bruit-choc de galop diastolique; il en était de même chez ce chiffonnier, avec scoliose extrême, que vous avez vu mourir dans la salle au bout de vingt-quatre heures, en proie à une crise de suffocation extrême.

Le pouls radial est variable : en général, il a peu d'amplitude, et peut être irrégulier; dans la scoliose très accentuée, les artères nées de l'aorte, diversement contournées, cessent d'être symétriques, ce qui entraîne une certaine gêne de la circulation soit à gauche, soit à droite, d'où la possibilité d'une inégalité entre les deux pouls radiaux.

On a signalé encore l'existence de névralgies et même d'angine de poitrine (?); cette dernière assertion aurait besoin d'être appuyée de nouveaux faits probants. Très fréquemment, au contraire, l'embarras de la circulation se traduit par des palpitations, des précordialgies, de l'oppression, des lipothymies, etc. Ces symptômes étaient très accusés chez la fleuriste dont je vous parlais tout à l'heure; ils s'étaient montrés dès la seconde enfance, peu de temps après l'apparition de la scoliose.

On a prétendu que les courbures scoliotiques à convexité gauche étaient plus graves que celles du côté droit, parce que, disait-on, le cœur, comprimé entre le rachis dévié et la paroi thoracique antérieure, devait présenter une gêne plus grande et être refoulé vers le haut de la poitrine. Cette hypothèse ne paraît nullement justifiée, au dire de Bouvier et Bouland. Ce qu'il faut retenir, c'est que la liberté des mouvements du cœur est subordonnée à l'étendue antéro-postérieure du médiastin, et ne peut être véritablement troublée que lorsqu'il y a aplatissement notable de la partie antérieure gauche de la cage thoracique.

Bouvier a soutenu qu'il n'était pas rare dans la scoliose de voir « la gêne des organes circulatoires entraîner à sa suite des lésions organiques du cœur », et que particulièrement un rapprochement extrême des parois antérieure et postérieure du « demi-thorax » gauche était une « cause presque certaine de lésion cardiaque et de mort prématurée ». Il ne me semble pas que la clinique journalière ait justifié cette manière de voir.

Les perturbations profondes, produites sur l'appareil central de la circulation par les déviations rachidiennes très accusées, présentent un caractère de la plus haute gravité, lorsque le cœur est atteint pour son propre compte de lésions organiques préétablies qui le mettent dans l'impossibilité de lutter longtemps contre la gêne circulatoire due à la scoliose; dès lors les choses se précipitent, et l'évolution de la cardiopathie organique se trouve singulièrement écourtée. C'est ce que nous avons observé chez 2 de nos malades porteurs d'affection mitrale, et, tout récemment, chez un troisième, atteint d'hypertrophie considérable du cœur gauche, liée à une néphrite interstitielle. Ces 3 patients furent enlevés en moins de trente-six heures, par une crise d'asystolie extraordinairement rapide.

La plupart des gibbeux avec retentissement morbide sur le cœur succombent, soit à des complications survenues dans l'appareil respiratoire, soit par insuffisance cardiaque, ou encore à la suite d'une crise d'asystolie. La première terminaison semble la plus fréquente, ce qui s'explique par la présence habituelle de la bronchite et de l'emphysème chez les scoliotiques. Déjà Stoll avait noté que ceux-ci meurent encore à la suite de pneumonie, de crises d'asthme, de pleurésie et aussi de tuberculose pulmonaire. M. Kirmisson (1902) prétend, au contraire, que « la tuberculose pulmonaire est rare dans l'évolution de la scoliose ». Sans prendre parti sur cette question, je ferai remarquer cependant qu'un de nos malades, jeune homme de vingt-quatre ans, atteint de cyphose compliquée de scoliose dorso-lombaire ayant débuté vers l'âge de trois ans, fut emporté en moins de trois semaines par une granulie infiltrant les deux poumons.

On aurait tort cependant de considérer ces différentes terminaisons comme fatales pour tous les scoliotiques, car, lorsque la cavité thoracique a été peu réduite, ces sujets, malgré la déformation, sont susceptibles de fournir un travail musculaire considérable sans éprouver aucune gêne appréciable du côté du poumon ou du cœur, pendant de longues années. Le grand danger pour la plupart d'entre eux est de contracter une affection aiguë des voies respiratoires, ou encore une grippe à forme thoracique, qui vont troubler les fonctions des bronches et des poumons, entraver l'hématose, et ne tarderont guère à retentir sur le cœur, lequel résistera d'autant moins qu'il était déjà gêné dans son fonctionnement par la scoliose.

Ce ne sont point seulement les déviations de la colonne vertébrale qui diminuent la capacité de la cage thoracique et troublent les fonctions du cœur et des poumons; le thorax lui-même peut présenter de nombreuses déformations dont quelques-unes vont réagir de la façon la plus fâcheuse sur l'organe central de la circulation. Parmi ces déformations, celles qui relèvent du *rachitisme* vont nous arrêter un instant. Au début, le rachitisme thoracique se manifeste par la présence du « chapelet costal » constitué par une série de nodosités dues au gonflement de l'extrémité antérieure des côtes; à un degré plus accentué, et par suite du relâchement des articulations chondro-costales et de l'enfoncement des côtes, il se produit latéralement un aplatissement symétrique, ou plus justement deux gouttières verticales au niveau de la partie moyenne des côtes déprimées; au contraire, à la région médiane, le sternum, raccourci et bombé, est projeté en avant, de sorte que le thorax des rachitiques a pu, avec quelque raison, être comparé au bréchet des oiseaux ou à la carène des navires.

Lorsque ces déformations thoraciques sont très accusées, le cœur, tantôt refoulé sensiblement vers la base du cou, ou encore dévié latéralement, est plus étroitement appliqué contre la paroi thoracique antérieure qu'il ne l'est à l'état normal (Rilliet et Barthez). Il en résulte que les battements cardiaques, plus visibles, et soulevant plus énergiquement la région précordiale que chez l'enfant sain, font croire à l'existence d'une hypertrophie du cœur, plus apparente que réelle. Celle-ci cependant peut se rencontrer véritablement : Beneke l'a vue 7 fois sur 19 cas de rachitisme, Rokitansky, Hilton Fagge l'ont notée également; plus récemment, M. Weill (de Lyon) a aussi exprimé l'avis que le rachitisme provoque assez souvent une hypertrophie légère du cœur. A un autre point de vue, M. Baginsky déclare que la dyspnée que l'on observe dans le rachitisme est due aux déformations de la cage thoracique, lesquelles sont une cause de déplacement et de compression pour l'appareil cardio-pulmonaire. Quelques auteurs, enfin, ont cru remarquer que, si les déformations sont très prononcées, « les enfants sont prédisposés aux maladies du cœur ».

Nous n'avons aucun renseignement précis sur l'état du cœur dans les déformations thoraciques et dans les incurvations du rachis habituelles à l'*ostéomalacie*, cette curieuse affection du tissu osseux, propre aux adultes et aux vieillards, caractérisée par la décalcification et le ramollissement des os; M. Le Gendre cite cependant, d'une façon générale, la dyspnée et les palpitations par gêne du cœur et des poumons en rapport avec les déformations du thorax.

On sait qu'au moment de la croissance, il est fréquent d'observer quelques troubles fonctionnels du côté du cœur, par exemple de la tachycardie, des palpitations et des signes d'éréthisme cardiaque. La pathogénie de ces phénomènes morbides est complexe; quelques-uns doivent être rapportés au nervosisme héréditaire ou acquis, au surmenage, à l'anémie, aux troubles gastriques, à la tuberculose commençante, aux perturbations menstruelles, etc.; d'autres ont été mis sur le compte de l'état désigné encore par certains cliniciens sous le

nom d'*hypertrophie de croissance*, bien connu surtout depuis les travaux de G. Sée (1885) et d'A. Ollivier (1889).

On sait que le thorax, aplati au moment de la naissance, se dilate et prend une ampliation très notable sous l'influence des premières inspirations, en sorte que le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transversal s'accroissent progressivement et que le thorax devient à peu près cylindrique. Au moment de la puberté, la cage thoracique prend une nouvelle ampliation générale, et présente alors la forme d'un cône tronqué, légèrement aplati d'avant en arrière, à base inférieure, avec diamètre transversal prédominant; tel est, en deux mots, le développement normal. Que si maintenant l'expansion des diamètres antéro-postérieur et transversal se trouve entravée et que seul le diamètre vertical s'accroisse, le cœur, continuant son développement physiologique, ne tarde pas à se trouver à l'étroit dans ce thorax irrégulièrement développé, il lutte contre cet obstacle et subit bientôt une véritable dilatation hypertrophique; mais ce n'est là qu'une pseudo-hypertrophie et non une hypertrophie vraie protopathique, telle que serait, par exemple, l'augmentation primitive de volume du cœur par exagération du phénomène de l'accroissement physiologique.

En résumé, ainsi que l'a dit M. Huchard (1891) avec tant de justesse, ces troubles fonctionnels de la pseudo-hypertrophie de croissance se produisent non pas parce que le cœur se développe trop, mais parce que le thorax ne se développe pas assez. Il en résulte qu'un des meilleurs signes de cette affection consiste dans ce double état, un peu paradoxal au premier abord : d'une part, allongement de la cage thoracique; d'autre part, étroitesse de sa cavité. Le périmètre thoracique est inférieur à la normale, aussi bien dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur; au contraire, le buste de ces adolescents est trop développé et le cœur semble descendu dans ce thorax accru anormalement dans le sens vertical. Les troubles fonctionnels cardiaques, dus à cette déformation thoracique, consistent simplement, comme nous l'avons dit déjà, en tachycardie, palpitations plus ou moins violentes, avec des signes d'éréthisme du myocarde : impulsion vigoureuse de l'apex, claquements valvulaires intenses, etc. La guérison est la règle, et la pseudo-hypertrophie du cœur disparaît au fur et à mesure que le thorax reprend son développement normal; toutefois, il est bon de savoir que si l'accroissement thoracique est définitivement arrêté au moment de la puberté, il peut se produire une hypertrophie cardiaque véritable avec toutes ses conséquences cliniques.

Il nous faut maintenant insister quelque peu sur l'état du cœur chez les sujets atteints de cette curieuse déformation thoracique, dite *en entonnoir* signalée pour la première fois en 1860 par un auteur anonyme, mais étudiée surtout avec soin par M. Ebstein (1880), qui lui assigna le nom de « thorax en entonnoir » (*Trichterbrust*). Elle est caractérisée par une dépression infundibuliforme de la partie médio-antérieure du thorax, un peu au-dessus de l'appendice xiphoïde, résultant d'une incurvation à convexité postérieure de la partie inférieure du sternum, laquelle entraîne en arrière les cartilages costaux qui s'insèrent sur elle (Testut). Le plus souvent, la cage thoracique ne présente pas d'autres malformations; dans quelques cas, cependant, on a noté une scoliose ou une cyphose peu accentuées. Cette malformation, considérée par quelques-uns comme étant d'origine rachitique, ou, par le plus grand nombre, comme une altération congénitale héréditaire associée fréquemment à des stigmates physiques et mentaux de dégénérescence (syndactilie, phimosis, cryptorchidie, bec-de lièvre, pied-bot, débilité mentale, imbécilité, etc., etc.), consisterait plutôt dans une malformation sternale — véritable cyphose du sternum — que dans une déformation thoracique, d'après MM. Picqué et Colombani qui ont publié une excellente monographie de cette curieuse affection (1). Quoi qu'il en soit, le thorax en entonnoir retentit sur le cœur d'une façon très variable.

Dans la relation des cas observés par MM. Noïca et Haret (1899), par MM. Gaucher et Crouzon (1901), on relève que le cœur était normal et non déplacé. Par contre, dans l'observation anonyme publiée en 1860, le cœur était dévié en haut et présentait un double souffle diastolique; chez une femme dont M. Ebstein a relaté l'histoire, le cœur était dévié et la pointe battait au niveau de la ligne axillaire gauche dans le cinquième espace intercostal. MM. Ramadier et Sérieux (1891), chez un enfant idiot âgé de neuf ans et porteur d'un thorax en entonnoir, constatèrent l'existence d'un rétrécissement aortique avec hypertrophie du cœur qui battait avec violence dans le cinquième espace intercostal. Dans un autre cas, suivi d'autopsie, le cœur était recouvert par une lame pulmonaire et sensiblement dévié à gauche; une aiguille enfoncée dans la poitrine au niveau du mamelon gauche traversait la partie moyenne du ventricule gauche. Chez le malade, âgé de vingt-quatre ans, observé par MM. Picqué et Colombani, il y avait une « déviation marquée du cœur à gauche ».

D'une façon générale, le cœur est déjeté à gauche et refoulé vers le haut; le plus souvent il est recouvert par une lame pulmonaire, et la pointe, repoussée en arrière, est difficilement perceptible à la vue et à la palpation. De plus, par suite de la convexité en arrière du sternum et des cartilages entraînés avec lui, la face antérieure du cœur ne peut déborder cet os à droite, et se trouve en rapport étroit avec la zone partielle du thorax qui forme la paroi latérale gauche de l'infundibulum. Le cœur se trouve ainsi enserré par son bord droit et sa face antérieure dans une sorte de loge osseuse et cartilagineuse restreignant ses mouvements, et « qu'il ne peut abandonner qu'en se portant en arrière ». Dans de pareilles conditions, qu'il survienne un épanchement pleurétique, même peu abondant, le cœur sera refoulé et comprimé contre les parois de cette loge étroite, et des accidents de suffocation apparaîtront rapidement, nécessitant une thoracentèse d'urgence que le peu d'abondance de l'épanchement ne semblait pas indiquer au premier abord. C'est ce qui arriva chez un malade de M. Béclère.

Il n'entre pas dans notre programme de passer ici en revue toutes les variétés de déformations thoraciques; et cela d'autant plus que leurs conséquences sur l'organe central de la circulation ne semblent pas avoir frappé particulièrement les auteurs. Nous laisserons de côté le thorax « en gouttière » de MM. Féré et Schmid, ainsi que les déformations de la poitrine consécutives aux myopathies, à la syringomyélie, à la maladie de Friedreich, à l'acromégalie, etc., relevées avec soin par M. P. Marie. Nous nous arrêterons seulement un instant sur les déformations du thorax que l'on rencontre si fréquemment dans l'emphysème, ainsi qu'à la suite des pleurésies avec épanchement et surtout dans la pleurésie purulente.

Chez les *emphysémateux*, le thorax est profondément déformé : la poitrine est bombée, globuleuse par exagération de la voussure antérieure normale, les creux sus et sous-claviculaires sont effacés, le sternum est projeté en avant, les espaces intercostaux élargis et saillants; cette déformation est bilatérale. Tous les diamètres de la cage thoracique étant augmentés, le cœur y serait à l'aise s'il ne rencontrait des obstacles réels dans les poumons qui le recouvrent presque en entier, et surtout si l'insuffisance de la ventilation, l'oblitération des vaisseaux et l'atrophie de l'endothélium vésiculaire n'exigeaient un surcroît énorme de travail de la part du cœur droit, dont la dilatation est la règle et devient parfois si considérable que la pointe du cœur peut être déviée très en dehors de la verticale mamelonnaire et battre dans le voisinage de la ligne axillaire gauche; dans de semblables conditions, il n'est pas rare de voir survenir des signes d'asystolie véritable.

Dans la *pleurésie* à grand épanchement, de même que dans le *pneumothorax*, on note une ampliation unilatérale du thorax, accompagnée de déviation, de refoulement plus ou moins marqués du cœur. Ceux-ci ne nous retiendront pas, car ils ne sont point la conséquence de la déformation thoracique, mais sont causés, comme cette dernière, par l'épanchement liquide ou gazeux intra-cavitaire.

Il n'en est pas de même du « rétrécissement de la poitrine à la suite de certaines *pleurésies* », décrit avec une grande précision par Laënnec. La rétraction porte sur le côté malade; elle est due principalement à la perte d'élasticité du poumon, à l'état atélectasique résultant de la longue compression du parenchyme par un épanchement chronique; on la rencontre quelquefois aussi dans les pleurésies aiguës après la résorption du liquide. L'atrophie musculaire est la règle dans la pleurésie chronique; c'est un facteur important de l'immobilité thoracique et de la déformation de la poitrine qu'on observe du côté malade. Cette hémi-atrophie du thorax est quelquefois suivie d'incurvation du rachis et bientôt l'épaule s'abaisse, le tronc penchant du côté malade.

Le cœur peut présenter aussi des rapports anormaux avec la paroi thoracique, lorsque la pleurésie et la dépression consécutive du thorax siègent à gauche; en outre, ce déplacement du cœur peut être encore exagéré et ce dernier maintenu en permanence par des adhérences, et quelquefois par une véritable symphyse pleuro-péricardique, reliquats de la pleurésie préexistante.

Enfin, pour en terminer, il nous faut signaler encore que, chez certains sujets, on a trouvé l'*association* de certaines *déformations thoraciques* avec des *malformations congénitales du cœur*. C'est ainsi que MM Charrin et Le Noir (1) ont relaté l'histoire d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de maladie bleue, et porteur d'une déformation antérieure considérable du thorax avec scoliose assez marquée; du côté du cœur, on trouva une communication interventriculaire; l'artère pulmonaire était absente; par contre, il existait quatre artères bronchiques. De même, M. P. Marie (2) a observé un cas de cyanose chez un homme dont la partie inférieure du sternum, projetée fortement en avant, produisait une sorte de gibbosité médiane au-dessus de l'appendice xiphoïde, se continuant de chaque côté avec l'extrémité des côtes, formant ainsi une sorte de thorax « en proue ».

A vrai dire, ces cas sont différents de ceux que nous venons d'étudier : ici, en effet, les troubles cardiaques ont pour cause première la malformation congénitale, et les déformations thoraciques ne font qu'apporter une entrave nouvelle au fonctionnement de ces cœurs déjà si profondément troublés par eux-mêmes.

Si la plupart des déformations du thorax que nous venons de passer en revue ont sur le cœur l'influence fâcheuse que nous avons montrée, on peut dire cependant, comme pour les déviations du rachis, que cette influence n'est point fatale, et que chez certains sujets à poitrine déformée, le fonctionnement du cœur ne paraît point sensiblement troublé.

(1) L. Picqué et J. Colombani. Etude sur le thorax en entonnoir. (*Rev. d'orthopédie*, 1er mai 1900.)

(1) Charrin et Le Noir. De la maladie bleue. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 8 nov. 1890, p. 598, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 413.)

(2) P. Marie. Leçons de clinique médicale (Hôtel-Dieu, 1894-1895), p. 34. Paris, 1896.

CHIRURGIE PRATIQUE

Suture tendineuse.

Ce n'est point œuvre banale de chirurgie que la suture d'un tendon : la technique en est toujours délicate, souvent difficile, les résultats sont loin d'en être constamment parfaits, et il n'est pas exceptionnel d'observer de graves impotences fonctionnelles, succédant à une réunion tendineuse insuffisante. Or, la « reprise » est, ici, beaucoup plus malaisée que la suture primitive; quand les bouts se sont étirés, rétractés, fusionnés avec la gaine fibreuse ou la peau, que le muscle lui-même s'est « raccourci », la besogne de réparation secondaire devient parfois singulièrement ardue.

Aussi la réunion immédiate des tendons divisés exige-t-elle les plus grands soins. Nous ne manquons pas de procédés; quelques-uns sont excellents; avec un bon fil d'appui, transversal, faufilé, au besoin, et quelques fils d'affrontement, on obtient — très souvent — une suture satisfaisante. Mais la disposition fasciculée des tendons entraîne un accident qui n'est pas, non plus, très rare : les fils passés en long, ou même les anses transversales simples, éraillent et disjoignent le tissu, et le solide contact est détruit.

C'est pour obvier à ces défectuosités que M. le docteur A. Suter, assistant de M. le docteur G. Julliard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Genève, vient de faire connaître un procédé qui peut se résumer ainsi : double ligature des bouts, suivie de leur apposition latérale.

On a proposé depuis longtemps déjà — surtout pour les petits tendons ou les tendons effilochés — de lier l'un et l'autre bout et, par-dessus cette double ligature, qui sert d'arrêts, de faire passer les fils d'affrontement : tel est le procédé décrit jadis par M. le docteur Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1889, p. 401). M. A. Suter fait une ligature plus complexe et plus « prenante »; le fil n'enserre pas seulement la circonférence du tendon, il pénètre et se croise, deux fois, dans son épaisseur : les *figures 1* et *2* dispensent de toute autre description. On comprend que, lié de la sorte, et tout autour, et par cadrans, le cordon tendineux soit solidement fixé, qu'il ne puisse ni déraper ni s'érailler : on peut tirer sur le fil sans crainte, et autant qu'il le faut pour « amener » le tendon et réaliser la coaptation, et, du coup, l'aide qui « exprime » l'avant-bras devient inutile.

Fig. 1.

Fig. 2.

Après cette ligature, les deux bouts sont rapprochés et réunis par apposition latérale, en chevauchement (*fig. 3* et *4*). Il en résulte naturellement : 1° que le contact et la fusion ultérieure n'ont plus lieu que par la surface; 2° que le tendon est un peu raccourci. D'après notre confrère, l'un et l'autre point sont de médiocre importance : ils n'entravent ni la formation d'un bon « cal », ni le complet fonctionnement; et, d'ailleurs, ces minimes défauts seraient largement compensés par la fixité à toute épreuve de la réunion, qui permet, tout de suite, l'exercice et l'assouplissement.

Peut-être ce chevauchement n'est-il pourtant pas toujours sans quelque inconvénient; il crée une forte intumescence — et, de plus, irrégulière — du cordon tendineux, un gros nœud,

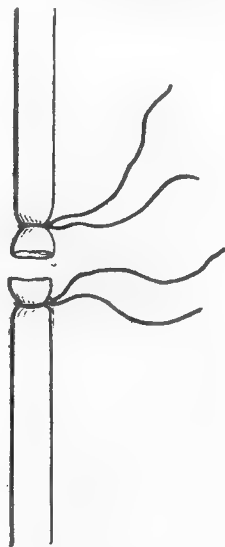


Fig. 3.

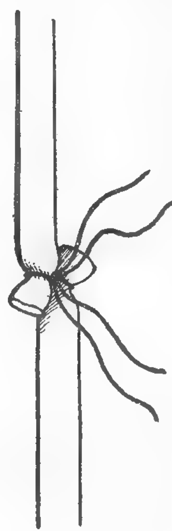


Fig. 4.

qui se réduit, sans doute, avec le temps et la réparation définitive, mais qui n'en circule pas moins avec quelque peine, à frottement dur, dans la gaine; peut-être aussi la « soudure organique » des deux bouts est-elle mieux assurée et plus régulière, lorsqu'ils sont coaptés par leur tranche, et non simplement adossés par leur surface. Toujours est-il que nous aurions recours plus volontiers à la variante que propose M. Suter et qui est représentée *figure 5* : les deux bouts liés sont fixés en contact, par la tranche, et la réunion est complétée par des fils d'affrontement.

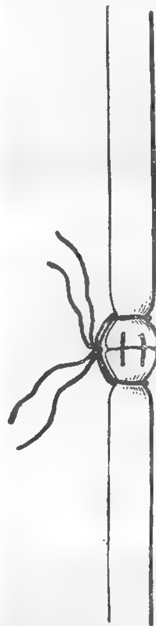


Fig. 5.

Enfin cette ligature complexe et interstitielle n'est guère applicable qu'aux gros tendons. Qu'elle soit très solide, et plus simple, en fait, à réaliser qu'on ne le croirait d'abord, à voir les figures, on n'en saurait disconvenir, et c'est là, certes, un procédé à retenir et à utiliser. Toutefois la ligature, à la façon de M. Schwartz, sous la réserve d'être dûment serrée, est aussi de pratique fort utile; ajoutons que, pour la rendre plus solide encore, on peut recourir à la petite modification que voici : passer le fil, en plein, dans l'un des bouts tendineux, lier la moitié droite, ramener les deux chefs du côté gauche, et lier, à son tour, cette seconde moitié; répéter la même manœuvre sur l'autre bout; les fixer l'un et l'autre en contact — par la tranche — en nouant les deux chefs supérieurs aux deux chefs inférieurs, et compléter l'affrontement au moyen d'un fil passé par-dessus les ligatures.

Il y a là, en somme, une série de pratiques d'intérêt journalier, et l'on fait toujours bien de répéter que la suture tendineuse doit avoir pour but, non point une coaptation exacte et inutile, mais une mise en contact, une réunion mécanique, large, solide et durable.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 15 et 22 février 1904.

Action de l'acide arsénieux sur le trypanosome de la maladie du sommeil.

M. A. Laveran. — J'ai signalé naguère que l'on peut faire disparaître les trypanosomes du sang, chez des souris ou des rats atteints de nagana, de mal de caderas ou de surra, au moyen d'injections de sérum humain—l'homme étant réfractaire à l'infection par les trypanosomes de ces épizooties—. Pour ce qui est de la maladie du sommeil, on ne peut malheureusement guère utiliser les injections du sérum d'animaux réfractaires, car le *Trypanosoma gambiense* (qui est identique au *T. ugandense*, décrit par M. Castellani comme agent pathogène de la maladie du sommeil) se développe dans le sang de la plupart des mammifères. Je dois ajouter que le sang d'un cynocéphale qui paraît posséder l'immunité naturelle à l'égard de ce trypanosome s'est montré lui aussi inactif chez les animaux infectés par le *T. gambiense*, et les expériences tentées avec le sérum d'animaux immunisés artificiellement contre le même trypanosome laissent peu d'espoir d'obtenir des résultats favorables.

Par contre, j'ai pu constater que l'acide arsénieux — qui a donné quelques résultats favorables dans le surra et le nagana — peut faire disparaître, au moins temporairement, le *T. gambiense* dans la grande circulation des rats infectés par ce parasite. La dose efficace est de 0 gr. 0001 décimilligr. d'acide arsénieux pour 20 grammes d'animal; au-dessous de cette dose, les résultats sont nuls ou très incomplets. J'emploie, en injections hypodermiques, une solution contenant 1 gramme d'acide arsénieux et autant de carbonate de soude pour 500 grammes d'eau distillée.

Peut-être le traitement par l'acide arsénieux pourrait-il être appliqué à l'homme atteint de maladie du sommeil, dans la phase de cette affection qui précède l'apparition des troubles nerveux. En tout cas, il conviendrait d'administrer des doses fortes et espacées, plutôt que de faibles doses journalières, comme on l'a fait jusqu'ici.

Variétés d'origine, de nature, de propriétés, des produits solubles actifs développés au cours de l'infection.

M. Charrin. — J'ai pu extraire des cultures du bacille pyocyanique — en plus des pigments, eux-mêmes multiples, mais sensiblement inertes — des éléments d'excrétion volatils (ammoniaques, méthylamine), plus encore des principes de sécrétion stables, des alcaloïdes ou des diastases (présure, caséase, trypsine, pyocyanase, etc., etc.). D'autre part, les modifications imposées aux humeurs ou aux tissus font apparaître diverses substances, provenant notamment du glucose dont le taux s'abaisse dans le sang. Enfin, il convient d'ajouter que les cellules de l'organisme, réagissant contre les agents pathogènes ou leurs toxines, engendrent des agglutinines, des anticorps, etc.

Ainsi on distingue des corps stables ou instables, excrétés ou sécrétés, solubles ou insolubles dans l'alcool, agissant de suite ou après inoculation, à action locale ou — de préférence — générale, d'origine microbienne, cellulaire ou mixte, toxiques, prédisposants ou vaccinants, etc. Ces faits démontrent à quel point la formule classique « Le microbe fait la maladie à l'aide de sa toxine » est, de nos jours, devenue insuffisante.

Emission des rayons N dans quelques affections nerveuses.

M. Gilbert Ballet. — D'expériences que j'ai faites avec M. Delherm, il résulte qu'il y a diminution de l'émission des rayons N au niveau des muscles paralysés ou atrophiés par suite de myopathie, de névrites ou de poliomyélite, c'est-à-dire dans les cas où c'est le neurone moteur périphérique qui est lésé. Au contraire, dans les altérations du protoneurone moteur (hémiplégie ancienne avec contracture, paraplégie spasmodique), l'émission de rayons N est plus considérable au niveau des muscles paralysés que de leurs homologues sains.

Fait intéressant, dans 2 cas de paralysie hystérique flasque, l'un à forme monoplégique (monoplégie brachiale), l'autre à forme hémiplégique, nous avons constaté les mêmes phénomènes que dans l'hémiplégie organique avec contracture, à savoir l'accroissement d'émission des rayons N au niveau des muscles paralysés.

Action des radiations du radium sur l'hémoglobine, les ferments et les globules rouges.

MM. V. Henri et **A. Mayer.** — Une série de recherches que nous avons entreprises sur

les propriétés des radiations du radium nous ont permis de constater que, sous l'influence de ces radiations, l'oxyhémoglobine de chien ou de grenouille est transformée en méthémoglobine et lentement précipitée; l'hémoglobine oxycarbonée demeure intacte.

Divers ferments, l'invertine, l'émulsine, la trypsine, exposés à ces mêmes radiations, perdent progressivement leur activité et, après plusieurs jours d'exposition, deviennent complètement inactifs.

Enfin les globules rouges, soumis à l'action du radium, voient leur résistance diminuée : ils abandonnent de l'hémoglobine et des sels à des solutions salées ou sucrées que laissent intacts les globules normaux; en présence de solutions hypotoniques, ils laissent diffuser plus d'hémoglobine ou de sels qu'à l'état normal.

Sur l'émission des rayons N dans certains phénomènes d'inhibition.

MM. A. Charpentier et **E. Meyer.** — Ayant pu constater que, dans la curarisation, le muscle émet des rayons N, quoique l'excitation du nerf moteur soit inefficace, nous avons fait des recherches sur l'influence que pouvait avoir l'inhibition au point de vue de l'émission de ces radiations. Nous avons reconnu qu'il se produit une émission plus grande de rayons N au niveau des glandes après excitation des nerfs glandulaires par voie réflexe, de même qu'après excitation directe des nerfs inhibiteurs. En ce qui concerne le cœur, nous avons observé une émission moindre de ces radiations au niveau du cœur mis en diastole par ses nerfs inhibiteurs, mais une émission plus forte par ce même organe quand l'effet de cette excitation fait défaut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1904.

De la jéjunostomie.

M. Walther. — Je n'ai eu qu'une fois l'occasion de pratiquer la jéjunostomie, chez un malade atteint de sténose cancéreuse du pylore. La lésion était tellement étendue que la gastro-entérostomie me parut impossible à réaliser, et je me contentai de faire une jéjunostomie latérale avec un orifice très petit. Le patient vit bientôt son état général s'améliorer et ses forces revenir. Dans les premiers jours, on ne pouvait injecter qu'une cuillerée de lait à la fois; bientôt on put en donner 50 grammes et peu à peu la dilatation de l'anse se produisit, de telle sorte qu'on finit, en augmentant progressivement les doses, par injecter chaque fois 250 grammes de lait. La durée de la survie a été de trois mois environ, et jamais pendant ce temps on n'a observé ni reflux de bile, ni reflux des aliments, à la condition de ne pas injecter d'un coup une trop grande quantité de liquide.

M. Terrier. — J'ai fait plusieurs jéjunostomies en ayant toujours soin d'opérer le plus simplement possible. Dans tous les cas, la bouche est restée très suffisamment continente, mais la survie a été assez courte, de sorte que, pour obtenir des effets minimes, il me paraît inutile de recourir à des procédés complexes.

M. Lejars. — J'ai pratiqué, dans un cas de cancer, une jéjunostomie latérale, qui a été suivie d'une survie de deux à trois semaines. J'ai observé que, un quart d'heure environ après chaque injection de liquide alimentaire, la malade était prise de diarrhée; cela n'a pas peu contribué à l'affaiblir rapidement et à précipiter le dénoûment.

M. Schwartz. — M. Kelling (de Dresde) a décrit récemment un nouveau procédé de jéjunostomie en Y, dans lequel la bouche est établie au fond d'une sorte d'invagination de l'intestin, suivant une manœuvre analogue à celle de M. Fontan pour la gastrostomie; notre confrère allemand cherche ainsi à obtenir une continence parfaite de la bouche intestinale.

De l'hystérectomie abdominale avec hémisection utérine.

M. Faure. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. Michel (de Nancy), basé sur 5 cas d'hystérectomie abdominale subtotale, avec hémisection de l'utérus, pour des lésions annexielles. Je saisis cette occasion pour revenir sur les avantages de l'hémisection utérine, au moyen de laquelle on peut si facilement décoller de bas en haut les annexes adhérentes des deux côtés.

A mon avis, dans les cas où il n'y a pas d'adhérences, tous les procédés sont bons. Pour ceux où les annexes sont adhérentes d'un seul côté, on appliquera avec avantage le procédé américain, en attaquant l'utérus par le côté libre et en le faisant basculer de bas en haut du côté adhérent. Mais lorsque les annexes droites et gauches sont à la fois adhérentes à l'utérus et aux parois pelviennes, l'hémisection constitue, pour moi, le procédé de choix, car elle permet d'obtenir très simplement le décollement des annexes de bas en haut et de les enlever avec la moitié correspondante de l'utérus.

M. Schwartz. — J'ai pratiqué 30 ou 35 fois l'hémisection utérine, et je considère cette manœuvre comme excellente dans les cas difficiles, où les adhérences sont telles, qu'il n'est guère possible de dégager l'utérus.

M. Ricard. — Je crois que nous avons tous pris l'habitude de ne pas nous adresser d'une façon systématique à un seul procédé d'hystérectomie, toujours le même, et que nous avons recours, au contraire, à des manœuvres différentes suivant les cas qui se présentent.

Corps étranger des bronches.

M. Kirmisson. — Je puis vous citer un cas de corps étranger des bronches que j'ai tout récemment observé et qui s'est terminé par la mort. Il s'agit d'un enfant de huit ans qui avait avalé une bille en verre. L'auscultation permettait d'affirmer que le corps étranger était arrêté dans la bronche droite, et la radiographie confirma d'ailleurs cette constatation. La trachéotomie étant faite, j'essayai d'enlever la bille avec un crochet spécial, que j'introduisis d'abord dans la bronche gauche, puis dans la bronche droite, d'où il me fut impossible de le retirer, car l'instrument avait perforé la paroi bronchique; l'enfant succomba à des accidents asphyxiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 20 et 27 février 1904.

Sur la sensibilité vibratoire dans les affections nerveuses.

M. Marinesco. — D'une manière générale, chez les sujets atteints d'affections du système nerveux, les troubles de la sensibilité vibratoire sont plus accusés au niveau des os des extrémités. Dans les lésions des cordons postérieurs d'origine radiculaire, notamment dans le tabes, l'anesthésie vibratoire intéresse tout d'abord les os du pied, puis ceux de la jambe et de la cuisse. Les os du pelvis, les vertèbres, les os du tronc, etc., ne sont touchés que dans un stade très avancé de la maladie. Lorsque l'anesthésie vibratoire atteint les os des membres inférieurs et supérieurs, on trouve en même temps de l'ataxie, sans qu'on puisse dire que celle-ci est la conséquence de celle-là.

Les troubles de la sensibilité superficielle précèdent d'ordinaire ceux de la sensibilité vibratoire, mais on observe quelquefois le contraire : le seul signe témoignant de l'altération des cordons postérieurs est alors l'anesthésie vibratoire.

Dans le tabes combiné, accompagné d'ataxie, l'anesthésie vibratoire est la règle. Dans le tabes combiné à forme spasmodique, elle peut constituer l'unique manifestation de la lésion des cordons postérieurs. Enfin, la compression de la moelle donne souvent lieu à des troubles de la sensibilité vibratoire dont l'étendue et la topographie dépendent du siège et de la gravité de la compression. Il en est de même dans l'hémiplégie organique, la lèpre anesthésique, etc.

On peut conclure de ces faits que les conducteurs de la sensibilité vibratoire siègent dans les cordons postérieurs, tout près de la substance grise — ce qui explique la coexistence de l'anesthésie vibratoire et de la thermo-analgésie —, et qu'ils sont directs.

Etiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse primitive.

M. Vincent. — Contrairement à l'opinion soutenue par différents auteurs, la symbiose fuso-spirillaire que j'ai décrite à diverses reprises ne peut pas être considérée comme la cause univoque de la stomatite ulcéro-membraneuse primitive, pas plus qu'elle n'est le seul facteur étiologique de toutes les angines ulcéro-membraneuses.

En effet, sur 21 cas de stomatite idiopathique que j'ai étudiés, cette double infection n'était en cause que 10 fois. Cette stomatite fuso-spirillaire est fréquemment sous la dépendance de l'évolution dentaire. Le streptocoque peut la compliquer et provoquer alors des accidents infectieux : érythème, purpura, néphrite, endocardite.

Un second groupe de stomatites (4 cas) avait une origine polymicrobienne (*Bacillus flavus*, leptothrix, colibacille, staphylocoque, spirochète, etc.).

Enfin, les stomatites primitives sont assez souvent sous la dépendance des bactéries pyogènes (staphylocoque, streptocoque, tétragène). J'ai observé 7 cas de ce genre.

Il est à remarquer que l'individualité clinique de ces diverses formes de stomatite n'a pas une grande fixité; telle stomatite à pyocoques peut ressembler cliniquement à une stomatite fuso-spirillaire. Seule, cette dernière forme a une symptomatologie bien constante (fièvre initiale, exsudat grisâtre et mou, à odeur fétide, ulcération sous-jacente, adénite).

Le microbisme salivaire normal.

MM. Gilbert et **Lippmann.** — Nous avons fait une série de recherches microbiologiques sur le canal de Sténon du chien. Les prises salivaires pratiquées aseptiquement au niveau des portions supérieure et moyenne de ce canal, chez un animal à l'état de jeûne prolongé ou, au contraire, en pleine activité glandulaire après les repas, nous ont donné les résultats suivants :

A l'état normal, le canal de Sténon est envahi par une flore microbienne très abondante qui va en diminuant de l'orifice buccal de ce conduit à la glande parotide. Les canalicules glandulaires et le parenchyme glandulaire ont été toujours trouvés stériles. Le microbisme salivaire est surtout constitué par des germes anaérobies et il est susceptible de certaines variations suivant l'état d'activité ou de repos de la glande parotide.

Le diagnostic précoce de la tuberculose par la tuberculine-réaction.

M. J. de Christmas conteste que la tuberculine-réaction précoce soit due, comme l'a récemment soutenu M. Marmorek (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 419), à la sécrétion d'un poison par les bacilles tuberculeux, sous l'influence de la tuberculine. Pour l'orateur, la réaction est tout simplement causée par la tuberculine fixée sur les bacilles « non mouillés » et dont on ne peut débarrasser ceux-ci. Ce qui le prouve, c'est qu'il est loisible d'obtenir les mêmes effets en injectant de la tuberculine seule, sans bacilles.

Quant à la valeur de cette réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose, elle paraît douteuse à M. de Christmas, car, de 3 cobayes ayant reçu 0 c.c. 1 d'une faible émulsion de tuberculine dans le cerveau — 2 avaient préalablement été inoculés avec des bacilles soit vivants, soit tués par chauffage à 100°, tandis que le troisième servait de témoin —, ce fut le témoin qui, au bout de six heures et demie, présentait la température la plus élevée (41° contre 39° et 40°8).

Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans trois cas de névralgie du trijumeau.

M. Pitres (de Bordeaux) fait une communication de laquelle il résulte que, chez 3 malades atteints de névralgie rebelle du trijumeau, le liquide céphalo-rachidien extrait par la ponction lombaire contenait un grand nombre de lymphocytes. Il existait donc chez ces patients une réaction méningée décelée par la lymphocytose, tout comme dans le zona ou la névralgie zostérienne.

M. Sicard dit avoir constaté également la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans 2 cas de névralgie du trijumeau. La ponction lombaire peut être utile chez ces malades pour fixer le siège pathogénique des excitations al-

gésiogènes et fournir ainsi des indications au chirurgien; elle est encore susceptible d'être employée à titre palliatif, au point de vue thérapeutique.

Agglutination des graisses.

M. F. Ramond. — L'action des sérums sanguins sur des émulsions alcalines de graisses animales amène une agglutination très nette des corpuscules graisseux en suspension. Le phénomène semble dû à une substance albuminoïde, différente de la fibrine, et insoluble dans l'éther.

Le sérum d'un homme sain et surtout d'un obèse n'a aucune action sur l'émulsion de graisse humaine, tandis que son action est très nette sur les graisses du cobaye, du lapin, du chien, etc.

Le sérum d'un malade ayant subi un amaigrissement rapide est, par contre, légèrement agglutinant pour la graisse humaine. Il s'agit là d'un phénomène actif, probablement de même nature que celui de l'agglutination des microbes, et qui doit jouer un certain rôle dans la digestion de la graisse par les leucocytes.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 février 1904.

Sur la voie de propagation de la tuberculose chez les enfants.

M. A. Baginsky déclare, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Westenhöffer (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 64), que sur 1,383 cas de mort par tuberculose, il en a constaté 245 chez des enfants de moins d'un an. Il est très vrai que leur nombre augmente à partir du troisième mois, mais il atteint un tel niveau dès le cinquième mois qu'on ne saurait établir un rapport entre le développement de la tuberculose et l'apparition de la dentition.

L'orateur montre ensuite une pièce relative à une tuberculose provenant des ganglions trachéo-bronchiques et propagée jusqu'à la rate à travers le poumon et le diaphragme, et une autre concernant un petit ganglion mésentérique caséifié, seule lésion tuberculeuse constatée à l'autopsie dans ce cas. Cette différence entre l'extension des lésions dans l'un et l'autre fait prouve bien que, conformément à l'opinion de M. Koch, il s'agit là d'affections différentes.

M. Baginsky fait également voir des cultures en plaque obtenues l'une avec du lait pur, l'autre avec du lait formolé à 1 pour 5,000 : les colonies sont plus nombreuses dans la seconde que dans la première.

M. Aronson fait remarquer que si, comme le soutient M. Westenhöffer, l'on n'observe que très rarement la tuberculose pulmonaire avant le troisième mois, c'est que le développement de cette affection est trop lent pour qu'on puisse la reconnaître plus tôt.

M. Schütz combat l'opinion de M. von Behring, relative à la propagation de la tuberculose par infection intestinale, en s'appuyant sur des expériences qu'il a faites en 1899 avec M. von Behring lui-même : 6 veaux parfaitement sains furent enfermés dans une étable où se trouvaient 20 bovidés tuberculeux et reçurent quotidiennement, pendant douze jours, 2 litres de lait contenant de nombreux bacilles de la pommelière; on les sacrifia au bout de deux mois; à ce moment, aucun ne présentait de lésions intestinales et 3 seulement avaient des ganglions mésentériques caséeux; au contraire, chez tous l'appareil respiratoire était atteint : 3 fois on constata des lésions pulmonaires, 3 fois il n'y avait que des altérations des ganglions trachéo-bronchiques et médiastinaux.

M. Benda dit avoir trouvé, dans la muqueuse gastrique d'un enfant mort *intra partum*, les plus belles cellules muqueuses caliciformes qu'il ait jamais vues; au reste, quand bien même les bacilles tuberculeux parviendraient, comme le pense M. von Behring, à traverser l'épithélium digestif, il s'en faudrait qu'ils fussent par cela même lancés dans le torrent circulatoire.

M. A. Fränkel croit que, chez l'adulte au moins, c'est surtout par inhalation que se propage la tuberculose; l'infection par les voies lymphatiques ne peut se produire que très rarement : en effet, l'examen clinique, aussi minutieux que possible, ne révèle pas d'adénopathie dans les cas de *phtisis incipiens* ni chez les sujets suspects de tuberculose.

Pour ce qui est de l'inhalation, Traube a prouvé que les particules charbonneuses peuvent pénétrer jusqu'aux alvéoles; à plus forte raison doit-il en être de même des bacilles, infiniment plus petits. Mais comme chacun est exposé à inhaler des bacilles, et que cependant la majorité des hommes restent exempts de tuberculose, il faut bien admettre l'existence d'une prédisposition chez ceux qui sont frappés.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 22 février 1904.

Une nouvelle conception pathogénique des cirrhoses hépatiques.

M. Alexander fait observer, à propos de la communication de M. Bleichröder sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 64), que la théorie de cet auteur repose essentiellement sur la constatation, autour des ramifications intrahépatiques de la veine porte, d'éléments cellulaires considérés comme des lymphocytes émanés de la rate. Mais il importe de savoir que, sur les coupes, les cellules en voie de prolifération sont faciles à confondre avec des lymphocytes; en outre, ceux-ci, entraînés par le courant sanguin, dans l'hypothèse de M. Bleichröder, ne pourraient guère traverser par diapédèse la paroi des vaisseaux.

D'autre part, l'orateur rappelle que dans la septicémie, qui est le prototype des affections à « rate molle », on ne trouve presque jamais de lymphocytose, mais bien une polynucléose due aux éléments provenant de la moelle osseuse. Au contraire, dans la leucémie lymphatique, il y a une lymphocytose considérable, bien que la rate soit dure.

M. Oestreich se demande si les altérations de la moelle osseuse, constatées par M. Bleichröder, ne tiennent pas tout simplement à l'anémie; quant aux manifestations leucémiques que l'on peut rencontrer chez les cirrhotiques, elles constituent une complication.

M. Senator combat également la conception pathogénique de M. Bleichröder. Les éléments qui réalisent l'infiltration parvi-cellulaire périportale, s'ils sont amenés par le sang porte, peuvent provenir de l'intestin tout aussi bien que de la rate. Au point de vue clinique, d'ailleurs, l'analogie entre les cirrhoses et les affections du sang n'est qu'apparente : c'est ainsi que les hémorragies gastriques et intestinales sont dues chez les cirrhotiques à des dilatations variqueuses, tandis que dans les maladies sanguines elles ont pour cause des altérations du sang lui-même et des parois vasculaires. Les épistaxis, les hémorrhagies du fond de l'œil, tardives dans les cirrhoses, sont au contraire précoces dans les affections du sang, plus précoces encore dans la maladie de Banti, etc.

L'orateur ne croit pas non plus qu'on puisse considérer cette dernière affection comme une simple variété de cirrhose. En dehors des signes différentiels nombreux qui en permettent le diagnostic — entre autres l'examen hématologique, qui révèle dans la maladie de Banti une anémie considérable et de la leucopénie avec prédominance des lymphocytes, tandis qu'il y a souvent hyperglobulie chez les cirrhotiques, sans lymphocytose —, les bons effets de la splénectomie dans la maladie de Banti, son inefficacité chez les cirrhotiques, plaident contre une pareille interprétation.

M. Albu déclare que les altérations de la muqueuse gastrique, constatées par M. Bleichröder chez les cirrhotiques, n'ont rien de caractéristique : elles relèvent de la dégénérescence hyaline, et s'observent dans des affections variées, par exemple dans les polypes de l'estomac.

Pour ce qui est des lésions de la rate, si les cirrhoses étaient dues, comme le pense M. Bleichröder, à la désorganisation du tissu splénique, on devrait trouver dans le foie des cellules parenchymateuses de la rate.

M. Strauss est d'avis que, dans les cas de M. Bleichröder, il pouvait bien y avoir coexistence d'une anémie grave : c'est là une complication assez fréquente des cirrhoses.

M. Alfred Wolff conteste que les lésions de la moelle osseuse des cirrhotiques rappellent celles des leucémiques; d'après ses recherches, elles ressembleraient plutôt à celles de certains cancéreux.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 février 1904.

Un cas de grossesse à la fois utérine et abdominale chez une naine.

M. Van Cauwenberghe. — Dans une note sur laquelle je dois vous faire un rapport, M. le docteur R. Herman (de Haine-Saint-Pierre) décrit une opération césarienne qu'il a pratiquée en avril dernier chez une naine mesurant seulement 1 m. 05 centim. de taille. Cette femme avait déjà subi avec succès, en avril 1901, une première opération césarienne.

A l'examen du ventre, la grossesse étant à terme, on sentait la tête de l'enfant immédiatement sous la peau. L'auteur fit le diagnostic de rupture utérine, avec passage du fœtus dans la cavité abdominale. Après section de l'abdomen, l'enfant fut extrait. Il n'y avait pas de sang; le liquide amniotique était teinté de méconium. On voyait le placenta largement attaché sur le fond de l'utérus, à la paroi postérieure, tandis que la paroi antérieure de l'organe était constituée par l'épiploon en haut, la paroi abdominale en avant et le cul-de-sac utéro-vésical en bas : la suture de la paroi antérieure de l'utérus, pratiquée lors de la première intervention, avait probablement cédé, et une nouvelle matrice s'était formée, dans laquelle le fœtus s'était développé comme normalement. En effet, les bords de l'ouverture étaient arrondis, non saignants, épais; la poche amniotique suivit l'énucléation du placenta en se détachant de dedans en dehors jusqu'aux bords de l'incision abdominale.

La digestion de la viande chez le chien après ligature des canaux pancréatiques.

M. Héger lit un rapport sur un mémoire adressé par MM. E. Zunz et L. Mayer et dans lequel ces auteurs exposent les résultats des recherches qu'ils ont entreprises pour voir si, comme le soutient M. Cohnheim, l'érepsine prend une part prépondérante à la digestion des albuminoïdes ou si au contraire, ainsi que le prétendent MM. Kutscher et Seemann, elle n'intervient qu'à titre accessoire.

MM. Zunz et Mayer croient pouvoir conclure de leurs expériences que la trypsine joue le rôle le plus important dans la digestion intestinale de la viande chez le chien normal. L'érepsine et les autres ferments protéolytiques de l'intestin grêle sont toutefois de précieux adjuvants de la trypsine et peuvent remplacer plus ou moins complètement celle-ci dans la première portion de l'intestin grêle, lorsque son action ne peut plus s'y exercer.

Sur l'origine des alexines.

M. Van Ermengem fait un rapport sur un travail de M. Herman (de Mons), relatif à des expériences qui établissent directement l'absence d'alexine dans le plasma des animaux normaux ou préparés par l'injection de différents microbes. Pour opérer avec un plasma aussi semblable que possible au plasma vivant, l'auteur centrifuge le sang dans le vaisseau même : à cet effet, une portion de veine, enlevée entre deux ligatures, est introduite dans le tube du centrifugeur, rempli de liquide physiologique; après centrifugation, une ligature placée sur le segment veineux, au-dessus de la couche des globules, permet de recueillir un plasma absolument transparent et incolore.

Dr KEIFFER.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 27 février 1904.

Réunion du facial à l'hypoglosse pour paralysie faciale.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. G. Alexander** a présenté une femme atteinte, depuis cinq ans, d'une paralysie faciale consécutive à une suppuration de l'oreille. L'orateur, ayant mis à nu le nerf hypoglosse en avant du muscle digastrique, sectionna le facial au-dessous du trou stylo-mastoïdien et le sutura à l'hypoglosse intact. Quelque temps après l'opération, la malade présentait des troubles des mouvements de la langue et de la dysphagie; jusqu'ici, la paralysie faciale n'est pas améliorée.

M. Alexander ajoute que l'on a publié à l'heure actuelle 12 tentatives de greffe du facial sur d'autres nerfs pour paralysie faciale. Au point de vue des indications opératoires, on ne doit pas intervenir dès le début, mais seulement quand l'affection date de six mois; au bout de ce temps, d'ailleurs, l'opération n'est indiquée que si l'excitabilité faradique est complètement abolie ou si l'irritabilité galvanique du tronc nerveux diminue.

Volvulus de l'estomac.

M. Pendl a relaté l'observation d'un homme de soixante-deux ans qui, après un repas copieux, présenta les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë. Dans la partie gauche de la région épigastrique, on constatait une tuméfaction du volume d'une tête d'adulte, qui donnait à la percussion un son tympanique et refoulait le diaphragme en haut. A l'opération, on trouva l'estomac très distendu; sa grande courbure, tournée en haut, était incarcérée dans la concavité du diaphragme. Après avoir évacué les gaz de l'estomac au moyen d'une ponction, l'orateur remit ce viscère en position normale.

Le volvulus gastrique s'explique par le fait que le côlon transverse, pourvu d'un long mésocôlon, avait refoulé la grande courbure de l'estomac dans la concavité du diaphragme où elle avait été incarcérée.

La tuberculose primitive de la diaphyse des os longs.

M. F. von Friedländer a fait une communication dans laquelle il signale que, sur 152 cas de tuberculose osseuse observés dans son service, 15 concernaient des tuberculoses primitives de la diaphyse des os longs. L'orateur admet trois variétés de cette forme de tuberculose osseuse : l'infiltration caséeuse diffuse progressive, l'infiltration caséeuse centrale sans formation de fistule, et la production d'abcès ou de granulations centrales.

Au point de vue du traitement, M. von Friedländer estime que l'opération est absolument indiquée dans les cas de foyers solitaires; elle est à conseiller quand il s'agit de foyers multiples dont l'ablation est possible; elle est encore légitime toutes les fois qu'il y a menace d'irruption d'un foyer tuberculeux dans une cavité articulaire. Chez plusieurs malades, l'orateur a eu recours avec succès à la méthode de plombage préconisée par M. von Mosetig-Moorhof.

Sur les prétendues propriétés spasmogènes du tissu cancereux.

Dans la séance précédente de la même Société, **M. Wagner** a communiqué les résultats d'une série de recherches qu'il a entreprises pour vérifier l'opinion de M. Adamkiewicz : cet auteur regarde les cellules carcinomateuses comme des parasites sécrétant une substance spasmogène qui provoquerait la mort des animaux auxquels on introduit des fragments cancéreux dans le cerveau.

Or, M. Wagner a pu constater que les animaux ne meurent que lorsque le tissu cancéreux transplanté contient les microbes de la suppuration et que la mort des animaux survient au milieu des mêmes symptômes, quand on leur injecte une culture pure desdits microbes. Par contre, les animaux ne meurent pas quand le tissu cancéreux est stérile, c'est à dire lorsqu'il est pris au niveau de métastases ganglionnaires et non sur des cancers ulcérés. On peut d'ailleurs tuer les animaux, et toujours avec les mêmes symptômes, en infectant le tissu cancéreux au moyen de bactéries de la suppuration, avant son implantation dans le cerveau.

Traitement des carcinomes de l'œsophage par le radium.

M. Alfred Exner a soumis à l'ACADÉMIE DES SCIENCES DE VIENNE les résultats qu'il a obtenus dans 6 cas de cancer de l'œsophage par le radium. Pour faire les applications, l'orateur adapte au bout inférieur d'une sonde œsophagienne une capsule de caoutchouc cylindrique, renfermant la substance radifère.

Dans 5 cas on a pu observer, à la suite de ces applications, une dilatation considérable du rétrécissement, quoique la sonde employée fût du n° 16 seulement. Cette dilatation, étant due à une nécrose du tissu cancéreux, persiste après la cessation du traitement, tandis qu'à la suite de la dilatation mécanique le rétrécissement se reproduit dès qu'on cesse de pratiquer le cathétérisme. M. Exner espère qu'on pourrait de cette façon éviter la gastrostomie.

Dr SCHNIRER.

LITTERATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Recherches sur la valeur et la signification de l'hyperchlorurie au cours des pleurésies tuberculeuses, par M. E. MICHELEAU.

Dans les pleurésies, l'élimination des chlorures est souvent exagérée, surtout au moment de la crise qui accompagne la résorption du liquide pleural; et ce fait semble cadrer parfaitement avec les recherches récentes qui font jouer un rôle essentiel aux chlorures dans la pathogénie des œdèmes et des épanchements. M. Micheleau propose cependant d'attribuer à cette hyperchlorurie des pleurétiques une tout autre origine, et par suite une signification bien différente. Voici quel a été le point de départ de ses recherches :

Il est fréquent, on le sait, de constater chez les tuberculeux une élimination exagérée des chlorures, témoignage de la déminéralisation intense de l'organisme au cours de la phtisie pulmonaire. C'est particulièrement dans l'expectoration que la présence de ces sels en excès a été signalée; on possède toutefois quelques indications sur l'hyperchlorurie des tuberculeux : alors que normalement le rapport de l'urée aux chlorures urinaires est de 2,22, ce rapport, chez les malades dont il s'agit, peut s'abaisser jusqu'à l'unité et même lui être inférieur.

Cela étant, l'auteur a soigneusement dosé les chlorures urinaires de 22 pleurétiques qu'il a observés à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Sur ce nombre, 17 présentaient une hyperchlorurie nette; et il faut noter que parfois l'hyperchlorurie ne s'est pas produite seulement au moment de la résorption du liquide pleural, mais a été constatée après des ponctions ayant évacué complètement et définitivement la cavité pleurale, ou au contraire est survenue chez des patients dont l'épanchement était en train de se reformer. Or, dans les 5 cas où l'excrétion des chlorures était normale, la guérison a été obtenue rapidement, tandis que chez les 17 pleurétiques hyperchloruriques la marche de l'affection n'a pas été aussi franche, ni la guérison aussi complète, et plusieurs n'ont pas tardé à présenter des signes certains de tuberculose pulmonaire.

Dans ces conditions, M. Micheleau est d'avis que l'hyperchlorurie, quand elle apparaît chez les pleurétiques, doit faire soupçonner fortement la nature tuberculeuse de leur affection; dans un certain nombre de cas, d'ailleurs, l'étude cytologique du liquide pleural a confirmé les présomptions créées par la courbe d'élimination des chlorures. La valeur pronostique de l'hyperchlorurie serait d'autant plus grande que, pour l'auteur, ce symptôme ferait d'une manière générale défaut — ou serait du moins très peu prononcé — dans les tuberculoses localisées, et révèlerait en réalité non une simple lésion tuberculeuse, mais bien la *tuberculisation de l'organisme.* (*Rev. de méd.*, nov. et déc. 1903.) — F. F.

Accouchement indolore, par M. H. BIDON.

Le fait d'accouchement indolore qui fait l'objet du travail de M. Bidon concerne une primipare ; la délivrance eut lieu à la fin du huitième mois de la grossesse, douze heures après la rupture de la poche des eaux — que cette femme prit pour une miction involontaire —, et sans qu'elle eût été avertie de l'approche de son accouchement, si ce n'est par une sensation de pesanteur d'ailleurs très supportable dans la région sus-pubienne : après une miction, la parturiente se sentit, sinon débarrassée de cette pesanteur, du moins très notablement soulagée. Au moment où elle regagnait son lit, l'enfant fut expulsé, sans qu'à ce moment la mère eût ressenti aucune douleur réelle. L'enfant tomba par terre; l'accident n'eut pas de suites fâcheuses d'une façon immédiate, mais vingt-sept mois après la naissance survint chez lui une céphalalgie tenace et intense qui fit penser à une méningite tuberculeuse; ces maux de tête s'atténuèrent d'ailleurs progressivement. Cinq mois après leur début, se déclarait une fièvre typhoïde légitime.

Quant à la cause à laquelle serait due l'indolence de l'accouchement dans le cas présent, M. Bidon estime que l'exiguïté de la taille de l'enfant n'y fut pas étrangère, car, dans un accouchement ultérieur où le nouveau-né avait une taille voisine de la normale, la mère souffrit pendant une heure, dans une mesure à vrai dire insignifiante.

Au point de vue médico-légal, l'observation relatée par l'auteur n'est pas sans présenter un certain intérêt : l'accusation d'infanticide eût pu paraître légitime s'il s'était agi d'une fille-mère abandonnée et si l'expulsion de l'enfant avait eu lieu pendant la miction qui précéda immédiatement l'accouchement. (*Marseille méd.*, 15 décembre 1903.) — F. M.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

L'hépato-cholangio-entérostomie, par M. H. KEHR.

Lorsque l'obstacle au cours de la bile échappe à toute action opératoire directe, que le canal cystique est oblitéré, que les canaux cholédoque et hépatique sont obstrués ou comprimés — de façon irrémédiable — jusqu'au hile, il ne reste plus qu'un moyen de dériver la sécrétion biliaire, c'est d'aller à la recherche des gros conduits intraparenchymateux, et de les aboucher à la peau ou dans l'intestin. La première de ces interventions — la cholangiostomie — a été pratiquée par MM. Kocher, Langenbuch, Hirschberg; elle a le grave défaut de créer une fistule inguérissable et une déperdition totale et définitive de la bile. La seconde opération, l'hépato-cholangio-entérostomie, a été proposée par M. Marcel Baudouin et M. Langenbuch : elle vient d'être pratiquée pour la première fois par M. Kehr.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-quatre ans, qui souffrait depuis plusieurs mois d'accidents gastriques, et chez laquelle on avait porté le diagnostic de sténose du pylore, probablement néoplasique. Au cours d'une première intervention, le 2 décembre 1903, M. Kehr trouve le pylore libre, le duodénum occupé par une infiltration indurée, qui englobe et comprime le canal cystique, la vésicule distendue par un liquide clair. Il fait une cholécystectomie, suivie de gastro-entérostomie postérieure.

Huit jours après survient un ictère qui se fonce de plus en plus; les matières fécales se décolorent, l'état général reste bon.

On intervient de nouveau le 8 janvier 1904. La masse épaisse qui occupe la zone sous-hépatique rend impraticable toute tentative opératoire du côté du pédicule et du hile. On excise, aux dépens du bord antérieur du foie, un segment elliptique de 6 centimètres de long, de 2 à 3 centimètres de large, puis on creuse suffisamment la cavité avec le thermocautère, qui, en même temps, réalise l'hémostase; deux ligatures seulement sont nécessaires. Quelques gros conduits biliaires sont ouverts, et l'on voit nettement la bile qui en sourd. On pratique alors, sur le duodénum voisin, une incision de 6 centimètres de long, et les lèvres en sont réunies à celles de la plaie hépatique; quelques fils coupent, car le parenchyme est friable. La paroi abdominale est suturée. L'intervention a duré une heure.

Elle fut bien supportée. Les selles se colorèrent de nouveau, les urines redevinrent claires, l'ictère pâlit de plus en plus, et le 12 février la malade quittait l'hôpital, notablement améliorée.

L'anastomose hépato-duodénale fonctionnait donc, c'est là un premier point acquis. Comme le dit M. Kehr, il faut attendre pour juger du résultat complet; il semble toutefois, d'après l'amélioration rapide de l'état général, que la tumeur n'était pas cancéreuse, et que l'on avait affaire à une masse inflammatoire chronique, développée autour d'un ulcère duodénal. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 20 février 1904.) — L.

Les staphylocoques de l'eczéma chronique,
par M. F. Veiel.

La question de l'origine parasitaire des eczémas, qui a fait l'objet d'une discussion importante au treizième Congrès international des sciences médicales (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 273-274), reste toujours à l'étude. Tous les dermatologistes reconnaissent, il est vrai, que les lésions eczémateuses, tout au moins dans les stades avancés de leur évolution, donnent abri à des microorganismes, en particulier aux staphylocoques. Mais on est loin de s'entendre sur le rôle qu'il convient d'attribuer à ces microbes : sont-ils réellement les agents pathogènes de l'eczéma, exercent-ils seulement une influence plus ou moins active sur la marche du processus morbide, ou enfin s'agit-il d'éléments microbiens purement saprophytes?

Afin d'élucider ces questions, M. Veiel a institué une série de recherches sur 20 eczémateux soignés dans le service de M. le professeur Neisser. L'examen bactériologique des croûtes et des produits de sécrétion a démontré que, dans toutes les formes et toutes les phases d'évolution de l'eczéma chronique, on trouve des staphylocoques, le plus souvent le staphylocoque doré, rarement le blanc, et d'une manière tout à fait exceptionnelle le *Staphylococcus citreus*. Dans la plupart des cas, ces microorganismes se présentent en culture pure.

Afin de préciser le rôle des staphylocoques recueillis de la sorte chez tous les eczémateux soumis à l'examen, l'auteur a eu recours à l'étude de deux réactions biologiques, susceptibles de faciliter le diagnostic différentiel, à savoir l'action hémolytique et l'agglutination.

En ce qui concerne l'hémolyse, M. Veiel a été à même de se rendre compte que les cultures filtrées de staphylocoques de l'eczéma exercent sur les globules rouges du sang de lapin une action dissolvante, tout comme une culture de *staphylocoques pyogènes*; tandis que les cultures filtrées de staphylocoques saprophytes recueillis sur la peau normale restent sans aucun effet à l'égard des mêmes hématies.

Des constatations analogues ont été faites pour l'agglutination. En inoculant des lapins avec des cultures de staphylocoques saprophytes, il fut impossible d'obtenir un sérum sanguin doué d'un pouvoir agglutinant; par contre, le sérum des animaux ayant reçu des injections d'une culture de staphylocoques de l'eczéma agglutinait non seulement les mêmes microbes, mais aussi des staphylocoques pyogènes provenant d'un phlegmon. Le sérum des lapins inoculés avec ces derniers exerçait également une action agglutinante sur les staphylocoques de l'eczéma.

Cela étant, M. Veiel n'hésite pas à conclure à l'identité du staphylocoque de l'eczéma avec les staphylocoques pyogènes. La présence de ce microorganisme serait, par conséquent, loin d'être indifférente : il joue certainement un rôle actif dans l'évolution des lésions, sans que l'on puisse pourtant le considérer d'ores et déjà comme l'agent spécifique de l'affection. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janvier 1904.) — L. CH.

Anomalie non encore observée de l'appareil génital, par M. L. Kleinwächter.

L'observation d'athélie que relate M. Kleinwächter concerne une jeune fille de vingt-trois ans, non menstruée, dont les seins avaient atteint un développement normal, mais chez laquelle les mamelons étaient remplacés par des aréoles de couleur rosée, présentant les dimensions d'une pièce d'un franc et situées de niveau avec la région mammaire environnante. Ces aréoles étaient entièrement dépourvues d'orifices glandulaires. On ne les distinguait des parties voisines qu'en raison de leur coloration spéciale. Le pénil était normal; les grandes et les petites lèvres, au contraire, étaient à peine indiquées et l'hymen était représenté par un simple liséré peu marqué. L'entrée du vagin étant largement béante, il était facile de pratiquer le toucher vaginal et de constater l'atrophie considérable dont l'utérus était le siège. La portion intravaginale de la matrice, très réduite dans ses dimensions, l'était cependant moins que le corps même de l'organe qui semblait ne mesurer guère que 2 centimètres ou 2 centim. 1/2, la majeure partie étant constituée par le col. Quant aux ovaires, l'auteur n'en put reconnaître qu'un seul, correspondant à celui du côté droit; il paraissait avoir les dimensions d'une fève.

Ajoutons que cette jeune fille avait deux sœurs plus jeunes qu'elle : l'une, âgée de vingt et un ans, n'était pas encore réglée, tandis que l'autre avait eu ses premières menstrues à quatorze ans. (*Wien. med. Presse*, 27 décembre 1903.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé simple de cathétérisme aseptique.

Lorsqu'on pratique le cathétérisme avec la sonde molle de Nélaton, il est indispensable que les doigts de la main droite — propulseurs — cheminent tout le long du cathéter. Ce contact des doigts est inoffensif, si leur désinfection préalable a été suffisante; mais les circonstances ne manquent pas, où cette condition ne saurait être réalisée à souhait; il est facile, pour le praticien, d'apporter avec lui des sondes dûment stérilisées : il l'est beaucoup moins, dans certains cas, de s'en servir sans les infecter.

C'est pour tourner cette difficulté journalière que M. I. Swiatecki, assistant de M. le docteur Krajewski, chirurgien de l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Varsovie, propose la petite manœuvre que voici : elle consiste, en somme, à remplacer les doigts propulseurs par une longue pince à disséquer, bouillie.

On prend la sonde — stérile — de la main gauche, par le pavillon; et la pince de la main droite. Avec cette pince, on enduit d'abord la sonde de vaseline stérilisée; puis on saisit ladite sonde, près du bec, entre les mors. Ceci fait, la main gauche ramène le pavillon entre le pouce droit et le talon de la pince.

Dès lors, la main droite tient la sonde par ses deux bouts; elle en tient le bout « d'avant-garde » par l'intermédiaire de la pince, elle ne touche que le pavillon : la portion moyenne est courbée en arc de cercle, de l'un à l'autre de ces deux points fixes. La manœuvre est simple à comprendre. La main gauche maintient la verge : conduit par la pince, le bec de la sonde est présenté au méat, pénètre, progresse, et le reste continue à s'enfoncer, sous la poussée de la pince, qui recule à mesure, du bec vers le pavillon.

Le patient lui-même, d'après M. Swiatecki, apprend sans peine à utiliser ce petit artifice, qui ne s'applique, bien entendu, qu'aux cathétérismes faciles.

Les injections rétro-rectales de solution physiologique contre l'incontinence nocturne d'urine.

En vue d'agir sur le plexus hypogastrique d'une façon plus directe qu'on ne le fait par les procédés mis le plus habituellement en œuvre contre l'incontinence essentielle d'urine, M. le docteur Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, a utilisé contre cette affection une méthode thérapeutique nouvelle qui consiste à pratiquer dans l'atmosphère celluleuse rétro-rectale des injections de sérum artificiel.

Le procédé en question est des plus simples et ne nécessite aucune anesthésie. A la pointe du coccyx ou un peu à côté, on enfonce, perpendiculairement à la peau, l'aiguille d'une seringue de Roux, aussi profondément que le permet la longueur de l'aiguille; on a soin de contrôler — à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum — l'aiguille dans son trajet para-rectal, afin d'éviter la perforation de la paroi intestinale. L'injection doit se faire lentement; la quantité de liquide à introduire en une séance est d'une centaine de grammes en général. Lorsqu'une seule injection n'amène pas une guérison complète, il faut la renouveler dans les jours suivants.

Notre confrère a soumis à ce traitement deux jeunes filles âgées l'une de vingt-cinq ans, l'autre de vingt ans. Dans l'un de ces faits, la malade n'urina pas au lit la nuit qui suivit la petite opération; l'incontinence ayant cependant reparu le jour suivant, on pratiqua une deuxième injection; celle-ci donna une guérison qui persistait six mois après. Pour l'autre cas — où tous les traitements d'ordre médical communément usités en pareille occurrence avaient échoué —, on dut répéter les injections à quatre reprises différentes et même porter les deux dernières fois la dose à 200 grammes afin d'obtenir un résultat définitif.

Le salicylate de soude dans le traitement de la chorée d'origine non rhumatismale.

Le salicylate de soude est assez rarement employé contre la chorée, bien qu'il ait été préconisé dans les cas où cette affection paraît sous la dépendance de la diathèse rhumatismale, les phénomènes choréiques ayant été précédés de rhumatisme articulaire avec altérations consécutives de l'endocarde. Or, un médecin russe, M. le docteur M. A. Zaoussailov (d'Ekaterinoslav), a récemment eu l'occasion de se convaincre que le médicament en question donne d'excellents résultats alors même que la chorée ne reconnaît pas une origine rhumatismale : chez 4 petits choréiques, exempts de tout antécédent rhumatismal et de tout trouble cardiaque, notre confrère administra, à la dose quotidienne de trois ou quatre cuillerées à dessert, une solution de salicylate de soude dont le titre variait, suivant l'âge du patient, de 2 à 4 %; cette médication ne tarda pas à faire disparaître tous les phénomènes morbides, qui avaient cependant résisté à l'emploi des préparations arsenicales et ferrugineuses, des bromures, etc.

La radiothérapie contre le prurit anal.

Partant de cette considération que les rayons de Röntgen exercent une action thérapeutique sur les productions morbides tout en respectant les tissus normaux, M. le docteur J. R. Pennington, professeur des maladies du rectum à la Chicago Policlinic, a expérimenté l'emploi des rayons cathodiques dans le traitement du prurit anal. Les résultats obtenus par ce procédé paraissent avoir été excellents : dans les 13 cas où notre confrère y a eu recours à l'exclusion de toute autre méthode, générale ou locale, il a obtenu une guérison complète et qui se maintient depuis plusieurs mois.

La durée du traitement varie avec l'ancienneté et surtout avec la gravité de l'affection. Chez une femme, par exemple, souffrant depuis trois ans, il a suffi de quelques séances pour faire disparaître le prurit, tandis que dans le cas d'un homme chez lequel la dermatose ne remontait qu'à deux années, on dut continuer les expositions aux rayons de Röntgen pendant quatre semaines consécutives pour obtenir la disparition des phénomènes morbides.

Injection intra-péritonéale d'eau alcoolisée comme stimulant au cours d'une laparotomie.

On sait que les Américains ont la plus grande confiance dans l'action stimulante de l'alcool, qu'ils font généralement prendre sous la forme de whisky. Au cours d'une hystérectomie abdominale où l'état général et la faiblesse de la malade faisaient craindre qu'il ne fût pas possible de terminer l'opération, M. le docteur Bissell (de New-York) eut l'idée d'administrer de l'alcool par la voie péritonéale. Pour cela, notre confrère fit pénétrer dans l'abdomen, par la plaie de la laparotomie, 30 grammes de solution physiologique additionnée de 4 grammes d'alcool à 95°. L'effet en fut tellement satisfaisant que M. Bissell, avant de clore l'abdomen, crut devoir introduire dans la cavité péritonéale une nouvelle quantité de 250 grammes de la même solution alcoolisée. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade quitta l'hôpital le quinzième jour.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

Le traitement chirurgical de la paralysie faciale.

Après avoir été pendant longtemps du ressort exclusif de la médecine, le traitement de la paralysie faciale — comme celui de tant d'autres affections jusque-là réputées d'ordre purement médical — affecte depuis quelques années une tendance manifeste à entrer dans le domaine du chirurgien. Hâtons-nous d'ailleurs d'ajouter que l'action chirurgicale ne prétend pas s'exercer dans la totalité des cas de paralysie faciale; point n'est question ici de dessaisir le médecin au profit du chirurgien : celui-ci se réserve simplement d'offrir les ressources de son art aux malades que l'on a jusqu'à présent considérés comme incurables, parce que leur traitement était au-dessus des moyens dont dispose la thérapeutique médicale. Le chirurgien vient donc très heureusement compléter l'œuvre du médecin; et son intervention, loin de se substituer à l'action médicale, commence là où finit celle-ci : elle ne fait ainsi qu'élargir le domaine de la thérapeutique et en reculer les bornes.

I

L'opération proposée en vue du traitement chirurgical de la paralysie faciale consiste en une anastomose à établir entre le nerf facial paralysé et un nerf crânien voisin; la première observation en a été publiée en 1898 par M. J.-L. Faure (1), inspiré par M. Furet. Elle avait cependant été pratiquée en Angleterre dès 1895 par M. Ch. A. Ballance (2), ainsi qu'en font foi les statistiques officielles des interventions chirurgicales exécutées au St. Thomas's Hospital de Londres. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de cette question, en somme peu importante, de priorité, l'opération de Faure n'a jusqu'ici trouvé que peu de partisans dans notre pays, et sur les 22 observations que j'en ai pu réunir, 4 seulement appartiennent à des auteurs français : 2 à M. Faure (3), 1 à M. Morestin (4) et 1, toute récente, à M. Villar (5). Les autres cas ont été opérés : en Angleterre — 6 par M. Ch. A. Ballance, 1 par M. H. A. Ballance, 1 par M. Kennedy (6) —; en Amérique — 1 par M. Cushing (7), 1 par M. Keen (8), 1 par M. Frazier (1), 2 par MM. Taylor et Clark (2), 1 par M. R. F. Weir (3) —; en Allemagne, par MM. Gluck (4), Hackenbruch (5), Körte (6); et en Autriche, par M. Alexander (7).

Dans la majorité de ces observations, l'intervention consista en une anastomose spino-faciale, le bout périphérique du nerf facial — sectionné à la sortie du trou stylo-mastoïdien — étant mis en rapport, par un procédé variable suivant les cas et les auteurs, avec la branche externe du spinal ou avec le rameau que cette branche donne au muscle trapèze. Dans 7 cas, c'est sur l'hypoglosse qu'a été greffé le facial. Le nerf glosso-pharyngien a également été préconisé, pour l'anastomose avec le facial, par M. E. A. Schäffer (d'Edimbourg); mais si cette variante paraît être supérieure au point de vue de la restauration fonctionnelle, elle suppose dans la technique — d'une exécution déjà assez délicate par les procédés actuels — une complication telle qu'aucun chirurgien n'a encore consenti à y avoir recours.

II

Une question préjudicielle se pose à propos d'une pareille intervention, celle de savoir si l'opération proposée est rationnelle. Examinée au jour de nos connaissances présentes de physiologie nerveuse, la greffe faciale est-elle légitime, et le but poursuivi peut-il, physiologiquement parlant, être atteint?

D'après les données actuellement classiques en histo-physiologie du système nerveux, on admet que, à la suite de la section d'un nerf moteur, le bout périphérique, séparé de son centre trophique, perd toute excitabilité et subit une dégénérescence dite wallérienne. Vers le trentième jour après la section, on n'y trouve plus que les gaines de Schwann parsemées de noyaux qu'entoure un protoplasma d'aspect desséché. Les modifications s'étendent sur toute la longueur du segment distal, depuis le niveau de la section jusqu'aux dernières terminaisons du nerf et de ses rameaux. Contrairement à ce qui se passe pour le bout périphérique, le bout central reste à peu près intact. L'extrémité du cylindraxe se renfle légèrement, constituant ainsi une sorte de cône d'accroissement qui va être le point de départ d'une végétation par expansion cylindraxile. Si les deux bouts du nerf ont été rapprochés après la section, les cylindraxes en voie de végétation atteignent le bout périphérique, s'insinuent entre les anciennes gaines de Schwann et pénètrent même le plus souvent dans leur intérieur, les prenant ainsi comme guides pour arriver à la périphérie. La régénération aurait donc lieu tout entière aux dépens du bout central du nerf sectionné.

A en juger par ces enseignements, l'anastomose du bout central d'un nerf intact avec le bout périphérique du nerf facial paralysé, suivie de la régénération de l'organe, serait un fait parfaitement admissible au point de vue histo-physiologique, en principe, tout au moins. En pratique, cependant, il ne faut pas perdre de vue que les paralysies faciales du troisième degré, celles précisément qui sont réputées médicalement incurables et pour cette raison justiciables d'une intervention chirurgicale, ne peuvent être reconnues comme telles qu'au bout d'un laps de temps variable, mais toujours assez prolongé pour qu'en vertu des considérations histo-physiologiques exposées ci-dessus, on doive renoncer à l'espoir de voir alors le cône d'accroissement s'engager dans le cordon fibreux, reliquat du segment périphérique du nerf, et y pousser ses prolongements cylindraxiles. C'est pour cette raison que, en se plaçant au point de vue de la clinique, on ne saurait attribuer aux recherches entreprises par M. Manasse et par M. Barrago-Ciarella, en vue d'une étude expérimentale de l'anastomose spino-faciale, une très grande valeur, ni en tirer des déductions qu'elles n'autorisent nullement. Dans ces expériences, en effet, l'anastomose a toujours été établie immédiatement après la section du nerf; elles ne nous apprennent donc pas grand'chose au point de vue qui nous intéresse, à savoir si, dans une paralysie faciale grave et par conséquent ancienne, on a des chances d'obtenir une régénération nerveuse. Ces recherches n'ajoutent rien non plus à ce qu'ont enseigné des expériences déjà vieilles et d'ailleurs bien connues, comme celles de Philipeaux et Vulpian, sur la suture croisée de l'hypoglosse et du lingual, etc., etc., recherches qui ont tranché la question en litige sans qu'il puisse à cet égard subsister le moindre doute sur la réalité du fait en lui-même ni sur la possibilité d'une restauration fonctionnelle après de pareils croisements nerveux.

Les recherches histologiques de M. Purves Stewart (1), inspirées par M. Ch. A. Ballance, ont, au point de vue de la justification de l'anastomose spino-faciale, une valeur et une importance autrement grandes. En se basant sur une série de recherches histologiques, expérimentales et cliniques, ces auteurs ont été amenés à cette conclusion, contraire à l'opinion classique, que le cylindraxe n'est nullement une émanation d'un corps cellulaire situé dans le névraxe ou dans les ganglions rachidiens. Il ne s'agirait point — ainsi que les recherches histogéniques de M. His, entre autres, avaient tenté de l'accréditer — de prolongements issus de neuroblastes médullaires et s'insinuant au milieu des tissus pour atteindre leur terminaison musculaire ou cutanée. D'après MM. Ballance et Stewart, le cylindraxe est constitué par la fusion d'une infinité de tronçons. Chacune de ces pièces serait élaborée par des cellules spéciales qui contribuent à l'édification de la gaine des nerfs et dont le noyau est annexé à la gaine de Schwann. C'est dans l'intérieur de ces cellules que MM. Ballance et Stewart ont vu apparaître, quelque temps après la section du nerf, des éléments divers, qui ultérieurement donnent les uns la myéline, les autres un tronçon de cylindraxe. Lorsque le bout périphérique du nerf n'est pas réuni au segment resté en connexion avec son centre trophique, ces phénomènes s'arrêtent bientôt : il n'y a pas « maturation », comme disent les auteurs anglais. Mais que cette réunion soit effectuée, et les fragments de cylindraxe se fusionneront, pénétreront et traverseront la suture pour aller établir des connexions avec le bout central.

On voit combien ce processus diffère de la théorie classique : le bout périphérique joue un rôle actif, même prédominant, dans la régénération du nerf; en outre, le corps de la cellule nerveuse est dépouillé du rôle fondamental qui lui avait été attribué au point de vue de cette

(1) J.-L. Faure. Traitement chirurgical de la paralysie faciale par traumatisme intra-rocheux. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 91 et 426.)

(2) Ch. A. Ballance, H. A. Ballance et Purves Stewart. Operative treatment of chronic facial palsy of peripheral origin. (*Brit. Med. Journ.*, 2 mai 1903, p. 1009.)

(3) J.-L. Faure. La cure chirurgicale de la paralysie faciale. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 22 juillet 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 248.)

(4) Morestin. Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 358.)

(5) F. Villar. Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose du spinal et du facial. (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 15 janvier 1904, *in Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 fév. 1904.)

(6) R. Kennedy. On the restoration of co-ordinated movements after nerve-crossing, with interchange of function of the cerebral cortical centres. (*Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 1901, série B, t. CXCIV, p. 127.) — Dans ce cas, l'anastomose spino-faciale a été pratiquée non pour une paralysie, mais pour un hémispasme facial.

(7) Harvey W. Cushing. The surgical treatment of facial paralysis by nerve anastomosis. (*Ann. of Surgery*, mai 1903, p. 641, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 299.)

(8) Il s'agit d'un cas que j'ai eu l'occasion de voir opérer par M. le professeur Keen, au Jefferson Hospital de Philadelphie, le 12 novembre 1902. Le facial gauche avait été détruit dans la région parotidienne par un coup de feu, et les lésions étaient tellement étendues qu'il fut impossible de trouver le tronc du facial. M. Keen dut se contenter d'anastomoser la branche temporo-faciale avec un très long segment du spinal fendu suivant sa longueur. Le cas n'était donc pas très favorable. Le malade a été perdu de vue deux mois après l'opération; à ce moment, le résultat du côté de la face était encore absolument nul.

(1) Ch. H. Frazier et W. G. Spiller. The surgical treatment of facial palsy; preliminary report of one case. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov. 1903, p. 306.)

(2) A. S. Taylor et L. P. Clark. The surgical treatment of facial palsy, with the technique of facio-hypoglossal nerve anastomosis. (*Med. Record*, 27 fév. 1904.) — D'après une communication orale faite à ces auteurs, M. Hartley (de New-York) aurait pratiqué en 1900 une anastomose spino-faciale pour hémispasme facial. Il s'agirait donc là d'un cas analogue à celui de M. Kennedy. Mais comme il n'a pas été publié, je n'ai pas à en faire état.

(3) L'observation du cas opéré par M. Weir se trouve relatée *in extenso* dans le travail précité de MM. Taylor et Clark.

(4) Gluck. (*Berliner otologische Gesellschaft*, séance du 10 mars 1903, *in Deutsche med. Wochensch.*, 27 août 1903, Vereins-Beilage, p. 275.)

(5) Hackenbruch. Traitement de la paralysie du facial par la greffe nerveuse. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 196.)

(6) W. Körte. Ein Fall von Nervenpfropfung : des Nervus facialis auf den Nervus hypoglossus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 avril 1903, p. 293, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 196.)

(7) G. Alexander. Réunion du facial à l'hypoglosse pour paralysie faciale. (*Semaine Médicale*, 1904, p. 71.)

(1) Ch. A. Ballance et Purves Stewart. The healing of nerves. Londres, 1901.

régénération. Le cylindraxe n'est plus une simple émanation de la cellule nerveuse; il résulte de la fusion de segments multiples, élaborés chacun par une cellule différente et non centrale.

Ainsi, après les recherches de M. Apáthy et de M. Bethe, les vues de MM. Ballance et Stewart viendraient confirmer la faillite du neurone.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, ce qui importe au point de vue clinique parmi les conclusions qui se dégagent des recherches des auteurs anglais, et ce qu'il faut en retenir, c'est que le bout périphérique d'un nerf, même complètement dégénéré — après des mois et peut-être des années —, alors qu'il paraît réduit à un simple cordon fibreux, inerte, n'en conserve pas moins ses noyaux de Schwann, toujours susceptibles d'entrer en activité et de rendre le bout périphérique apte à la conduction nerveuse, pourvu que ce segment périphérique soit mis en rapport avec le bout central d'un autre nerf. Aussi, fût-ce à une période éloignée d'une destruction qui n'est qu'apparente, l'anastomose présente-t-elle encore des chances de réussite, quel que soit du reste l'état du nerf. Ce n'est donc aucunement la survivance du nerf qui importe, puisqu'elle est toujours assurée; c'est, au contraire, l'état du muscle qu'il faut examiner afin de savoir si la substance contractile est dégénérée ou si elle est susceptible de reprendre ses fonctions. On comprend aisément, en effet, que si la propriété contractile du muscle est détruite, il est parfaitement inutile de tenter une suture nerveuse. Les recherches de MM. Ballance et Stewart ont donc pour corollaire clinique de déplacer entièrement le pronostic de la paralysie faciale, en le subordonnant, non plus à l'état du nerf, mais à celui du muscle, lequel devient ainsi l'élément essentiel du pronostic et le critérium de la question. Il en résulte que lorsqu'on se propose de traiter cette affection par l'anastomose nerveuse, on n'a pas à s'inquiéter de l'état du nerf, mais uniquement de la condition du muscle. De fait, certains chirurgiens ont obtenu des résultats positifs alors que le facial était manifestement dégénéré dans toute son étendue.

III

Le spinal, choisi par M. Faure pour y greffer le facial, a depuis été adopté par la plupart des opérateurs qui ont tenté de traiter chirurgicalement la paralysie faciale. Il importe de sectionner le facial aussi près que possible du trou stylo-mastoïdien, afin de donner au bout périphérique sur lequel doit porter l'opération une longueur aussi considérable que possible et de faciliter ainsi les manipulations. Quant au spinal, le plus simple est de recourir à la branche trapézienne que l'on peut découvrir sans difficulté au point où elle plonge dans le ventre musculaire sterno-mastoïdien qu'elle doit traverser. Cette branche est parfaitement suffisante : M. Faure s'en est contenté; M. Morestin et M. Villar ont agi comme lui. Cependant M. Cushing, ne jugeant pas utile de conserver les filets destinés au sterno-mastoïdien, a anastomosé le tronc du facial sectionné avec le tronc du spinal tout entier, également sectionné. M. Keen a fendu le tronc du spinal sur une certaine étendue et a anastomosé bout à bout la portion libre de ce nerf avec le facial.

Certains auteurs, d'autre part (MM. Ch. A. et H. A. Ballance notamment, dans les 6 cas où ils ont pratiqué l'anastomose spino-faciale, ainsi que M. Kennedy), ont cru préférable de recourir à une simple greffe latérale. Pour cela, ils fendaient longitudinalement la gaine conjonctive du spinal sur une faible étendue, et entre les lèvres de cette petite plaie inséraient le tronc sectionné du facial. Ce procédé a l'avantage d'éviter la paralysie des muscles sterno-mastoïdien et trapèze, et, à en juger par les résultats obtenus dans ces faits, il ne semble pas qu'il y ait à redouter de tiraillements nuisibles. M. Hackenbruch détacha les deux tiers environ du tronc du spinal et en implanta le bout libre dans une incision longitudinale pratiquée sur le tronc du facial.

Le choix du spinal, de préférence à l'hypoglosse ou au glossopharyngien, s'est imposé à M. Faure, au cours des études anatomiques auxquelles il se livra à propos de sa première opération, parce que des trois nerfs qui peuvent être utilisés, c'est celui qui nécessite la technique la moins compliquée. Au point de vue des résultats, cependant, il faut tenir compte que la destruction du spinal — en partie ou en totalité — entraîne toujours une atrophie nettement accusée du moignon de l'épaule avec paralysie consécutive.

En outre, l'anastomose spino-faciale, quand elle réussit et que la contractilité reparaît dans la face, provoque une synergie des muscles de la face et de l'épaule, si bien que la contraction, voulue ou involontaire, des muscles de l'épaule détermine dans la moitié correspondante de la face des contractions associées. Si l'on songe que le jeu de la physionomie est dû à la contraction des muscles de la face, lesquels reflètent ainsi en quelque sorte la pensée du sujet, on conçoit aisément qu'un mouvement de l'épaule puisse dans certaines circonstances donner à la physionomie une expression entièrement différente de celle qui correspondrait à l'état psychique de l'opéré.

Ces inconvénients ont engagé divers chirurgiens à préférer la suture du facial avec l'hypoglosse, bien que la technique présente alors des difficultés plus considérables, d'abord à cause de la plus grande profondeur à laquelle est situé l'hypoglosse, ensuite en raison de la ténuité de ce nerf. Une autre considération serait d'ailleurs également en faveur de ce choix : le centre cortical de l'hypoglosse est rapproché de celui du facial plus que celui du spinal; en outre, les noyaux bulbo-protubérantiels du facial et de l'hypoglosse sont unis par des connexions spéciales, la bandelette longitudinale postérieure. Il semble qu'ainsi la rééducation des mouvements volontaires de la face, si tant est qu'elle soit possible, doive donner des résultats infiniment plus rapides et plus complets qu'après l'anastomose spino-faciale. C'est du reste cette opération que M. Furet avait en vue pour le malade chez lequel M. Faure fit sa première anastomose spino-faciale.

MM. Ch. A. Ballance, Körte, Frazier, Alexander et Weir, chacun une fois, M. Taylor deux fois, ont eu recours à l'anastomose hypoglosso-faciale, et leur opinion diffère quelque peu, sinon au point de vue de la difficulté que présente cette intervention, comparée à l'anastomose spino-faciale, du moins pour ce qui est des avantages et des inconvénients respectifs de l'une et de l'autre opération.

C'est ainsi que M. Frazier, M. Alexander, M. Taylor, M. Weir préfèrent utiliser l'hypoglosse.

M. Körte ne croit pas, d'après les recherches cadavériques qu'il a entreprises, qu'il y ait de différence appréciable, en ce qui concerne la difficulté technique, suivant que l'on se sert du spinal ou de l'hypoglosse; il serait même tenté de donner à cet égard la préférence à l'hypoglosse dont le tronc lui a paru — contrairement à l'opinion courante — un peu plus volumineux que celui de la branche externe du spinal et, partant, plus facile à manier. Cependant, l'hémiatrophie linguale avec dysphagie qu'il a vu survenir par la suite dans son cas lui a semblé un épiphénomène plus désagréable que l'atrophie de l'épaule que l'on observe à la suite de la suture spino-faciale. Or, cette hémiatrophie linguale paraît à peu près impossible à prévenir : M. Körte avait certainement réduit le traumatisme de l'hypoglosse au minimum en fixant simplement contre ce nerf le bout périphérique du facial à l'aide de deux points de suture au catgut fin. Ajoutons que M. Bernhardt, qui a examiné le malade de M. Körte ainsi que celui de M. Gluck au point de vue neurologique, croit qu'il vaut mieux faire la greffe avec l'hypoglosse qu'avec le spinal.

M. Ch. A. Ballance, dans son septième cas, où une résection de la branche montante du maxillaire inférieur avait fait adopter la greffe hypoglosso-faciale, n'a pas trouvé cette opération sensiblement plus difficile à exécuter que l'anastomose spino-faciale. Aussi est-il disposé à accorder désormais à l'hypoglosse le pas sur le spinal.

Il n'y a pas lieu d'insister sur le procédé adopté suivant les cas pour la suture hypoglosso-faciale; nous retrouvons ici les deux manières de faire utilisées pour l'anastomose spino-faciale : suture bout à bout (Frazier) et greffe latérale (Ballance, Körte, Alexander, Taylor, Weir).

IV

Si l'on veut se rendre un compte exact de l'efficacité du traitement chirurgical de la paralysie faciale d'après les résultats consignés dans les 22 observations actuellement connues, il faut tout d'abord faire abstraction des cas « négatifs », soit que l'intervention fût trop récente au moment de la publication (Ballance, septième cas; Frazier, Villar, Alexander, Taylor, Weir), soit que des raisons particulières ne permissent pas de considérer les sujets comme susceptibles d'une amélioration appréciable (Keen).

Dans la majorité des autres faits, la lésion était de date récente; rarement elle remontait à plus de six, huit, dix semaines. Il faut mettre à part, cependant, les cas de M. Gluck et de M. Alexander, où elle datait de cinq ans, et celui de M. Hackenbruch, dans lequel sept ans et neuf mois s'étaient déjà écoulés. Il est possible toutefois que la longueur du laps de temps compris entre la section du facial et l'établissement de l'anastomose ne soit pas sans influer dans une certaine mesure sur le résultat ultime, puisque les meilleurs effets ont été obtenus dans les cas de M. Kennedy et de M. Körte : or, dans ces deux faits, la suture fut effectuée dans la séance même où les connexions centrales du facial avaient été interrompues.

L'ancienneté de la lésion ne paraît, au contraire, pas avoir d'action appréciable sur la rapidité plus ou moins grande avec laquelle a lieu la restauration fonctionnelle. On a, à cet égard, observé les écarts les plus considérables. A côté de cas, comme celui de M. Cushing, où les premiers symptômes de retour de la motilité furent notés treize jours après l'intervention, ou bien celui de M. Kennedy qui signale des mouvements dans la paupière supérieure dès le septième jour, on en trouve d'autres — et ce sont de beaucoup les plus nombreux — où des mois passèrent avant qu'on vît reparaître le moindre indice de contractilité musculaire. En règle générale, il semble qu'on ne doive pas escompter les premiers signes de retour fonctionnel avant six mois.

L'âge du sujet ne semble pas avoir grande valeur au point de vue de la restauration des fonctions. Assurément, des malades comme ceux de MM. Hackenbruch (huit ans), Gluck (petit garçon), Cushing (trente ans), paraissent *a priori* devoir constituer des sujets de choix pour une opération ayant pour but une régénération organique. Toutefois, il ne faut pas oublier que les meilleurs résultats de la série — ceux de MM. Kennedy et Körte — ont été obtenus chez des femmes âgées l'une de trente-huit ans, l'autre de quarante-six ans.

Dans les cas où l'on a jusqu'ici eu recours à la greffe du facial, la paralysie de ce nerf relevait toujours d'une cause périphérique. Le plus souvent, le nerf avait été sectionné au cours d'une opération pour carie otogène du rocher. M. Faure, chez son premier malade, et plusieurs chirurgiens américains (Cushing, Keen, Frazier)

sont intervenus dans des cas où le facial avait été détruit par coup de feu; M. Morestin, et M. Ch. A. Ballance dans l'un de ses faits, pour une paralysie consécutive à une fracture de la base du crâne. Dans une autre observation de M. Ballance, le facial avait été sectionné au cours d'une opération pour tumeur de la face. Si donc nous mettons à part le jeune malade de M. Hackenbruch, chez lequel la cause de la paralysie survenue à l'âge de trois mois n'a pu être déterminée au moment de l'opération, les cas de paralysie faciale où l'on a eu recours à la greffe nerveuse ressortissent à une lésion traumatique du nerf. L'opération n'a encore été tentée qu'une seule fois — par M. Taylor — pour la paralysie dite rhumatismale ou *a frigore;* elle ne l'a jamais été pour des cas d'origine obstétricale. A ne juger que par les observations publiées, les indications de l'anastomose du facial sont donc assez restreintes.

Une place à part parmi les indications de cette opération doit être réservée aux cas analogues à celui qui a été opéré par M. Kennedy. Ce chirurgien intervint non pour une paralysie, mais pour un spasme du nerf. En dehors du cas non publié de M. Hartley, M. Kennedy n'a pas trouvé d'imitateurs.

Pour bien juger de la valeur de l'opération proposée dans le traitement chirurgical de la paralysie faciale, il faut se rendre un compte exact de ce qu'elle peut fournir et de ce que l'on peut en attendre. Traiter une paralysie faciale, c'est s'efforcer de redonner aux muscles de la face une motilité de tous points identique à celle qui existait avant le début de la paralysie. Le but que l'on se propose est la *restitutio ad integrum*, et ce n'est que si celle-ci est possible qu'il peut valablement être question d'une « cure de la paralysie faciale ». Or, il faut bien savoir que dans les cas rebelles à tout traitement médical, la chirurgie paraît elle aussi — du moins jusqu'à l'heure actuelle — incapable d'assurer une restauration complète et intégrale. L'anastomose nerveuse ne saurait remettre les choses dans le *statu quo ante*. Opération palliative, elle se propose, comme dit M. Faure, « de corriger, à l'état de repos, l'asymétrie faciale et de rendre aux muscles paralysés leur tonicité perdue ». C'est, essentiellement, une opération esthétique.

La disparition de l'asymétrie faciale est donc le seul phénomène auquel on soit en droit d'espérer remédier par le traitement chirurgical de la paralysie faciale. Ce résultat a été obtenu, à un degré plus ou moins parfait, dans un certain nombre de faits, sans qu'il soit d'ailleurs possible, dans chaque cas particulier, de prévoir avec une certitude suffisante jusqu'à quel point on parviendra à corriger l'asymétrie de la face. Il est juste d'ajouter que, même en mettant les choses au mieux, on ne saurait parler dans ces cas de « guérison complète » de la paralysie faciale, comme le font certains auteurs par trop enthousiastes. Dans les cas les plus heureux — non dans tous —, l'asymétrie faciale s'atténue, il est vrai, au repos. Encore n'est-ce qu'au repos, et, après comme devant, le jeu de la physionomie est limité à l'une des moitiés de la face, le masque facial restant immobile du côté correspondant à l'anastomose. Les seuls mouvements que l'on puisse obtenir dans cette moitié du visage — en cas d'anastomose spino-faciale, éventualité le plus fréquemment réalisée — sont des mouvements associés du moignon de l'épaule et de la face. Quand le malade veut contracter ses muscles faciaux, il faut qu'il élève l'épaule : les muscles faciaux n'entrent donc nullement en fonction pour refléter les émotions d'une façon spontanée, comme cela a lieu normalement. Sur 22 observations, il n'y a guère que le petit malade de M. Gluck qui paraît avoir eu quelques mouvements spontanés de la commissure labiale pendant l'acte du rire. Encore l'interprétation de ce fait est-elle assez douteuse : on sait en effet que, pour certains anatomistes, les fibres innervant l'orbiculaire des lèvres prendraient leur origine réelle dans le noyau de l'hypoglosse.

D'autre part, cette même association des mouvements, qui détermine, à chaque mouvement de l'épaule, des contractions synchrones dans la moitié correspondante de la face, comporte de nombreux inconvénients. La correction que quelques malades peuvent apporter à ces mouvements associés, en maintenant le membre immobile avec l'autre main, n'est que bien imparfaite.

C'est là, il ne faut pas se le dissimuler, un sérieux désavantage; il resterait à savoir jusqu'à quel point il est possible de remédier à cette association des mouvements par une rééducation méthodique. Jusqu'ici, il n'a pas été possible de la supprimer, fût-ce partiellement.

En somme, la greffe du facial sur un nerf voisin est susceptible de rendre, dans les cas heureux, une certaine tonicité aux muscles paralysés et à atténuer ainsi l'asymétrie faciale. Mais elle ne saurait faire recouvrer aux muscles de la face leurs mouvements spontanés; en outre, elle entraîne certains inconvénients qui ne sont pas sans gravité, tels que les mouvements associés du moignon de l'épaule et de la face (greffe spino-faciale). De plus, les atrophies musculaires qui surviennent dans la zone d'innervation du nerf choisi pour être anastomosé avec le facial, atrophies qui sont fatales quel que soit d'ailleurs le procédé d'anastomose adopté, constituent un désavantage certain. Bien que dans quelques cas, en effet, l'atrophie du trapèze ou l'hémiatrophie linguale ne détermine pas des troubles fonctionnels graves, il en est d'autres où l'on observe ces troubles qu'on ne saurait considérer comme négligeables. Ce sont là autant de facteurs qui sont de nature à expliquer le petit nombre de partisans qu'a conquis jusqu'ici la greffe du facial. Enfin, on pourrait même se demander si cette opération, malgré sa séduisante ingéniosité, n'est pas destinée à être abandonnée, les inconvénients de la paralysie faciale étant moins graves que ceux que détermine l'opération par laquelle on cherche à y remédier. Quoi qu'il en soit, au cas où un pareil mode de traitement entrerait dans la pratique, il semblerait, à en juger surtout par les faits publiés dans ces tout derniers temps, que les chirurgiens dussent accorder la préférence à la greffe hypoglosso-faciale, délaissant ainsi l'anastomose spino-faciale, à cause des troubles plus sérieux qu'elle entraîne.

Dr Francis Munch (de Paris).

MÉDECINE PRATIQUE

Le « signe du tapotage » dans la phtisie pulmonaire avec cavernes.

Sous le nom de « signe du tapotage » (*Klopfphänomen*), je me propose de décrire un symptôme que j'ai eu l'occasion d'observer chez un certain nombre de tuberculeux porteurs de cavernes pulmonaires, et qui me paraît de nature à permettre le diagnostic de ces graves altérations dans des cas même où leurs manifestations habituelles font entièrement défaut.

Pour lui donner naissance, on percute légèrement la paroi thoracique au niveau du sommet du poumon, en se servant simplement d'un couteau que l'on saisit par l'extrémité de la lame, et dont on laisse retomber le manche sur le thorax du malade. L'expérience réussit d'autant mieux que la lame du couteau est plus élastique et entre plus facilement en vibrations; pour ma part, j'emploie un coupe-papier en argent, parfaitement flexible, dont le poids est de 100 grammes. Les mouvements de percussion doivent se passer entièrement dans le poignet; il ne faut d'ailleurs pas frapper avec force, mais saisir la lame entre le pouce et l'index et laisser retomber le manche sur la paroi thoracique qui le fait rebondir.

Quand chez certains tuberculeux on percute de la sorte le sommet du poumon, soit en avant, soit en arrière, on constate que le choc en quelques points détermine une réaction : à chaque coup, le malade est pris d'une quinte de toux et il expectore aussitôt; la percussion, la toux et l'expulsion des crachats sont l'œuvre de quelques secondes. C'est là le signe du tapotage.

Lorsqu'en percutant on approche d'une zone qui va réagir, le patient accuse parfois la sensation de « quelque chose qui remue dans l'intérieur de la poitrine », sans que pourtant cette sensation soit douloureuse. Si l'on percute à plusieurs reprises le même point, on voit quelquefois la peau y prendre une coloration bleuâtre et des ecchymoses s'y produire, ce qui n'a pas lieu en toute autre région.

Je dois dire que la constatation du signe du tapotage est strictement limitée au sommet du poumon; l'aire de la paroi thoracique au niveau de laquelle on peut l'observer s'arrête en avant à la troisième côte, en arrière à l'épine de l'omoplate; je n'ai jamais obtenu la réaction au tapotage au-dessous de ces points de repère. Je puis ajouter que les points qui réagissent d'une façon très frappante sont presque exclusivement localisés dans le creux sous-claviculaire. Une seule fois j'ai constaté le phénomène dans la fosse sus-épineuse. C'est donc en avant qu'il convient avant tout de le rechercher.

Mon attention fut attirée sur ce symptôme en 1895. J'eus à soigner cette année-là un tuberculeux qui présentait une caverne du sommet gauche avec suppuration abondante et fièvre élevée; sous la clavicule gauche existait une zone donnant le signe du couteau. Celui-ci disparut peu à peu au fur et à mesure des progrès de la guérison. Le malade ne présente plus actuellement qu'une légère matité du sommet gauche.

Un autre malade que je vis la même année était porteur d'une vaste excavation du sommet droit, assez rapprochée de la paroi thoracique antérieure (elle subsistait encore au mois de septembre 1903). Je constatai aussi chez cet homme le signe du couteau au-dessous de la clavicule droite; je n'ai plus pu l'obtenir lors de mes derniers examens.

Depuis neuf ans, j'ai recueilli un certain nombre de faits analogues. En 1903, sur 29 tuberculeux que j'ai examinés spécialement à ce point de vue, 3 offraient le même symptôme, ce qui donne une proportion d'environ 10 %.

Quelle est donc la valeur de ce phénomène?

Dans tous les cas où je l'ai observé, il s'agissait de tuberculeux arrivés à un stade assez avancé de leur affection, et — sans parler des signes cavitaires que l'on relevait chez la plupart d'entre eux —, les crachats recueillis à la suite de la « percussion au couteau » offraient tous les caractères du contenu de cavernes pulmonaires : ils renfermaient des bacilles de Koch et des fibres élastiques.

Il est donc incontestable que le signe du tapotage est pathognomonique de la présence d'une caverne. Je ne l'ai pas trouvé, il est vrai, chez tous les tuberculeux porteurs de cavernes que j'ai examinés; c'est que sans doute, pour qu'il se produise, il faut que la cavité soit située superficiellement, tout au-dessous de la paroi thoracique. Mais quand on le constate on peut affirmer l'existence d'une caverne, et la quantité d'expectoration rejetée par le malade à la suite de la percussion permet même d'apprécier les dimensions de la cavité.

La haute valeur diagnostique de ce symptôme me paraît ressortir avec évidence d'un des 3 faits positifs que j'ai eu l'occasion de recueillir cette année, et auxquels je faisais tantôt allusion. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans, qui avait été traitée par des injections de tuberculine depuis la fin de 1901 jusqu'en mai 1903; au dire du médecin de la malade, la teneur des crachats en bacilles aurait diminué

sous l'influence de ces injections et le catarrhe aurait disparu. Néanmoins l'état général resta très mauvais, et quand je vis cette jeune fille, on constatait chez elle, au sommet droit, de l'infiltration avec skodisme et rétraction de la paroi au-dessus et au-dessous de la clavicule; l'inspiration était rude et associée à de la crépitation fine dans tout le sommet; du même côté, à la base et en arrière, l'inspiration était également rude. A gauche existaient des signes d'infiltration du sommet, du skodisme avec inspiration rude et saccadée dans le creux sous-claviculaire et la fosse sous-épineuse; en haut et en arrière on percevait une crépitation fine, à la base et en arrière de la matité pleurétique. Il n'y avait donc rien qui pût à ce moment faire supposer l'existence d'une caverne.

Au bout de deux mois apparut dans les creux sus et sous-claviculaire du côté droit un léger souffle tubaire, ainsi que des signes de catarrhe léger s'étendant également en avant; dans le creux sous-claviculaire gauche, l'inspiration était soufflante, mais sans râles; dans les deux creux sous-claviculaires, on constatait du skodisme et de la rétraction. Des deux côtés existait le signe du couteau, révélateur de la présence de cavernes pulmonaires; il persistait après 21 séances de percussion. Par la suite, la malade a eu à gauche une pleurésie avec épanchement et fièvre élevée, dont elle a guéri. Par moments, les crachats sont encore striés de sang. L'état général est néanmoins très bon.

Après sept mois (commencement de novembre 1903), la percussion pratiquée au-dessous de la clavicule droite détermine un fort accès de toux; à gauche, le signe est moins net; le tapotage ne provoque de l'expectoration ni d'un côté ni de l'autre. A droite, la respiration est légèrement soufflante et l'on entend une crépitation fine pendant la toux; à gauche, l'inspiration est forte et bronchique, sans râles. Il y a de la rétraction et du skodisme des deux côtés.

Ainsi donc, il nous fut possible de déceler dans ce cas, par le tapotage, l'existence de cavernes sur deux plans, qui ne donnaient lieu à aucun phénomène cavitaire net; notre diagnostic fut pleinement confirmé par la profonde rétraction avec skodisme et souffle tubaire qui apparut ultérieurement dans les régions où s'observait le signe en question.

En dehors de son intérêt pour le diagnostic des cavernes pulmonaires, je crois que, au point de vue thérapeutique, le tapotage est susceptible de constituer une ressource quelquefois précieuse : après des percussions répétées, l'expectoration, d'abord purulente ou muco-purulente, devient de plus en plus muqueuse, puis se tarit; l'excavation se vide donc et se déterge; elle peut même se cicatriser, du moins si l'on admet la possibilité d'une pareille réparation. Les chirurgiens pratiquent parfois la pleurotomie en vue de drainer des cavernes à siège superficiel, mais les résultats de ces tentatives ne sont guère encourageants. La percussion au niveau de la cavité permet d'atteindre le même but par un procédé exempt de tout danger. La preuve en est que les crachats, comme je le signalais tantôt, de purulents deviennent purement muqueux, puis disparaissent entièrement; le signe du couteau, de son côté, cesse au bout d'un certain temps d'être perceptible, lorsqu'une paroi plus résistante s'est constituée du fait de la rétraction et de la cicatrisation.

Je ne pense pas qu'il y ait lieu d'aller plus loin pour l'instant dans mes conclusions; on peut cependant se demander s'il ne serait pas possible de faire bénéficier la totalité du poumon d'un moyen de traitement qui me paraît très efficace pour assurer le drainage et la dessiccation de la partie supérieure de cet organe.

Dr H. Erni (de Gersau).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1904.

Sommeil hystérique ayant duré vingt années consécutives.

M. Lancereaux relate l'observation d'une jeune fille, née d'un père alcoolique, qui, à la suite d'une vive émotion, fut prise, à l'âge de vingt-deux ans, d'attaques convulsives après lesquelles elle tomba dans un profond sommeil accompagné d'anesthésie et de contracture généralisées.

Ce sommeil, qui était interrompu de temps en temps par des accidents convulsifs, durait depuis vingt années consécutives, lorsqu'un jour, à la suite d'une nouvelle crise, la malade s'éveilla et recouvra l'usage de ses facultés intellectuelles; sa mémoire, cependant, resta toujours profondément altérée, car elle avait complètement perdu le souvenir, sinon des faits les plus anciens, du moins de ceux qui avaient précédé immédiatement son attaque de sommeil.

Quelques jours après ce retour apparent à la santé, la patiente, qui ne s'alimentait qu'à peine pendant son sommeil, succomba à la tuberculose pulmonaire.

Il s'agit là, d'après l'orateur, d'une crise de sommeil hystérique anormale par sa durée, mais dont la véritable nature est suffisamment démontrée par les accidents convulsifs, les anesthésies et les contractures constatés chez la malade.

M. Raymond fait remarquer qu'il est fréquent d'observer à la Salpêtrière des hystériques avérées, chez lesquelles les accidents convulsifs sont remplacés par des crises de sommeil plus ou moins prolongées.

L'isolement et la mécanothérapie sont les meilleurs moyens à opposer à ces accidents, comme, du reste, à toutes les manifestations de l'hystérie.

Sur un cas d'utérus didelphe.

M. Le Bec présente un utérus didelphe qu'il a enlevé chez une jeune femme de trente-deux ans pour des accidents péritonéaux.

A droite, l'utérus est normal, avec insertion également normale des ligaments. A gauche, l'utérus a l'aspect d'un fibrome pédiculé, implanté à angle droit sur le côté gauche de l'utérus normal. A son sommet se trouve le point d'insertion de la trompe gauche. La cavité utérine gauche ne communiquait ni avec le vagin, ni avec l'utérus droit.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 février 1904.

Action des sources de rayons N sur la sensibilité olfactive.

M. A. Charpentier. — Ce n'est pas seulement sur la vision que les rayons N exercent leur action (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 45), mais aussi sur les autres sensibilités spéciales, notamment sur l'olfaction.

Quand on approche du nez, pendant l'olfaction, un corps capable de fournir ces radiations (morceau d'acier trempé, presse en bois serrée, poing fermé), on constate en effet que la sensation olfactive — jusque là absente — se produit si le corps odorant est à la limite de sensibilité, et qu'elle est renforcée si elle existait déjà. On obtient ce résultat en approchant la source radiante de la racine du nez (taches olfactives) ou de la base des narines, ou encore en la faisant agir sur certains points des centres nerveux : en l'approchant par exemple du milieu du front, immédiatement au-dessus de la glabelle, ou mieux en la plaçant au sommet du crâne, un peu en avant du bregma. Une source commode de rayons N, pour l'étude de ces phénomènes, est constituée par la masse des muscles du pouce; la plus faible contraction de ces muscles, maintenus contre l'aile du nez, suffit pour provoquer le renforcement de la sensation olfactive.

Il est enfin possible d'augmenter l'olfaction en faisant agir les rayons N non sur l'organe percepteur, mais sur le corps odorant lui-même; j'ai pu m'assurer du reste que les substances odorantes émettent des rayons N.

J'ai obtenu des résultats comparables en ce qui concerne la gustation et même l'audition.

Rayons N et N_1.

M. R. Blondlot fait une communication dans laquelle il démontre que l'action des rayons N ne se traduit par une augmentation de luminosité d'un écran phosphorescent que si cet écran est vu normalement par l'observateur : vu tangentiellement, il paraît au contraire *moins* lumineux; dans les directions intermédiaires, l'effet est nul.

En outre, l'orateur attire l'attention sur une variété particulière de radiations, les rayons N_1, qui, à l'inverse des rayons N ordinaires, *diminuent* la lumière émise normalement et *augmentent* l'intensité des radiations tangentielles.

Action des rayons dégagés par le sulfure de calcium phosphorescent sur la fermentation lactique.

M. Ch. Richet adresse une note relative à des expériences tendant à démontrer que, si l'on plonge dans du lait une ampoule fermée contenant du sulfure de calcium insolé, au début la fermentation lactique (mesurée par la quantité d'acide produit) est plus rapide dans ce lait que dans un échantillon témoin; après six ou huit heures, au contraire, l'acidité augmente beaucoup plus vite dans le lait témoin.

Il est possible, mais non certain, que ce résultat soit dû aux rayons N émis par le sulfure de calcium phosphorescent, la luminosité propre de cette substance étant tout à fait insuffisante pour en rendre compte.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars 1904.

Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente.

M. Bazy. — L'hydronéphrose intermittente est due non au rein mobile, mais à une disposition congénitale du bassinet. En effet, chez le nouveau-né, le bassinet peut être *extérieur*, c'est-à-dire faire une forte saillie hors du hile; *intérieur*, et ne faire aucune saillie, ou enfin *mixte*.

L'hydronéphrose est due à la distension du bassinet par la stagnation urinaire, qui augmente le poids du rein et en produit l'abaissement. La ptose est donc la conséquence et non la cause de l'hydronéphrose. Cette ptose, d'abord intermittente, devient permanente, comme l'hydronéphrose elle-même, par suite des adhérences du bassinet à l'uretère et aux parties voisines.

On a attribué à tort, dans certains cas, l'hydronéphrose au chevauchement et à la coudure de l'uretère sur une branche de l'artère rénale; ce chevauchement est secondaire. J'en ai observé un exemple très net : primitivement, l'insertion de l'uretère sur le bassinet était située au-dessus de la branche artérielle, et c'est le bassinet qui, en se développant, a abaissé l'insertion urétérale et a produit le chevauchement.

D'ailleurs, si l'hydronéphrose était liée au rein mobile, comme celui-ci est l'apanage presque exclusif de la femme, il en devrait être de même pour l'hydronéphrose. Or, la statistique des cas que j'ai opérés montre que cette dernière affection est presque aussi fréquente chez l'homme que chez la femme.

M. Poirier. — Je crois aussi que la coudure de l'uretère sur l'artère rénale est secondaire et non primitive; c'est l'hydronéphrose qui coude l'uretère sur l'artère rénale, et non pas celle-ci qui produit la coudure de l'uretère.

M. Delbet. — Dans un cas d'hydronéphrose intermittente de dimensions considérables, j'ai réséqué le bassinet en laissant seulement la portion attenante à l'uretère et j'ai fixé le rein. La séparation des urines montra que le rein ainsi traité laissait écouler à peine quelques gouttes d'urine. En revanche, le cathétérisme des uretères permit de constater que les deux reins fonctionnaient d'une façon à peu près égale.

M. Tuffier. — Après une néostomie sur le rein droit, la séparation des urines donna un résultat négatif; une deuxième division, faite quelque temps après, aboutit à la même conclusion; enfin, une troisième épreuve montra que le rein droit fonctionnait presque autant que le rein gauche. Devant ces données contradictoires, j'ai voulu me rendre compte directement de ce qu'il en était, et j'ai enlevé le rein après avoir constaté que rien ne passait dans l'uretère. La pièce en main, j'ai pu m'assurer que la néostomie ne fonctionnait pas.

Traitement du tétanos.

M. Potherat. — Voici un jeune homme de seize ans qui a été atteint de tétanos huit jours après un coup de feu dans la paume de la main droite. Le patient étant entré dans mon service le neuvième jour, on lui fit une injection de 10 c.c. de sérum antitétanique, mais les phénomènes, bien loin de s'amender, parurent plutôt s'aggraver. Le traitement classique par le chloral à doses progressivement croissantes de 15 à 30 grammes fut alors institué, et la guérison a été obtenue, la maladie ayant duré en tout un peu plus de six semaines.

M. Bazy. — Je puis rapprocher de ce fait le cas d'un homme qui était traité à la fois par le chloral à hautes doses et les injections sous-cutanées de sérum antitétanique; or, l'état de ce malade s'aggrava chaque fois que l'on essaya de diminuer les doses de chloral, et ce n'est qu'en reprenant l'administration de ce médicament que l'on parvint à obtenir la guérison.

Au total, l'action curative du sérum antitétanique me paraît fort douteuse, tandis que son efficacité préventive est bien démontrée. Il est à noter toutefois que l'effet du sérum antitétanique n'est que temporaire; il est par suite nécessaire de renouveler les injections tous les dix à douze jours.

M. Labbé. — L'influence prophylactique du sérum antitétanique est en effet établie par la disparition du tétanos consécutif à la castration, chez le cheval, depuis que l'on a recours à la sérothérapie antitétanique à titre préventif.

M. Lucas-Championnière. — Il me semble possible que le sérum antitétanique ait aussi une action curative. A ce point de vue, il faut faire jouer un rôle à la dose injectée : la tendance actuelle paraît être d'employer des doses beaucoup plus considérables que celles auxquelles on a jusqu'ici eu recours. Je vous rappellerai notamment un fait récent de M. Galliard, concernant un malade qui reçut en un mois 2,830 c.c. de sérum antitétanique et 500 grammes de chloral (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 355).

M. Terrier. — J'ai observé un fait assez anormal de tétanos. Un homme fut amené dans mon service pour une fracture ouverte et compliquée de l'humérus gauche. On lui fit, le jour même de son entrée, une injection préventive de 10 c.c. de sérum antitétanique. Au bout de quatre-vingt-sept jours, alors que la plaie, qui avait été régulièrement pansée à l'eau oxygénée, était en très bonne voie de cicatrisation, le malade fut pris d'accidents qui en imposèrent d'abord pour un rhumatisme articulaire aigu (douleurs articulaires avec fièvre), puis de manifestations tétaniques nettement caractérisées. On institua alors le traitement par le chloral et la poudre de Dower, en même temps qu'on injectait dans le canal rachidien — après ponction lombaire — 5 c.c. de sérum antitétanique dédoublé avec du liquide céphalo-rachidien; cette injection ne put être renouvelée les jours suivants, en raison de la contracture des muscles du rachis, et l'on continua l'administration du chloral et de la poudre de Dower. Actuellement (quarante jours après le début des douleurs articulaires), cet homme peut être considéré comme guéri.

Pour ce qui est de la diminution de fréquence des cas de tétanos après la castration du cheval, je dois faire remarquer qu'elle date de l'époque où l'on a commencé à pratiquer aseptiquement cette opération.

M. Walther. — J'ai eu l'occasion de constater les bons effets de la chloroformisation dans un cas de tétanos grave où je faisais donner du chloroforme pour pratiquer des injections de sérum antitétanique dans le canal rachidien. Chez ce malade, l'action du chloral me paraît avoir été secondée par la chloroformisation.

De l'appendicite chronique.

M. Walther. — Il est tout à fait important de distinguer, dans l'appendicite chronique, la douleur spontanée et la douleur provoquée. Les douleurs spontanées ont un siège essentiellement variable, et il me semble — si l'on voulait conserver le mot appendicalgie — qu'il faudrait le réserver à la douleur spontanée existant au niveau de l'appendice; à mon avis, c'est d'ailleurs un terme qu'il vaudrait mieux supprimer, car il peut prêter à confusion.

Au point de vue pratique, je considère que, au cours de toute laparotomie, il faut rechercher et enlever l'appendice. Récemment, chez une jeune fille qui n'avait jamais accusé le moindre signe d'appendicite, et que j'opérais pour un fibrome, j'ai trouvé un appendice volumineux, rempli de pus phlegmoneux, dont rien ne faisait soupçonner l'existence.

M. Picqué. — Je crois qu'il ne faut pas exagérer les indications de l'ablation de l'appendice, en dehors de toute crise appendiculaire. Il est en effet des cas nombreux où l'opération est complètement inutile, sinon même nuisible : je fais allusion à ces obsédées, à ces hypocondriaques, qui toute leur vie « souffrent du ventre » et que des interventions chirurgicales parfois multiples non seulement ne guérissent pas, mais encore peuvent faire verser dans la démence.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mars 1904.

Pathogénie de l'entérite muco-membraneuse.

M. Soupault. — On admet généralement que l'hypersécrétion de mucus, qui est le symptôme capital dans l'entérite muco-membraneuse — laquelle, en raison de ce fait, serait mieux désignée sous le nom de colo-sucorrhée —, peut être due soit à une irritation de la muqueuse par le contenu intestinal, soit à une excitation à distance des nerfs de l'intestin. Des recherches que j'ai faites avec M. Jouaust, il résulte que l'entérite muco-membraneuse coïncide très fréquemment avec des affections abdominales douloureuses (néphroptose, hépatoptose, lithiase rénale, hépatique, etc.), dont elle suit les fluctuations en bien ou en mal; souvent même elle disparaît à la suite de la guérison médicale ou chirurgicale de ces affections. De ces faits, nous croyons pouvoir conclure que le réflexe, parti des organes en souffrance et aboutissant à l'intestin, engendre la colo-sucorrhée, soit en déterminant des troubles moteurs qui mettent obstacle à la circulation normale des matières, soit en produisant la sécrétion muqueuse par l'intermédiaire des nerfs vasomoteurs et excito-sécrétoires des glandes.

M. Hayem. — J'ai constaté, comme M. Soupault, l'extrême fréquence de l'entérite muco-membraneuse chez les sujets atteints de ptose des organes abdominaux, mais au lieu de considérer cette entérite comme étant d'origine réflexe, je serais plutôt tenté de l'attribuer aux obstacles apportés à la progression du bol fœcal par les coudures du côlon que l'on observe toujours à l'autopsie des ptosiques.

Fièvre hectique jugulée chez une tuberculeuse par l'ablation de l'appendice.

M. Galliard communique l'observation d'une jeune fille de vingt-six ans, qui, au cours d'une tuberculose pulmonaire du sommet droit, accompagnée de fièvre hectique, fut prise de douleurs appendiculaires avec alternatives de diarrhée et de constipation.

A la suite de l'ablation de l'appendice, la fièvre, qui persistait depuis quatre mois et demi et avait résisté à tous les antithermiques habituels, disparut définitivement du jour au lendemain.

L'examen de l'appendice montra que la tuberculose avait respecté cet organe, aussi bien que le péritoine et l'intestin. Il n'y avait pas de coprolithe, ni de déformation apparente de l'appendice; on constata seulement, au microscope, une hypertrophie des couches musculaires de cet organe et surtout des éléments de la muqueuse, avec envahissement de son canal par des végétations embryonnaires. Il s'agissait donc d'une appendicite histologiquement pure, et cependant, d'après l'orateur, c'est bien à cette lésion (puisque la tuberculose du poumon était stationnaire et qu'il n'y avait pas trace de tuberculose intestinale) qu'il fallait attribuer la fièvre que l'on constatait chez la malade.

M. Siredey estime que l'intervention chirurgicale est indiquée dans tous les cas d'appendicite chronique, même chez les sujets déjà cachectiques.

Gigantisme eunuchoïde et féminisme

M. Widal montre, en son nom et au nom de M. Digne, un homme de quarante-deux ans, qui mesure 1 m. 82 et qui présente tous les attributs du féminisme (face glabre, voix grêle, hanches et seins développés, etc.). Cet homme a grandi subitement à l'âge de dix-sept ans, à la suite d'une fièvre typhoïde; quant à ses organes génitaux, ils sont rudimentaires; leur atrophie a manifestement précédé l'apparition du gigantisme.

L'examen radiographique a permis de constater que ni les sinus frontaux, ni la fosse pituitaire n'étaient augmentés de volume, et aussi que les cartilages de conjugaison étaient soudés; cependant, on ne note chez cet homme aucune des déformations acromégaliques qui caractérisent quelques variétés de gigantisme. C'est donc là un type de gigantisme eunuchoïde à opposer au gigantisme avec acromégalie.

M. Launois présente la photographie d'un homme de 1 m. 74 de taille, dont les organes génitaux ont été accidentellement sectionnés alors qu'il était encore au berceau. Une des particularités les plus importantes chez ce sujet, qui offre tous les attributs du féminisme, est l'étendue de son envergure, laquelle n'atteint pas moins de 1 m. 90. Il faut noter également que la croissance s'est surtout effectuée aux dépens des membres inférieurs : ceux-ci mesurent, du grand trochanter à la malléole externe, 98 centimètres au lieu de 85 centimètres (chiffre qui serait normal eu égard à la taille).

Hépatite diffuse avec ictère grave au cours de la syphilis secondaire.

M. Siredey communique l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans qui mourut dans le coma trente heures après son entrée à l'hôpital, et qui était atteinte à la fois d'un ictère grave et d'une éruption syphilitique papulo-squameuse.

L'examen microscopique du foie révéla une sclérose diffuse intralobulaire et monocellulaire et une atrophie des cellules avec formation de néo-canalicules biliaires.

M. Dupré relate un cas de *cancer du foie avec hypothermie prolongée* chez un homme de soixante-dix ans.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 mars 1904.

Sur la dégénérescence des neuro-fibrilles après l'arrachement et la rupture des nerfs.

M. Marinesco. — En arrachant le nerf hypoglosse et en laissant survivre l'animal une douzaine de jours, on constate la réduction de volume des cellules du noyau de ce nerf, ainsi que la disparition des neuro-fibrilles et du réseau constitué par celles-ci à l'intérieur du cytoplasma. L'altération intéresse non seulement le réseau profond ou périnucléaire, mais aussi le réseau superficiel. Il n'y a que dans les prolongements protoplasmatiques qu'on voit des fibrilles plus ou moins intactes. Le fond du cytoplasma est habituellement teinté en brun opaque et contient un grand nombre de granulations tantôt pâles, tantôt nuancées aussi en brun. La plupart de ces granulations résultent de la destruction et de la transformation des neuro-fibrilles. Des lésions semblables, voire même plus précoces, peuvent être constatées dans les cellules du noyau dorsal du nerf vague, après l'arrachement de ce dernier.

Après la rupture du nerf hypoglosse, on trouve parfois quelques cellules altérées de la même manière qu'après l'arrachement, mais d'autres cellules présentent encore des neuro-fibrilles pâles, granuleuses; les travées secondaires qui se détachent des fibrilles primaires paraissent avoir disparu.

A la suite de l'arrachement du nerf hypo-

glosse, comme après sa rupture, l'altération des neuro-fibrilles commence dans la partie centrale de la cellule et ce n'est que plus tard qu'elle envahit la partie périphérique et les prolongements. La simple section du nerf hypoglosse détermine des lésions beaucoup moins profondes des neuro-fibrilles.

Insuffisance de développement, d'origine toxique.

MM. Charrin et **Le Play.** — Chez 18 lapins, répartis en plusieurs séries (chaque série ne comprenant que des sujets de la même portée), nous avons introduit sous la peau, tous les trois ou quatre jours, 1, puis 2, 3 et 4 c.c. du contenu intestinal tyndallisé de nouveau-nés, après dilution dans trois parties d'eau et stérilisation consécutive.

Le poids primitivement des animaux oscillait entre 200 et 320 grammes. Or, un mois, un mois et demi, deux mois après, il variait de 600 à 985 grammes pour les animaux injectés, tandis qu'il atteignait de 950 à 1,300 grammes pour les témoins, au début toujours choisis moins lourds. D'autre part, si on calcule l'activité de croissance, on constate que, chez les animaux traités, elle fléchit de $\frac{1}{4}$, de $\frac{1}{2}$, puis, vers la fin, des $\frac{2}{3}$, des $\frac{3}{4}$, tandis que, chez les témoins, elle s'abaisse de $\frac{1}{7}$; chez ces témoins, elle se maintient assez élevée, alors que chez les autres elle tend vers 0 : l'insuffisance devient de l'arrêt de développement.

Il est intéressant de rapprocher de ces résultats le nanisme expérimental que l'un de nous a réalisé en soumettant les mâles et les femelles aux toxines microbiennes, ou encore les tares d'évolution que nous avons étudiées chez les fils d'infectées ou d'intoxiquées. De ces rapprochements, on est autorisé à conclure qu'en agissant sur l'ensemble des cellules ou sur un organe isolé, des produits d'origine bactérienne, organique ou intestinale sont aptes à mettre obstacle au développement.

Accidents paralytiques dus à la toxine rabique.

M. Remlinger communique l'observation d'un enfant de treize ans qui avait été mordu à la cuisse droite par un chien reconnu enragé. Soumis aux inoculations antirabiques, cet enfant fut pris, au douzième jour du traitement, d'une courbature généralisée à tous les muscles et à toutes les articulations, et en même temps d'une grande sensation de faiblesse dans les membres inférieurs. On continua néanmoins les inoculations. Le lendemain, les jambes étaient complètement paralysées et cette paralysie s'accompagnait de rétention d'urine et de constipation. La sensibilité à la piqûre et au toucher resta normale, mais les réflexes tendineux étaient abolis. Le traitement antirabique fut alors suspendu.

Les jours suivants, la paralysie envahit les membres supérieurs, puis, après être restés stationnaires pendant quelque temps, tous les accidents disparurent et le malade recouvra complètement l'usage de ses membres.

L'orateur estime que ces phénomènes, manifestement d'origine médullaire, ne peuvent être attribués ni au virus du chien (la période d'incubation n'ayant pas dépassé dix-huit jours), ni au virus fixe (huit jours seulement s'étant écoulés entre l'inoculation de la première moelle virulente et l'apparition des accidents), et par conséquent qu'ils ne peuvent s'expliquer que par l'action sur la moelle de la toxine rabique. La brusquerie du début et la *restitutio ad integrum* plaident également en faveur de cette hypothèse.

Présence de peptones et de graisses dans le liquide ascitique en cas d'oblitération du tronc de la veine porte.

M. Boinet (de Marseille) relate l'observation d'un homme de quarante-sept ans, alcoolique invétéré, qui fut pris de violentes douleurs abdominales, avec hématémèses, œdème des membres inférieurs et ascite considérable. La ponction de l'ascite donna issue à 8 litres d'un liquide opalescent, contenant 2 grammes de peptones et 5 grammes de graisses par litre. La présence des peptones permit à l'orateur — comme dans un cas qu'il a jadis signalé (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 355) — de diagnostiquer l'existence d'une pyléphlébite adhésive.

Ce malade ayant succombé, l'autopsie révéla, en effet, outre les lésions classiques de la cirrhose atrophique alcoolique, une thrombose volumineuse qui oblitérait le tronc de la veine porte et se prolongeait dans les grosses divisions de ce vaisseau. L'examen microscopique montra que ce thrombus était composé de couches fibrineuses concentriques, très adhérentes à la paroi de la veine porte qui présentait les lésions habituelles de l'endophlébite. Il s'agissait donc bien d'une pyléphlébite adhésive.

M. J.-F. Bosc (de Montpellier) adresse une note relative à l'identité des inclusions cellulaires dans la vaccine, la variole, la clavelée et le cancer, ces inclusions représentant, d'après l'auteur, des parasites du groupe des protozoaires.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 mars 1904.

Manifestations secondaires tardives chez les syphilitiques.

M. A. Renaut. — Je vous présente un homme qui a contracté la syphilis il y a trois ans et demi. Six mois après survenait une alopécie en clairière classique, qui d'ailleurs ne tarda pas à disparaître. Ces temps derniers, la région occipitale du cuir chevelu a été le siège d'une plaque de dépilation, qui fut prise d'abord pour de la pelade. Mais, peu à peu, des zônes irrégulières de dépilation se sont montrées sur toute la surface du cuir chevelu, de sorte que nous nous trouvons à nouveau en présence d'une alopécie en clairière typique.

Cette manifestation de la syphilis est donc remarquable à la fois, dans ce cas, par son caractère récidivant et par la date exceptionnellement tardive de sa réapparition.

M. A. Fournier. — Il s'agit là d'un de ces faits rares, où des manifestations généralement précoces de la syphilis — comme l'alopécie, qui survient d'ordinaire dans les six premiers mois de l'infection — se montrent à une période avancée de la maladie. De même, nous savons qu'on constate parfois, sept ou huit ans après le chancre infectant, l'apparition d'une roséole, d'un psoriasis palmaire ou de plaques muqueuses, manifestations qui ne se reproduisent habituellement pas après la période secondaire de la syphilis. C'est même au retour tardif des plaques muqueuses qu'on attribue en général les cas exceptionnels de contagion produite par une syphilis datant déjà d'un assez grand nombre d'années.

Dangers des applications radiothérapiques trop prolongées ou trop rapprochées dans le cancer.

M. Oudin fait une communication tendant à démontrer que, dans le traitement radiothérapique des grosses masses cancéreuses (épithélioma ou sarcome), il faut, au début, espacer suffisamment les séances, et ne faire que des applications de très courte durée, afin que l'organisme ait le temps d'éliminer les produits résorbés.

En effet, après quelques séances, on voit survenir très souvent, parallèlement à la diminution notable de la tumeur, des phénomènes généraux d'intoxication : état fébrile, inappétence, courbature, facies grippé, urines rares et même albumineuses, toux, vomissements. Ces accidents disparaissent après quelques jours de repos; mais si l'on passe outre et que l'on continue, malgré l'apparition de ces troubles, les applications radiothérapiques, ou encore si les premières séances ont été trop prolongées, il peut se produire une généralisation rapide du néoplasme, qui emporte le malade en quelques semaines.

A l'appui de son opinion, l'orateur relate 3 observations de cachexie aiguë survenue brusquement au cours du traitement radiothérapique chez des cancéreux dont l'état général semblait excellent lors des premières applications. S'agit-il dans l'espèce d'une résorption de toxines ou de l'introduction dans la circulation générale de cellules cancéreuses dont les rayons X n'auraient pas suffisamment atténué la virulence? Cette dernière hypothèse semble la plus vraisemblable à M. Oudin.

M. Hallopeau montre une femme atteinte de maladie de Recklinghausen avec prédominance remarquable des taches pigmentaires; la patiente porte en outre plusieurs tumeurs de *molluscum fibrosum*, ainsi qu'un néoplasme volumineux situé dans le muscle grand droit de l'abdomen ou immédiatement en arrière de lui.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 février 1904.

Un cas de myatonie congénitale.

M. Oppenheim montre un enfant de dix-neuf mois, né de parents sains et venu au monde à la suite d'un accouchement normal, qui est atteint de myatonie frappant les quatre membres : après sa naissance, on s'aperçut qu'il ne bougeait pas les membres, et ce n'est qu'à neuf mois qu'il commença à faire quelques mouvements. Actuellement, on constate que le développement de cet enfant est régulier; le volume des muscles n'est pas diminué, mais le tonus musculaire est très affaibli et les réflexes tendineux font totalement défaut; les muscles des membres inférieurs ne réagissent ni aux excitations mécaniques ni aux courants électriques les plus intenses que l'on puisse employer; la sensibilité est normale.

L'orateur, depuis trois ans seulement qu'il a décrit cette affection, en a observé déjà 5 cas : dans tous, les muscles de la face étaient indemnes. Il s'agirait là d'un développement incomplet du système musculaire, peut-être aussi d'une atrophie des cornes antérieures de la moelle.

Lymphosarcome primitif du thymus chez un enfant de six ans.

M. Coenen communique l'observation d'un petit garçon de six ans, qui fut envoyé à l'hôpital, pour des phénomènes dyspnéiques, avec le diagnostic de croup, et qui présentait en effet des dépôts diphtériques dans la gorge. Mais, en outre, on constatait chez lui l'existence d'adénopathies multiples (cervicales, axillaires et inguinales), ainsi que d'une voussure à la région thoracique supérieure; enfin il existait une tête de méduse thoraco-abdominale, des hémorrhoïdes douloureuses et volumineuses; le foie et la rate étaient perceptibles à la palpation.

Ces signes de gêne de la circulation de retour firent admettre l'hypothèse d'une tumeur médiastinale; la formule hématologique révéla en outre de la lymphocytose.

Le petit malade ayant succombé aux progrès de l'asphyxie, malgré une trachéotomie, l'autopsie révéla qu'il s'agissait d'un lymphosarcome primitif du thymus, comprimant la trachée et l'œsophage, et ayant donné lieu à des métastases nombreuses au niveau des reins.

Sur la voie de propagation de la tuberculose chez les enfants.

M. Sommerfeld, reprenant la discussion soulevée par la communication de M. Westenhöffer (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 64 et 70), soutient la théorie de la propagation de la tuberculose pulmonaire par inhalation : il a examiné toute une série de poumons atteints de lésions commençantes, et constaté qu'il s'agissait toujours, dans ces cas, de foyers de bronchiolite tuberculeuse, sans la moindre altération vasculaire.

On peut invoquer à l'appui de la même théorie la fréquence de la phtisie pulmonaire chez les ouvriers des industries « à poussières » — cette affection causerait 89 % des décès chez les tailleurs de pierre, 71 % chez les polisseurs de métaux, 66 % chez les ardoisiers, 61 % chez les tourneurs —, tandis que dans les autres industries la mortalité tuberculeuse n'est pas supérieure à la moyenne.

M. Max Wolff croit que la propagation lymphogène de la tuberculose est hors de conteste; l'infection d'origine intestinale est au contraire douteuse. Mais c'est assurément à l'inhalation que revient la plus grande part dans la dissémination de cette maladie.

M. Ritter dit avoir pu se convaincre, par

ses recherches histologiques et bactériologiques, que, à l'état normal, la dentition ne constitue pas en soi une cause de tuberculisation : il a, en effet, constaté, chez des enfants ayant succombé pendant la dentition à des infections gastro-intestinales, que les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la bouche ne contenaient ni plus ni moins de germes que chez des enfants plus jeunes ou plus âgés.

L'orateur ajoute que M. Schlossmann (de Dresde) a institué des expériences au moyen du lait formolé, mais il a dû les suspendre en raison de la sécheresse de la bouche que détermine ce lait.

M. Arthur Meyer oppose à la théorie de l'origine intestinale de l'infection tuberculeuse ce double fait, qu'en Angleterre, où le lait est consommé cru et où la présence de bacilles dans cet aliment a été démontrée, la tuberculose est cependant plus rare que sur le continent; — et qu'en Sardaigne, tandis que la pommelière est inconnue, la tuberculose humaine n'est pas rare.

M. J. Ruhemann insiste particulièrement sur le rôle de l'influenza au point de vue de la pathogénie de la tuberculose. On sait que cette dernière affection, au moins dans ses deux premiers stades, procède par exacerbations. Or, d'après les graphiques dressés au moyen des statistiques des hôpitaux de Berlin depuis dix ans, on constate que c'est dans le premier trimestre de l'année que les admissions pour tuberculose sont le plus fréquentes, puis vient le quatrième trimestre, ensuite le second et enfin le troisième; il en est exactement de même pour les affections aiguës des organes respiratoires, et particulièrement pour la grippe. Cette dernière est en outre très commune à l'état larvé : sur 115 sujets qui autrefois auraient été considérés comme atteints de « refroidissement », on a constaté des bacilles de Pfeiffer dans 68 % des cas.

Au reste, la grippe est fréquemment signalée au début de la tuberculose : il en était ainsi chez 23 malades de l'orateur, sur une série de 41 faits, les 18 autres patients ayant eu à la suite de l'influenza une exacerbation de leur tuberculose. Enfin, 22 fois sur 30 l'orateur a trouvé des bacilles de la grippe à côté des bacilles de Koch dans l'expectoration de tuberculeux.

M. Cornet, se basant sur un très grand nombre d'expériences, admet que le bacille tuberculeux peut traverser une muqueuse saine sans y laisser de traces de son passage. Mais les théories de M. von Behring et de M. Westenhöffer n'en sont pas moins contredites par ce simple fait que la tuberculose est en voie de décroissance : donc la lutte antituberculeuse actuelle, qui vise essentiellement la propagation par inhalation, est dans la bonne voie.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Un symptôme exceptionnel et non encore signalé des fistules œsophago-trachéales, par MM. E. Adenot et L. Cadet.

Assez fréquentes dans les cancers de l'œsophage, les fistules trachéo-œsophagiennes passent quelquefois complètement inaperçues. En pareil cas, la constatation du phénomène de l'aérophagie, sur lequel MM. Adenot et Cadet appellent l'attention, est susceptible de rendre des services en mettant sur la piste de l'affection encore latente.

Dans l'observation relatée par ces auteurs, il s'agissait d'un homme de quarante-neuf ans qui offrait, depuis environ deux années, quelques troubles de la déglutition et de la phonation. Une exploration à la sonde œsophagienne avait été suivie d'une hémorragie assez abondante. Au moment de l'examen, il suffit de la déglutition d'une gorgée d'eau pour déterminer une quinte de toux avec sensation de suffocation et rejet du liquide mélangé de glaires. L'auscultation pratiquée au moment de la déglutition permit en outre de constater pendant les efforts de toux des gargouillements, ainsi que des bruissements exagérés et prolongés.

Toute déglutition étant devenue impossible, il fallut pratiquer la gastrostomie, au cours de laquelle on se trouva en présence d'un estomac qui, contrairement à ce que l'on constate d'habitude dans le cancer de l'œsophage, était fort dilaté. Cet organe paraissait suivre les mouvements de la respiration; à chaque inspiration il était projeté en avant et se remplissait d'air, puis se vidait brusquement et totalement au moment de l'expiration. Ces mouvements alternatifs d'expansion et de rétraction étaient si étendus que la suture de l'estomac à la paroi ne fut pas sans présenter quelques difficultés. Le malade succomba deux jours après l'intervention. A l'autopsie, on découvrit, outre un cancer assez étendu de l'œsophage, un bourgeon mamelonné, comme pédiculé, de la dimension d'une petite bille à jouer, d'aspect nettement encéphaloïde et siégeant sur la face interne de la paroi postérieure de la trachée, à 3 centimètres environ au-dessus de la bifurcation. Ce bourgeon faisait hernie à travers un orifice qu'il masquait et qui conduisait en plein cancer œsophagien.

C'est à la faveur de cette fistule trachéo-œsophagienne, pensent MM. Adenot et Cadet, qu'une certaine quantité d'air pénétrait dans l'œsophage soumis au vide intra-thoracique, cet air était ensuite chassé dans l'estomac au moment de l'expiration. Les quintes de toux qui survenaient fréquemment après les mouvements de déglutition, le bourgeon cancéreux intra-trachéal qui fonctionnait comme un clapet, l'atonie des parois œsophagiennes qui était la conséquence de la stase alimentaire, constituaient autant de causes adjuvantes dont le concours contribue à expliquer le phénomène de l'aérophagie que présentait le malade. (*Lyon méd.*, 27 décembre 1903.) — F. M.

La réaction de Hay est-elle révélatrice de l'urobilinurie? par MM. J. Sabrazès et P. Laffargue.

Il arrive parfois, dans la cirrhose atrophique de Laënnec, que l'urine, foncée, fortement chargée d'urobiline, ne renfermant pas de pigments biliaires et ne donnant que d'une façon douteuse la réaction des acides biliaires, fournisse cependant un résultat positif à l'épreuve de Hay. En pareil cas, on attribue généralement ce dernier phénomène à l'urobilinurie; or, le fait observé par MM. Sabrazès et Laffargue montre qu'une telle interprétation est entièrement erronée, ou du moins ne convient pas à tous les cas.

Un homme de cinquante-huit ans, atteint d'une cirrhose atrophique pigmentaire dont le symptôme dominant était l'ascite avec les troubles mécaniques qui en découlent, émettait des urines rares, hautes en couleur, contenant une grande quantité d'urobiline et qui, lors d'un premier examen, en l'absence de pigments et de sels biliaires, ne donnait pas la réaction de Hay. Au bout de quelques jours, au régime lacté exclusif on substitua un régime mixte (quatre œufs, pain, eau rougie, lait), et bientôt, l'urobilinurie étant toujours aussi considérable, la réaction de Hay devint positive, en même temps qu'apparaissaient des sels biliaires sans trace de pigments. L'administration de théobromine — le régime restant le même — fit cesser en même temps l'élimination des sels biliaires et de l'urobiline, ainsi que la réaction de Hay; sous l'influence du traitement digitalique, au contraire, l'urobilinurie reparut, mais non l'excrétion de sels biliaires ni la réaction de Hay.

Ainsi donc, cette réaction, absolument indépendante des oscillations de l'urobilinurie, était liée d'une façon étroite, dans ce cas, à la présence de sels biliaires dans l'urine. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 octobre 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ANGLAISES

De la synthèse des graisses au cours de leur absorption par l'intestin et des capacités respectives des enzymes et des cellules vivantes dans la production de cette synthèse, par M. Benjamin Moore.

On admet que les graisses neutres de l'alimentation sont décomposées par la lipase du suc pancréatique en acides gras libres et en glycérine, et que les premiers de ces corps sont solubilisés par les sels biliaires et la lécithine sous forme d'acides libres et de savons alcalins, en sorte que tous les produits de la décomposition digestive des graisses sont finalement absorbés par les cellules épithéliales de l'intestin à l'état de dissolution. Par contre, des cellules épithéliales au canal thoracique, les graisses neutres se reconstituent, car c'est sous cette forme qu'on les retrouve presque exclusivement dans le canal thoracique. C'est le lieu et l'agent de cette reconstitution que M. Moore s'est proposé d'élucider dans le présent travail.

Les produits de décomposition des graisses sont obligés, avant d'arriver au canal thoracique, de franchir deux étapes, où l'on peut supposer, *a priori*, que s'effectue cette synthèse : la première est constituée par la couche épithéliale intestinale, la seconde par les ganglions mésentériques. Entre les deux s'étendent les lymphatiques chylifères. Il y a donc lieu tout d'abord de savoir dans quel état se trouvent les graisses au niveau de ces derniers conduits. A cet effet, M. Moore laparotomise des chiens cinq à sept heures après leur avoir fait absorber de l'huile d'olive : les chylifères sont à ce moment gorgés de suc, et sur le mésentère des anses intestinales, on les aperçoit comme de petits filets blanchâtres; leur finesse ne permettant pas de se servir de canules pour recueillir leur contenu, on les ponctionne, et la goutte de chyle qui s'en écoule est aspirée avec un tube capillaire. Mais toute l'opération demande à être rapidement conduite et en n'attirant les anses intestinales à l'extérieur qu'une à une, car, sous l'influence de l'air et des manipulations opératoires, les vaisseaux chylifères se vident rapidement. L'analyse du liquide ainsi obtenu a montré à M. Moore que toute ou presque toute la graisse (95 %) des chylifères s'y trouve déjà à l'état de graisses neutres. La synthèse en question se passe donc dans les parois intestinales.

Reste alors à déterminer quel est l'élément de cette paroi qui en est l'agent. En recueillant par grattage la muqueuse intestinale d'animaux sacrifiés durant les premiers stades de l'absorption des graisses — après un soigneux lavage de la cavité intestinale pour la débarrasser des matières grasses non absorbées —, l'auteur prépare un extrait éthéré de cette muqueuse : or, cet extrait contient à la fois des graisses neutres et des acides gras libres; mais les premières s'y trouvent en proportions moindres que tantôt (de 64.6 à 84.8 %). Ces dernières analyses semblent démontrer que c'est la cellule intestinale qui opère la synthèse.

On peut se demander alors si la synthèse est due à l'action chimique d'une enzyme présente dans les cellules ou bien à une action biologique de la cellule intestinale vivante. Les expériences entreprises par M. Moore avec des extraits de la muqueuse — dépouillée ou non de ses cellules — ayant toutes été négatives au point de vue de la reproduction artificielle de la synthèse des graisses, il semble légitime de conclure que cette transformation résulte d'une action spéciale de la cellule vivante. Les résultats contraires obtenus par quelques auteurs tiennent sans doute à une analyse incomplète des corps gras soumis à l'expérience. (*The Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, t. V, 1re partie.) — R. de B.

Sur la nature des mitoses dans le cancer et la transmissibilité de cette affection, par MM. E. F. Bashford et J. A. Murray.

Les divisions cellulaires auxquelles les tumeurs malignes doivent leur croissance s'opèrent généralement par une segmentation caryocinétique du noyau, précédant la division du corps protoplasmique. Celle-ci peut faire défaut, d'où résultent des cellules polynucléées qui, en se divisant à leur tour, donnent naissance à des figures caryocinétiques avec corpuscules polaires multiples. La division directe des éléments cancéreux s'observe également, mais sa véritable signification reste encore problématique.

Des études faites sur le cancer de la truite, de la souris et du chien auraient montré que les cellules cancéreuses passent par les mêmes phases évolutives que les éléments sexuels des animaux. Cependant les cellules néoplasiques ne subissent pas toutes la réduction chromatique; quelques-unes d'entre elles se différencient dans le sens des tissus au milieu desquels elles se développent; ces mitoses, somatiques ou régulières, se retrouvent toujours à la limite des métastases, quand celles-ci existent.

Lorsqu'on greffe un fragment d'une tumeur cancéreuse provenant d'une souris chez un animal de la même espèce, on constate que les nouvelles tumeurs ont toujours pour origine les cellules étrangères introduites par la greffe. Une partie de ces éléments est destinée à dégénérer et à disparaître. Les autres se multiplient, d'abord par division simple, puis par caryocinèse. Ce n'est qu'ultérieurement, quand le greffon a acquis un certain volume, qu'apparaissent les mitoses du type génital. Les greffes néoplasiques parcourraient donc les mêmes phases histologiques que les métastases cancéreuses. Il y a lieu de noter, toutefois, que la tumeur qui a servi aux expériences des auteurs du présent mémoire, et qui leur avait été remise par M. C. O. Jensen (de Copenhague), n'a jamais donné naissance à des métastases. En outre, ce processus ne rappelle nullement la manière d'être d'une infection, puisque les tissus du sujet sur lequel la tumeur a été greffée ne prennent aucune part directe à l'édification de la tumeur néoformée.

Des constatations qui viennent d'être relatées, il résulterait que le cancer est une manifestation irrégulière et localisée d'un processus qui existe d'ailleurs à l'état normal dans tout organisme. (*Lancet*, 13 février 1904.) — F. M.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Un cas intéressant de paralysie spinale spasmodique, par M. A. Nicod-Laplanche.

La particularité remarquable du fait relaté par M. Nicod-Laplanche est qu'il se termina par guérison; d'ailleurs, quelque invraisemblable que puisse paraître une issue aussi favorable dans une affection médullaire à base organique, il faut savoir que la possibilité d'une *restitutio ad integrum* a été admise par des neurologistes autorisés (Sir William Gowers).

Une femme de trente ans, sans antécédents personnels ni héréditaires au point de vue névropathique, venait d'accoucher sans encombre quand, au cinquième jour, elle fut prise d'une fièvre assez violente. Elle pensa qu'il s'agissait de la grippe, qui sévissait à cette époque, mais lorsque, se sentant mieux, elle voulut se lever, elle s'aperçut que ses jambes étaient faibles, en même temps qu'elle y éprouvait une sensation de tension assez particulière. Cette faiblesse des membres inférieurs, d'abord mise sur le compte de la convalescence, ne fit cependant que s'accentuer, s'accompagnant bientôt de rigidité musculaire et d'une trépidation épileptoïde intense sitôt que le pied touchait le sol.

Ce n'est qu'au bout de huit mois environ que l'auteur eut l'occasion d'observer et de traiter cette femme. A ce moment, le tableau clinique de la paralysie spinale spasmodique se trouvait parfaitement constitué; la rigidité musculaire était des plus marquées; dans les tentatives de marche, la malade gardait la jambe dans l'extension et traînait la pointe du pied sur le sol; le clonus était également très accentué, si bien que la patiente était à peu près complètement impotente. Les réflexes tendineux étaient exagérés des deux côtés. Il n'existait aucune espèce de trouble sensitif ni trophique.

Sur ces entrefaites, cette femme était de nouveau devenue enceinte; l'accouchement se fit au huitième mois et nécessita une application de forceps, en raison de l'état spasmodique du muscle utérin; le fœtus succomba peu après.

A la suite de cet accouchement, les phénomènes de parésie spasmodique, jusque là localisés aux membres inférieurs, atteignirent aussi les membres supérieurs, mais avec une intensité sensiblement moindre qu'aux jambes. Ce fut là l'acmé de la maladie, et quelques mois plus tard les troubles disparurent progressivement dans l'ordre même de leur apparition, si bien qu'une vingtaine de mois après le début de l'affection, la guérison pouvait être considérée comme complète; elle se maintient *depuis plus de treize ans*.

Le diagnostic de paralysie spinale spasmodique ne paraît pas faire de doute dans ce cas. Au reste, les rares affections curables susceptibles d'avoir entraîné une erreur peuvent être sûrement éliminées: cette femme n'offrait aucun stigmate d'hystérie, aucun antécédent névropathique, et sa maladie — par son début et sa terminaison progressifs — s'écartait notablement des manifestations de la grande névrose; l'hypothèse de syphilis médullaire n'est pas davantage soutenable, en l'absence de tout signe de cette infection et vu les caractères bien particuliers des diverses modalités de la syphilis de la moelle (méningo-myélite diffuse, paraplégie syphilitique, syndrome de Brown-Séquard, forme amyotrophique); quant à une polynévrite, on n'y saurait songer, étant donnée l'absence de tout trouble de la sensibilité et de toute douleur, tant spontanée qu'à la pression des troncs nerveux. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, octobre 1903.) — F. F.

Nouvelle méthode de suspension du testicule dans la cure radicale du varicocèle, par M. F. Carta.

La méthode de traitement du varicocèle que préconise M. Carta, après l'avoir expérimentée avec plein succès dans 22 cas depuis une quinzaine de mois, consiste essentiellement à suspendre le testicule aux piliers de l'anneau inguinal externe — de façon à supprimer tout tiraillement sur le cordon — au moyen d'une sorte de sac musculo-fibreux formé du crémaster et de la vaginale. Ce procédé permet, d'ailleurs, la résection facile des veines ectasiées. Voici sommairement quels en sont les temps :

Une incision verticale est menée sur le tiers supérieur de la face externe du scrotum et prolongée en haut sur l'aine, jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe; elle intéresse la peau, le tissu cellulaire, le dartos, le *fascia* de Cooper. Le testicule et le cordon sont attirés à l'extérieur, après dilacération des adhérences qui peuvent les unir à la paroi interne du scrotum. Une ouverture longitudinale est alors pratiquée sur la tunique vagino-crémastérienne, tout en haut, au voisinage immédiat de l'anneau inguinal, puis cette tunique est transversalement sectionnée et rabattue en doigt de gant, de haut en bas, de manière à découvrir complètement le cordon. On procède ensuite à la résection des veines par trop altérées (et M. Carta est fort sobre en fait de résection : en général, il n'enlève qu'un segment de 3 ou 4 centimètres de longueur sur *une seule* des veines du faisceau antérieur). Enfin, le manchon vagino-crémastérien, ramené sur le cordon et convenablement raccourci, est fixé par trois points en U aux piliers de l'anneau inguinal externe. Il ne reste plus qu'à refermer le scrotum, que l'auteur réunit d'ordinaire par une suture à deux plans.

M. Carta a eu l'occasion de revoir un certain nombre de ses opérés plusieurs mois après l'intervention; chez tous, les troubles fonctionnels avaient complètement disparu et la suspension du testicule ne laissait rien à désirer. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, décembre 1903.) — F. F.

Procédé à double suture pour la cure de l'entropion cicatriciel, par M. A. Galiani.

La petite opération que M. Galiani propose d'appliquer à la cure de l'entropion cicatriciel — cette conséquence si fréquente et si fâcheuse de la conjonctivite trachomateuse — serait des plus simples et, à en juger d'après l'expérience de l'auteur, des plus efficaces.

On commence par réséquer un lambeau cutané, ayant la longueur même de la paupière, large de 3 ou 4 millimètres et distant de 4 millimètres environ du bord ciliaire; la dissection doit être minutieuse et poussée de façon à dénuder complètement le cartilage tarse dans l'étendue correspondante. Cela fait, on excise sur la partie déformée de ce cartilage une portion ayant la forme d'un prisme triangulaire à base externe et portant sur toute la longueur du cartilage. Il s'agit maintenant de suturer cette double plaie, de façon à supprimer la perte de substance cutanée et cartilagineuse ainsi créée. Pour cela, M. Galiani place une première série de sutures comprenant les deux lèvres de la plaie cutanée, avec l'orbiculaire qui double le lambeau supérieur, et, si possible, le cartilage sous-jacent, puis une seconde, plus profonde, réunissant et rapprochant les bords de la brèche cartilagineuse : la première ramène les cils vers l'extérieur, les éloignant de la surface conjonctivale; la deuxième redresse le tarse, incurvé en dedans par le processus morbide. Ces sutures sont faites à points séparés, distants de 5 à 6 millimètres. Le pansement est changé au troisième jour, les fils enlevés le lendemain. On obtient généralement la réunion par première intention. (*Ann. di ottalmol.*, XXXII, 7-8.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les lavages de l'estomac pour compléter le traitement de l'atonie intestinale par l'ésérine.

L'emploi de l'ésérine a été préconisé de différents côtés contre l'atonie intestinale, surtout lorsque celle-ci est consécutive à une opération abdominale (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 352; 1902, p. 200 et 377; 1903, p. 124). L'efficacité de ce traitement n'est cependant pas absolument constante.

Or, M. le docteur G. Arndt, assistant de M. le docteur A. Toporski, directeur de la Maternité de Posen, a constaté que ces insuccès de l'ésérine étaient particulièrement fréquents chez les femmes qui avaient été opérées dans la position de Trendelenburg avec élévation excessive du bassin. Le météorisme serait dû alors à une distension portant sur l'estomac beaucoup plus que sur l'intestin, et si l'ésérine fait bien disparaître l'atonie intestinale, elle est au contraire sans effet sur la distension gastrique, de sorte que le tympanisme abdominal ne diminue que partiellement. Cela étant, il conviendrait, pour faire également rétrocéder la distension gastrique, de pratiquer des lavages répétés de l'estomac, destinés à compléter l'action de l'alcaloïde. Cette manière de procéder a donné à notre confrère des résultats si constants qu'il ne manque jamais d'y avoir recours lorsque l'ésérine ne produit pas immédiatement les effets attendus.

Traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par le sublimé corrosif associé au bicarbonate de soude.

Parmi les nombreux médicaments préconisés contre la fièvre bilieuse hémoglobinurique, la quinine occupe actuellement la première place. Peu satisfait cependant des résultats de ce mode de traitement, un médecin anglais exerçant dans l'Afrique centrale britannique, M. le docteur H. Hearsey, lui a substitué une médication dont les propriétés antiacides, diurétiques et désinfectantes ont paru rendre des services contre la fièvre jaune, et qui consiste à associer le bicarbonate de soude au bichlorure de mercure : une dose de 0 gr. 65 centigr. du premier de ces sels, additionnée de XXX gouttes de liqueur de Van Swieten, est administrée d'abord toutes les deux heures; puis, au bout d'un jour, on espace les doses que l'on donne toutes les trois heures seulement, et l'on continue ainsi jusqu'à ce que l'hémoglobine ait complètement disparu de l'urine.

Dans les 18 cas où il a eu recours à ce mode de traitement, notre confrère n'a eu qu'à s'en louer : il n'aurait jamais vu survenir l'anurie qui, dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, est la cause habituelle de la mort. Chez 4 malades, des rechutes ont été observées, mais elles ont promptement rétrocédé sous l'influence de l'action combinée de la liqueur de Van Swieten et du bicarbonate de soude.

Traitement du panaris par l'effluviation statique.

Dans un cas de panaris sous-unguéal du gros orteil gauche où l'incision avait été refusée par le malade, M. le docteur Springer (d'Alençon) a eu l'occasion de constater que l'effluviation statique, appliquée d'abord en vue de son action analgésiante, était également susceptible de donner des résultats curatifs. Le même traitement a eu des effets pareillement heureux dans un cas analogue où notre confrère y eut recours d'emblée dans un but thérapeutique.

Le procédé consiste à pratiquer une effluviation statique de dix à douze minutes, et à terminer en faisant passer quelques étincelles. Dès la fin de la séance d'électrisation, une certaine rémission de la douleur commence à se manifester; cette amélioration va en s'accentuant. Le lendemain, la pression sur l'ongle ne détermine plus qu'une douleur insignifiante, en trois jours toute sensibilité a disparu et l'accumulation sous-unguéale de pus est presque entièrement résorbée.

TRAVAUX ORIGINAUX

La greffe thyroïdienne chez l'homme.

Les essais de greffe thyroïdienne institués jusqu'ici chez l'homme doivent être classés en deux groupes bien distincts : les greffes *hétérothyroïdiennes*, c'est-à-dire la transplantation de tissu thyroïdien d'un animal à l'homme, et les greffes *homothyroïdiennes*, où l'on a implanté chez l'homme de la substance thyroïdienne d'origine humaine.

Les transplantations de la glande thyroïde d'un animal à l'homme ont été faites en général avec le corps thyroïde du mouton, selon les indications de Sir Victor Horsley : un lobe entier ou de grosses portions de la glande étaient extirpés à l'animal et insérés généralement dans le tissu conjonctif sous-cutané, en des régions diverses. C'est ainsi que furent pratiquées les greffes de M. Lannelongue (1), dont l'observation finale a été relatée par M. Bourneville (2) six ans plus tard, celles de MM. Bettencourt et Serrano (3), Walther et Merklen (4), Wölfler (5), V. Robin (6), Macpherson (7), Gibson (8), von Gernet (9) et d'autres encores. Toutes ces tentatives ont donné des résultats immédiats favorables, mais dans toutes on a constaté l'atrophie au bout d'un temps variable, n'ayant jamais excédé deux mois.

Des greffes avec de la substance thyroïdienne humaine ont été faites dès 1883 par M. Kocher, comme cela résulte d'une lettre de cet auteur à Sir Victor Horsley (10), par M. Bircher (11), et plus tard de nouveau par M. Kocher, par M. von Eiselsberg (12), M. Gottstein, (13), etc. La substance employée pour les greffes provenait, dans tous ces cas, de goitres extirpés. Les résultats de ces différents essais ne furent pas, au point de vue de la stabilité de la greffe, plus heureux que ceux des tentatives effectuées avec du corps thyroïde animal.

Ces conclusions unanimes parurent si peu encourageantes, que quelques auteurs qui se sont récemment encore occupés des médications thyroïdiennes ont relégué la méthode des greffes parmi les rêves thérapeutiques irréalisables.

(1) Lannelongue. Transplantation du corps thyroïde de l'animal à l'homme. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 8 mars 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 85.)

(2) Bourneville. Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne. (*Arch. de neurol.*, janv. 1896.)

(3) Bettencourt et Serrano. Un cas de myxœdème traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde d'un mouton. (*Assoc. française pour l'avancement des sciences*, session de Limoges, section des sciences méd., 9 août 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 294.)

(4) Merklen. Sur un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 14 nov. 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 426.)

(5) A. Wölfler. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. 3. Teil : Die Behandlungsmethoden des Kropfes, mit besonderer Berücksichtigung der von 1878-1884 an der Wiener Klinik und von 1886-1890 an der Grazer Klinik behandelten Falle, p. 154. Berlin, 1891.

(6) V. Robin. Myxœdème congénital traité par des injections hypodermiques de suc thyroïdien et par la greffe des corps thyroïdes. (*Lyon méd.*, 7 août 1892, p. 493.)

(7) J. Macpherson. Thyroid grafting in myxœdema. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai 1892.)

(8) J. L. Gibson. The function of the thyroid gland, with observations on a case of thyroid grafting. (*Brit. Med. Journ.*, 14 janv. 1893.)

(9) R. von Gernet. Ein Beitrag zur Behandlung des Myxödems. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1894, XXXIX, 5 6, p. 455.)

(10) V. Horsley. Further note on the possibility of curing myxœdema. (*Brit. Med. Journ.*, 26 juillet 1890.)

(11) H. Bircher. Das Myxödem und die cretinische Degeneration. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 1890, n° 357.)

(12) A. von Eiselsberg. Ueber erfolgreiche Einheilung der Katzenschilddrüse in die Bauchdecke und Auftreten von Tetanie nach deren Exstirpation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 février 1892.)

(13) G. Gottstein. Versuche zur Heilung der Tetanie mittelst Implantation von Schilddrüse und Darreichung von Schilddrüsenextract, nebst Bemerkungen über Blutbefunde bei Tetanie. (*Thèse de Breslau*, 1895 et *Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1895, VI, 3-4, p. 177.)

I

Cependant, en analysant tous ces essais et en les comparant avec ce que nous a appris l'expérimentation, nous pouvons en tirer quelques déductions moins pessimistes.

En effet, les greffes de Schiff (1), qui ont été le point de départ de ces diverses tentatives, ne furent pas — comme l'auteur lui-même prit soin de l'indiquer — persistantes, et les expériences des physiologistes qui répétèrent bientôt après lui ces recherches n'eurent pas, ainsi que nous l'avons montré ailleurs (2), un meilleur sort. Lorsqu'il y a quinze ans nous avons entrepris nos premières études sur le corps thyroïde, l'opinion régnante était donc que la glande thyroïde greffée pouvait tantôt se nécroser rapidement et être résorbée, tantôt reprendre provisoirement pour disparaître plus tard par atrophie lente, après un temps variable, jamais bien long.

Mais dans toutes ces études on avait négligé le côté anatomique de la question pour ne s'occuper que du côté physiologique. M. von Eiselsberg (3), il est vrai, prouva le premier par de mémorables expériences que non seulement la glande thyroïde greffée à des chats éthyroïdés pouvait sauver la vie de ces animaux, mais encore que cet organe transplanté conservait la structure thyroïdienne. Cependant, ces recherches n'ayant pas été poussées au delà de trois mois, on pouvait leur objecter la possibilité d'une atrophie ultérieure. Nos premiers essais (4), publiés peu de temps après, confirmèrent les recherches de M. von Eiselsberg et nos expériences plus récentes nous permirent d'établir, d'une manière indiscutable, d'abord qu'il est possible d'obtenir des greffes durables, et ensuite pour quelle raison les greffes effectuées par les auteurs qui nous avaient précédé s'étaient atrophiées. Nous pûmes ainsi déterminer les règles à suivre quand on pratique la greffe, règles qu'on ne saurait négliger sous peine d'échec. Il serait trop long de les rappeler ici en détail ; on peut les résumer ainsi :

1° La greffe doit être homothyroïdienne ;

2° Il ne faut transplanter que des tissus normaux et vivants ;

3° On doit pratiquer des greffes petites et multiples, et les implanter dans des régions bien vascularisées.

La mise en pratique de ces préceptes nous a constamment donné des résultats positifs et durables, tant au point de vue anatomique que physiologique. Par contre, en transplantant du tissu thyroïdien d'un animal d'espèce différente, on observe une cytolyse plus ou moins rapide et la disparition du tissu greffé ; de même, si le tissu transplanté est mort ou altéré, il sera rapidement phagocyté, détruit et résorbé.

Lorsque le fragment de tissu greffé est trop volumineux, il se forme dans la règle une zone plus ou moins vaste de nécrose au centre de la pièce, où la régénération ne pourra pas avoir lieu : ce tissu se sclérosera et pourra compromettre plus tard la vitalité de la partie de la greffe qui a été régénérée. Nous avons déjà longuement insisté ailleurs sur tous ces faits (1).

(1) Schiff. Effets de l'ablation des corps thyroïdes. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 15 août 1884, et *Semaine Médicale*, 1884 p. 354-355.)

(2) H. Cristiani. De la greffe thyroïdienne en général et de son évolution histologique en particulier. (*Arch. de physiol.*, janv. 1895.) — Nouvelles expériences de greffe thyroïdienne chez les mammifères. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars 1901.)

(3) A. von Eiselsberg. (*Loc. cit.*)

(4) H. Cristiani. La thyroïdectomie chez le rat blanc. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 5 sept. 1892 et *Semaine Médicale*, 1892, p. 357.) — De la thyroïdectomie chez le rat ; pour servir à la physiologie de la glande thyroïde. (*Arch. de physiol.*, janv. 1893.)

Il est aussi très important, au moment où l'on pratique la greffe, de connaître approximativement quel est le *besoin de fonction thyroïdienne* de l'organisme à greffer. Si ce besoin est nul, comme chez l'animal possédant une glande normale, la greffe pourra reprendre, mais sa vitalité sera parfois faible, d'accord en cela avec le principe que tout organe inutile s'atrophie.

Chez les animaux partiellement éthyroïdés, les greffes réussissent toujours avec beaucoup de facilité et manifestent une vitalité remarquable avec tendance à l'hypertrophie, tandis que chez les animaux dont le besoin thyroïdien est trop grand (thyroïdectomie totale en une séance), surtout lorsque la proportion de tissu thyroïdien transplanté est faible, ces greffes risquent d'être soumises d'emblée à un travail excessif (2). Or, dans les premiers temps après la transplantation, la régénération de ces « néothyroïdes » est encore incomplète, leur vascularisation embryonnaire est insuffisante, si bien que ces organes succombent parfois à la tâche : au lieu de l'habituelle hypertrophie, ils peuvent présenter des lésions dégénératives avec sclérose et atrophie consécutives.

II

Lorsque, du champ expérimental, on passe dans le domaine clinique, d'autres difficultés surgissent.

En effet, chez les animaux, on pratique dans la règle des greffes de tissu thyroïdien normal à un animal normal ou à un animal auquel on a enlevé en partie ou en totalité la glande thyroïde.

Il n'en était pas toujours ainsi dans les cas où les auteurs que nous avons précédemment cités ont tenté la greffe thyroïdienne chez l'homme. Les individus auxquels on a fait des greffes étaient généralement, au contraire, des malades, dont le corps thyroïde était altéré ou même totalement détruit.

Or, il faut tenir compte que si l'on pratique la greffe sur un organisme complètement privé de glande thyroïde, il peut arriver, surtout si les greffons sont quantitativement insuffisants, qu'ils subissent le même sort que les greffes expérimentales pratiquées dans des conditions analogues (surmenage et dégénérescence).

Il se peut aussi que les troubles de la nutrition générale rendent les tissus de l'organisme impropres à servir de porte-greffe : les tissus des myxœdémateux, notamment, pourraient mal se prêter à ce rôle extemporané.

Outre ces nombreuses difficultés que présente la pratique de la greffe thyroïdienne chez l'homme, il en existe une autre, également très importante : la difficulté de se procurer de la substance thyroïdienne humaine normale. Nous avons déjà insisté ailleurs sur ce point et avons à ce propos cité l'opinion émise par quelques chirurgiens, concernant la possibilité qu'il y aurait à prendre (avec leur consentement, bien entendu), sur le corps thyroïde normal de personnes opérées au cou pour différentes affections, des débris suffisant à constituer des greffes thérapeutiques.

L'obtention d'un matériel à greffer, histologiquement normal, est évidemment de la plus haute importance, car les auteurs qui jusqu'ici ont tenté sans succès des greffes humaines ont toujours employé du tissu altéré : c'était à proprement parler des greffes *goitreuses ;* les caractères pathologiques de la semence thyroïdienne peuvent n'avoir pas été étrangers aux échecs qui ont été enregistrés.

(1) H. Cristiani. Greffe thyroïdienne et ensemencement thyroïdien. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, oct. 1902.)

(2) H. Cristiani. Vascularisation comparée des greffes thyroïdiennes. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, janv. 1900.) — Hypertrophie compensatrice des greffes thyroïdiennes. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 20 juin 1903.)

III

Pour nous mettre à l'abri de ces nombreuses causes d'erreur, et pour éviter dans l'étude des greffes thérapeutiques les tâtonnements auxquels expose fatalement la méthode empirique suivie jusqu'ici dans les essais de ce genre, nous avons procédé, comme nous l'avions fait dans nos recherches expérimentales, d'une manière systématique.

Le premier point à élucider était de savoir si le tissu thyroïdien normal pouvait être greffé avec succès à l'homme. Nous avons dû attendre longtemps pour vérifier cette possibilité, jusqu'au jour où, dans le service de M. Kummer, pendant une opération profonde sur le cou chez une jeune fille, nous avons pu placer sous la peau, à la partie inférieure de la plaie, deux petits fragments du corps thyroïde normal : ces semis thyroïdiens ont été un précieux point de départ pour nos essais ultérieurs chez l'homme.

Nous avons ensuite étudié ce que devenaient différents tissus thyroïdiens humains — tant normaux que pathologiques — lorsqu'on les greffait à des organismes malades, hypo ou dysthyroïdiens. Nous avons éprouvé, en commençant, quelques difficultés, non pas pour obtenir le consentement des sujets à se laisser greffer (ces patients sont d'ordinaire disposés à tout dans l'espoir de voir s'améliorer leur état), ni même à fournir des semences thyroïdiennes, mais pour étudier consécutivement l'évolution histologique de leurs greffes. Nous avons, cependant, pu pratiquer une série de greffes de différente nature et en examiner quelques-unes après extirpation : chacun de nos malades ayant reçu des greffes multiples, il n'y avait pas d'inconvénient à en extirper quelques-unes.

Voici sommairement les 3 faits sur lesquels est basée notre étude :

Une jeune fille de vingt ans, opérée au cou pour une affection non thyroïdienne, et dont le corps thyroïde fut trouvé normal, nous fournit les éléments de greffes en semis qui furent faites le 19 septembre 1902 : 1° à elle-même, dans le creux sus-claviculaire; 2° au malade suivant.

Un garçon de onze ans et demi, myxœdémateux, qui présentait au niveau du lobe droit de son corps thyroïde un petit goitre friable, blanchâtre (lequel fut extirpé) — le lobe gauche (*fig. 1*) étant lui-même petit, blanchâtre et de

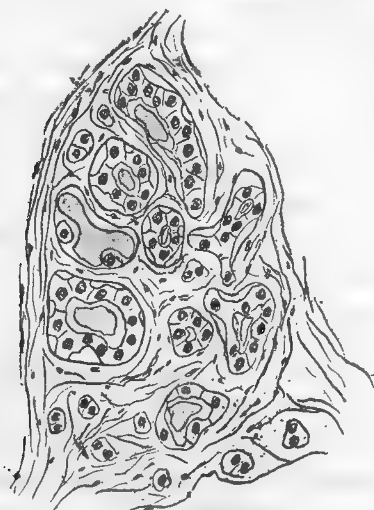


Fig. 1.

consistance semblable à celle du lobe goitreux —, reçut des greffes en semis : 1° avec le corps thyroïde normal de la jeune fille précédente; 2° avec la substance thyroïde de la malade suivante; 3° avec le lobe gauche de son propre corps thyroïde.

Enfin, chez une femme de trente-quatre ans, en bonne santé quoique portant un goitre du côté gauche — qui fut extirpé —, tandis que le lobe droit paraissait peu altéré (*fig. 2*), nous fîmes des greffes : 1° avec le lobe droit de son corps thyroïde; 2° avec le lobe thyroïdien gauche du garçon précédent.

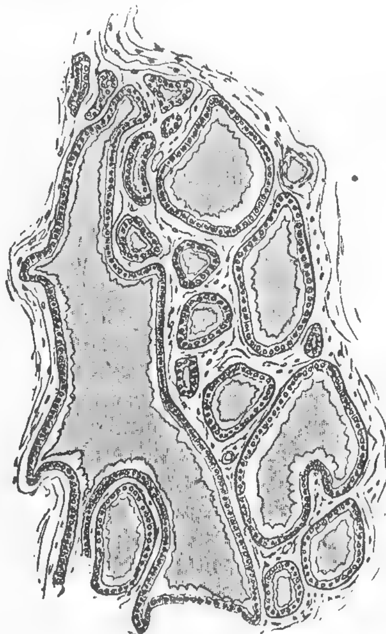


Fig. 2.

En somme, nous avons disposé, pour nos greffes : de tissu thyroïdien normal (première malade), peu altéré (troisième malade), manifestement altéré (second malade). Quant aux organismes récepteurs, ils étaient : tout à fait normal (premier cas), apparemment normal (troisième cas), nettement pathologique (second cas).

Par la combinaison de ces divers éléments entre eux, on voit que nos greffes ont réalisé les six éventualités suivantes :

1° Greffe de tissu thyroïdien normal à un organisme normal;

2° Greffe de tissu thyroïdien manifestement altéré à un organisme apparemment normal;

3° Greffe de tissu thyroïdien peu altéré à un organisme apparemment normal;

4° Greffe de tissu thyroïdien normal à un organisme nettement pathologique;

5° Greffe de tissu thyroïdien manifestement altéré à un organisme nettement pathologique;

6° Greffe de tissu thyroïdien peu altéré à un organisme nettement pathologique.

Après six mois, nous avons extirpé à la jeune fille de notre première observation une des greffes faites avec son propre corps thyroïde (*première éventualité*). Au bout de deux mois, nous avons enlevé au jeune garçon qui constitue notre second fait des greffes provenant de la troisième malade (*sixième éventualité*). Sur celle-ci enfin, nous avons prélevé, au quinzième mois, des greffes pratiquées avec son propre corps thyroïde (*troisième éventualité*).

Ces pièces, histologiquement examinées, nous ont permis de faire des constatations qu'il nous reste maintenant à exposer.

IV

Greffe de tissu thyroïdien normal à un organisme normal. — L'examen microscopique des coupes de cette greffe (*fig. 3*), extirpée au bout de six mois, montre que l'organe néothyroïdien possède une structure identique à celle de la glande primitive. Les alvéoles sont grands, sans excès, et remplis de substance colloïde; leur épithélium, régulièrement cubique, ne diffère en rien de celui d'un corps thyroïde normal. La vascularisation est régulière; on observe des artères et des veines de nouvelle formation, ayant déjà acquis des caractères nets de stabilité; les différentes couches des parois vasculaires sont bien développées et ont leur aspect caractéristique. On ne



Fig. 3.

trouve plus de traces d'infiltration, comme on en voit dans les greffes jeunes, ni de dégénérescence ou d'atrophie, telles qu'on en remarque dans les greffes en voie de disparition. Les espaces conjonctifs interalvéolaires contiennent par places un peu de substance colloïde (*fig. 4*).

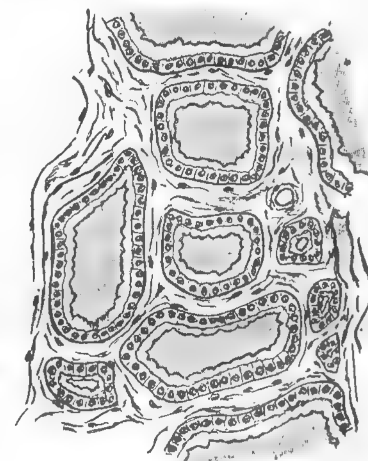


Fig. 4.

En résumé, une greffe thyroïdienne, pratiquée chez un individu sain avec du tissu thyroïdien non altéré, présentait six mois après toutes les apparences histologiques de la glande thyroïde normale en voie de fonctionnement, sans aucune tendance à la dégénérescence ni à l'atrophie.

Greffe de tissu thyroïdien peu altéré à un organisme apparemment normal. — Au moment de la greffe, le tissu ne présentait pas une structure normale, mais, comme le montre la *figure 2*, il offrait des lésions manifestes quoique légères, consistant en dilatation des follicules; en effet, les alvéoles sont par places énormes et irréguliers, au point de constituer de véritables lacs colloïdes.

Les greffes ont été faites avec la partie périphérique de l'organe, de sorte que des portions de la capsule faisaient partie du tissu transplanté.

Une greffe de ce tissu extirpée après quinze mois offre au microscope l'aspect représenté par la *figure 5*. Sa structure rappelle davantage celle du corps thyroïde normal que celle de la semence employée. Les alvéoles sont plus petits et plus réguliers; ils contiennent de la substance colloïde. Il existe cependant à côté de ces alvéoles adultes quelques bourgeons épithéliaux ressemblant à ceux que nous avons décrits dans les greffes en voie de développement ou en voie d'hypertrophie (1).

(1) H. Cristiani. De l'accroissement des greffes thyroïdiennes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv. 1901.)

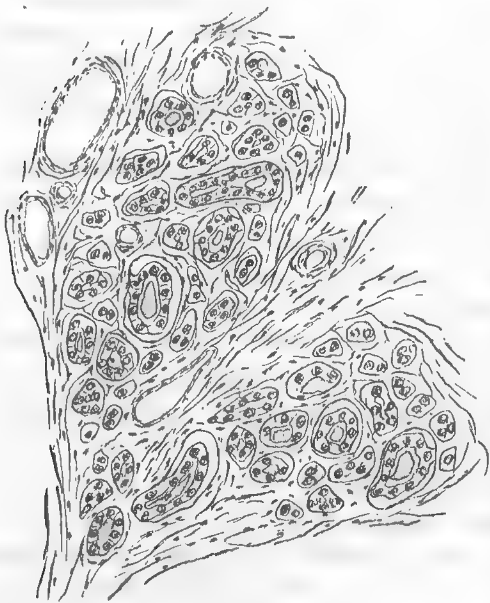


Fig. 5.

Une partie de la coupe précédente, observée à un plus fort grossissement (*fig. 6*), laisse apercevoir des alvéoles normaux avec leur substance colloïde, à côté de quelques alvéoles en voie de formation.

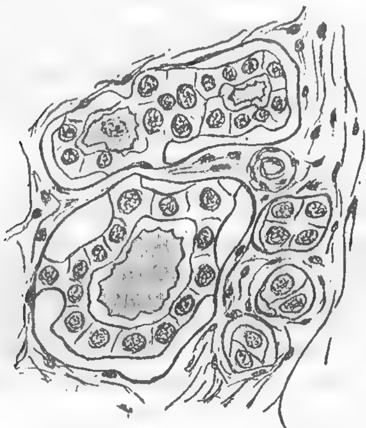


Fig. 6.

Nous voyons donc qu'un tissu thyroïdien qui n'est plus normal, mais qui ne présente pas encore de graves altérations (le corps thyroïde de personnes saines offre souvent une telle structure dans les pays à goitre) peut non seulement, quand on le greffe, donner naissance à des organes néothyroïdiens persistants (aspect florissant de la greffe après quinze mois), mais encore est capable de subir une métamorphose progressive, une sorte d' « assainissement », qui fait que la structure du greffon, au bout d'un certain temps, se rapproche davantage de la structure thyroïdienne normale que de celle de ce même greffon au moment de la greffe.

Greffe de tissu thyroïdien peu altéré à un organisme nettement pathologique (hypothyroïdie myxœdémateuse). — La greffe étant âgée de deux mois (*fig. 7*), le tissu présente un aspect franchement thyroïdien, mais les alvéoles sont petits et contiennent relativement peu de substance colloïde; il existe, dans le tissu conjonctif péri-alvéolaire, de l'infiltration inflammatoire, lésions que peuvent d'ailleurs présenter à ce stade de régénération les greffes expérimentales pratiquées dans des conditions normales. En tout cas, on remarque que le tissu greffé a subi des modifications; il a été ici, comme dans le fait précédent, remanié, ramené à l'état embryonnaire, mais on dirait qu'il a plus de peine chez ce malade à atteindre le stade définitif de tissu thyroïdien adulte.

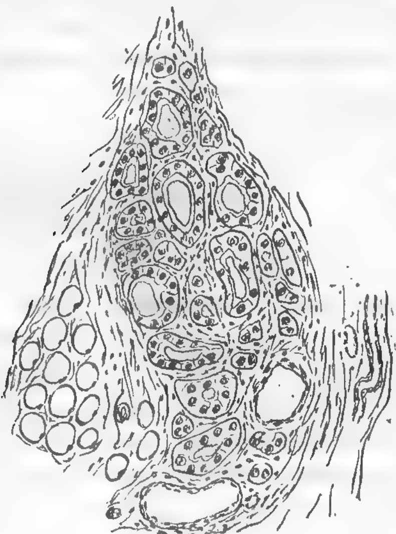


Fig. 7.

Il est bon d'ajouter que dans ce cas l'organisme porte-greffe, fortement hypothyroïdien, ne possède pas encore, malgré le nombre relativement élevé de greffes reçues — 17, dont 8 avec du corps thyroïde pathologique, qui se sont vraisemblablement toutes atrophiées —, la quantité de tissu thyroïdien nécessaire à son fonctionnement normal. On pourrait donc attribuer la vivacité relativement moindre des greffes, chez ce garçon, d'abord à l'état myxœdémateux des tissus, peu aptes à jouer un rôle nourricier, et ensuite à une sorte de surmenage des greffes, survenant avant leur complète régénération. Cependant, tant au point de vue physique qu'intellectuel, ce jeune malade, qui a été revu le 29 janvier dernier — soit trois ans et deux mois après les premières greffes —, présente une amélioration remarquable : il a grandi et son intelligence s'est développée (1).

Ajoutons que des *greffes de tissu thyroïdien manifestement altéré* (2) *à un organisme apparemment normal* (seconde éventualité), et des *greffes de ce même tissu manifestement altéré à un organisme nettement pathologique* (cinquième éventualité), n'ont plus été retrouvées, deux mois après la transplantation. Quoique cette recherche soit parfois très difficile, ces organes pouvant échapper à l'observation, et qu'on ne puisse pas par conséquent catégoriquement conclure que le tissu greffé a été résorbé, leur disparition dans les deux observations, la faible vitalité que présentait le tissu greffé, sa structure franchement pathologique rendent cette hypothèse vraisemblable.

V

Si nous essayons maintenant de résumer tous les faits sur lesquels nous venons d'insister, nous voyons que la greffe thyroïdienne est possible chez l'homme et qu'on peut par ce moyen obtenir des *organes néothyroïdiens permanents*, comme nous en avons obtenu chez les animaux. Les résultats, au point de vue anatomique, sont excellents lorsqu'on emploie comme semence du tissu thyroïdien normal; ils sont encore positifs lorsqu'on se sert de glandes peu altérées (légère dégénérescence goitreuse); ils sont nuls, par contre, avec des glandes thyroïdes nettement pathologiques; de nouveaux essais sont en tout cas nécessaires pour déterminer jusqu'à quel point le tissu goitreux pourra être employé comme semence.

Au point de vue clinique, on peut conclure que la greffe thyroïdienne préventive, c'est-à-dire pratiquée dans des cas où, après extirpation trop radicale de l'organe, il y a menace de cachexie strumiprive, peut permettre d'éviter l'éclosion de la maladie. Dans l'hypothyroïdie myxœdémateuse spontanée, les greffes sont également susceptibles de se développer et de persister, si le tissu employé comme semence n'est pas trop altéré.

Il serait imprudent pour le moment de se prononcer définitivement sur la valeur clinique de ce procédé que seule l'observation, prolongée pendant quelques années, de nombreux cas analogues pourra mettre au clair. Mais l'expérience sur les animaux nous démontrant que l'organe thyroïdien, quand il persiste avec ses caractères histologiques normaux, peut fonctionner, on ne voit pas pourquoi il ne serait pas également capable de fonctionner, lorsqu'il persiste, chez l'homme.

La greffe thyroïdienne mérite donc de sortir de l'oubli où on l'avait reléguée, car, pratiquée avec sagacité, elle pourra rentrer dans la pratique des médications thyroïdiennes, parmi lesquelles elle sera peut-être même appelée à occuper un jour la première place.

Nos recherches actuelles nous permettent, en effet, d'espérer que nous pourrons apporter des simplifications notables à la technique de la greffe thyroïdienne, de nature à mettre cette méthode à la portée de tous les praticiens : nous poursuivons le double but d'éviter la transplantation *corps à corps*, qui n'est pas sans présenter quelques inconvénients, et de rendre *l'implantation* plus facile, en lui enlevant les caractères d'une véritable opération.

Pour ne pas avoir à transplanter immédiatement l'organe du sujet donneur au sujet récepteur, nous avons étudié la conservation du tissu thyroïdien dans différents liquides et ces recherches nous permettent pour le moment de conclure que cette conservation, au moins pour le tissu thyroïdien de rat et de lapin, est possible dans le sérum artificiel et dans le sérum sanguin de quelques animaux (1), mais pendant un laps de temps relativement court (moins d'une heure, au lieu de dix secondes à l'air). De nouvelles expériences en cours nous donnent à penser que ce délai pourra être notablement prolongé.

Quant à la simplification de l'implantation, nous nous sommes proposé, sur le conseil de M. Kummer, de faire pénétrer dans l'organisme récepteur les parcelles thyroïdiennes en évitant toute incision cutanée.

Le tissu thyroïdien, réduit en fragments très petits, à l'aide d'un instrument bien tranchant et avec beaucoup de précautions, pour éviter le broiement qui en compromettrait la vitalité, est pour ainsi dire émulsionné dans le liquide conservateur et introduit dans l'organisme destinataire au moyen d'un trocart ou d'une grosse aiguille creuse à travers laquelle il est poussé à l'aide d'une seringue. Ces essais, qui ne sont pas encore terminés, ne sont pas jusqu'ici assez concluants pour que nous puissions nous prononcer définitivement. Il est en tout cas évident que si nous parvenons à rendre ce procédé pratique, l'opération de la greffe sera à peine plus compliquée qu'une injection de sérum.

Quel que soit l'avenir de la greffe thyroïdienne, nous ne croyons pas que celle-ci puisse jamais faire renoncer d'une manière absolue aux médications thyroïdiennes palliatives : outre que ces médications conserveraient leurs indications dans les cas où la greffe ne pourrait être pratiquée, elles devraient encore intervenir pour préparer le terrain à la greffe, en présence de troubles généraux graves de la nutrition, et pour aider indirectement au développement des tissus thyroïdiens transplantés en leur évitant les dangers d'un fonctionnement précoce et exagéré.

Dr H. Cristiani,
Professeur à la Faculté de médecine de Genève.

(1) Il est intéressant d'ajouter aux faits que je viens d'exposer, et qui sont d'ordre surtout anatomique, les observations d'ordre exclusivement clinique que nous a fournies M. Kummer : notre collègue nous a communiqué oralement que ses essais de greffe, faits d'après notre méthode dans des cas d'extirpation presque complète de la glande thyroïde pour gros goitres sténosants, lui ont paru rendre des services. Il a pu notamment voir que des malades chez lesquels la greffe avait été pratiquée, observés parallèlement avec d'autres chez qui elle n'avait pas été faite, présentaient des suites opératoires différentes : tandis que chez ceux-ci des symptômes d'hypothyroïdie ne tardaient pas à apparaître, chez les premiers il n'en a pas observé.

(2) Je rappelle qu'il s'agit du tissu dont la structure est représentée par la *figure 1*.

(1) H. Cristiani. Conservation du tissu thyroïdien vivant dans l'eau salée physiologique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 6 fév. 1904, p. 194.) — Action du sérum de lapin sur les tissus vivants du rat. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 13 fév. 1904.)

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement des ulcères variqueux par la réfrigération révulsive.

Malgré les progrès réalisés dans le traitement des ulcères variqueux par l'introduction des greffes épidermiques, il n'en subsiste pas moins certains faits — tels ceux où il s'agit d'un ulcère circulaire de la jambe — où, en désespoir de cause, l'ablation du membre malade paraît constituer l'unique et ultime ressource. Or, même dans ces cas désespérés, il semblerait qu'on pût obtenir des résultats favorables par un procédé dont on connaît les bons effets contre la sciatique et dont l'application au traitement de l'ulcère de jambe a été suggérée par les recherches expérimentales auxquelles M. le docteur E. Fürst (de Königsberg) s'est livré dès 1897. Notre confrère a montré, en effet, qu'en provoquant la congélation de l'oreille du lapin ou du cobaye par des pulvérisations d'éther d'une durée de quinze à vingt secondes, et en répétant cette intervention plusieurs fois dans la journée ou une fois par jour pendant plusieurs jours consécutifs, on déterminait une prolifération des éléments histologiques telle que l'épiderme pouvait atteindre jusqu'à huit fois son épaisseur normale. Ayant fait ensuite des expériences sur lui-même, M. Fürst a constaté que chez l'homme on voyait se manifester, à la suite de la congélation de la peau, une activité proliférative analogue à celle qu'il avait observée sur l'oreille des animaux.

Ce n'est que cinq ans après que des essais thérapeutiques ont été entrepris dans cette voie à propos du traitement de l'ulcère variqueux, d'abord par M. le docteur R. Werner, assistant à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Heidelberg, puis, plus récemment, à la clinique chirurgicale du professeur Gussenbauer, par M. le docteur S. Stiassny (de Vienne).

Le procédé adopté par M. Werner était calqué sur celui qui a été utilisé par M. Fürst dans ses recherches expérimentales. Il consiste essentiellement à obtenir par des pulvérisations d'éther des congélations quotidiennes d'une durée d'une à quinze secondes, répétées jusqu'à trois fois par jour. Afin d'éviter l'action locale très douloureuse des vapeurs d'éther, notre confrère a soin de protéger la zone à traiter par l'application d'un enduit gras.

Cette technique a été quelque peu modifiée par M. Stiassny. En général, et surtout lorsqu'il se trouve en présence d'ulcères en état d'irritation, comme ceux que l'on voit chez les malades au moment où ils arrivent à l'hôpital, notre confrère viennois soumet les ulcères à un traitement préalable au moyen de compresses humides ou de cataplasmes appliqués pendant un ou deux jours. Des pulvérisations sont alors pratiquées avec la solution physiologique, de façon à débarrasser la surface bourgeonnante de toutes les croûtes et dépôts qui s'y sont formés. Ceci fait, on enduit la région d'une couche d'un corps gras insoluble dans le chlorure d'éthyle, car c'est de ce réfrigérant que se sert M. Stiassny; cette couche doit être assez épaisse, afin d'empêcher que le chlorure d'éthyle ne pénètre en substance dans la plaie. On fait ensuite un siphonnage comme cela se pratique pour le traitement de la sciatique.

Lorsque l'ulcère sécrète abondamment, notre confrère préfère avoir recours à un procédé rappelant un mode de traitement également usité contre la sciatique : le stypage. Pour cela, il dirige les pulvérisations de chlorure d'éthyle sur une compresse de gaze ayant à peu près les dimensions de l'ulcère et imprégnée au préalable d'un corps gras. Aussitôt qu'une couche de givre apparaît sur la gaze, celle-ci est appliquée sur l'ulcère. On peut la retirer quand la couche blanche dont elle était recouverte a disparu; il faut, en cela, procéder avec le plus grand soin, de crainte d'enlever les îlots épidermiques qui peuvent exister.

Après le siphonnage ou le stypage, on fait un pansement légèrement compressif commençant aux orteils et comprenant toute la jambe.

Cette manœuvre est répétée en général une fois par jour. Toutefois, lorsque les circonstances l'exigent, on peut aussi faire plusieurs séances le même jour et laisser ensuite reposer le malade pendant plusieurs jours. On continue ainsi jusqu'à guérison complète, ce qui exige, d'ordinaire, plusieurs semaines au moins.

Ce mode de traitement de l'ulcère variqueux est, à vrai dire, quelque peu douloureux. C'est surtout le moment même de la congélation qui a paru à M. Werner être particulièrement désagréable aux malades. De son côté, M. Stiassny a remarqué que, dans quelques cas, les patients accusaient une douleur variable dans son intensité, pouvant aller jusqu'à la sensation très pénible d'une brûlure profonde et apparaître bien avant le moment de la congélation. C'est là un inconvénient de la méthode. Aussi M. Werner estime-t-il que l'on ne saurait y avoir recours qu'après échec des procédés habituellement mis en œuvre dans l'ulcère variqueux.

Il y a lieu, en outre, de tenir compte que la réfrigération révulsive n'est pas, dans ses effets, d'une constance absolue, sans qu'il soit d'ailleurs possible d'en expliquer les insuccès. Enfin, s'il semble que, dans la majorité des cas, les résultats obtenus soient durables, M. Werner et M. Stiassny ont cependant l'un et l'autre observé des faits où l'épithélium néoformé s'éliminait en un point, alors que, sur un autre point de l'ulcère, les progrès de l'épidermisation suivaient leur cours normal.

Ajoutons que la réfrigération révulsive donne des résultats rapides et constants dans les plaies bourgeonnantes d'origine non variqueuse. L'état de nutrition dont jouissent les tissus environnant la perte de substance constitue, en pareille occurrence, une condition éminemment favorable au processus de réparation.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'appendicostomie contre la dysenterie.

La colite ulcéreuse chronique, qu'elle soit d'origine tropicale ou non, est souvent rebelle à toute thérapeutique médicale. C'est pourquoi l'on tend de plus en plus à lui opposer un traitement chirurgical. Dans quelques cas particulièrement favorables par l'absence de toute lésion ulcéreuse dans la portion recto-sigmoïde de l'intestin, on a pratiqué avec avantage une iléo-sigmoïdostomie. Mais, en général, l'opération à laquelle on a eu recours a consisté en l'établissement d'un anus contre nature dans la région iliaque droite, le segment de l'intestin mis à contribution étant soit le côlon ascendant (colostomie droite), soit, le plus souvent, le cæcum : il s'agit alors de la typhlostomie qui a été pratiquée en France il y a près de vingt ans par M. le professeur Folet (Voir *Semaine Médicale*, 1885, p. 123). L'anus artificiel ainsi créé a un double but : d'une part, il dévie le cours naturel des matières fécales dont le contact avec les ulcères de la muqueuse constitue une cause d'irritation continuelle qui en empêche la cicatrisation; d'autre part, il peut servir à faire des irrigations médicamenteuses ou même simplement antiseptiques dans l'intestin malade.

La typhlostomie est cependant loin d'être aussi pratique que l'anus iliaque gauche, notamment en raison de la difficulté que présente, dans cette région, la formation d'un éperon efficace entre les deux bouts, afférent et efférent, du côlon. Aussi, en présence des inconvénients inhérents à ce procédé malgré les diverses améliorations qui lui ont été apportées — telle l'adoption d'une simple fistulisation valvulaire —, M. le docteur Robert F. Weir, professeur de chirurgie au Collège des médecins et chirurgiens de New-York et chirurgien en chef du Roosevelt Hospital, a eu l'idée de recourir à une opération que M. le docteur Willy Meyer, chirurgien du German Hospital de la même ville, a depuis lors baptisée du nom d'appendicostomie. Voici en quoi elle consiste :

L'appendice étant mis à découvert par l'incision de Jalaguier, l'organe est fixé à la peau par une couronne de points séparés, placés à environ un centimètre de l'extrémité libre. La plaie abdominale est ensuite suturée couche par couche. Si on le juge utile, on laisse dans la plaie deux petites mèches de gaze ne dépassant pas l'aponévrose du muscle grand oblique. On peut alors, sans avoir à craindre l'infection de la plaie, procéder à l'ouverture immédiate de l'appendice et s'assurer de la perméabilité de sa cavité. C'est là une manœuvre qu'il semble bon de ne jamais négliger, car on sait que l'appendicite chronique peut aboutir à l'oblitération de la cavité appendiculaire, sans avoir jamais donné lieu à des incidents suffisamment graves pour nécessiter une intervention chirurgicale. Si, par l'introduction d'une bougie ou d'une sonde, on constatait l'oblitération de la lumière de l'appendice, il faudrait avoir recours à la typhlostomie immédiate. Mais lorsque, avec un instrument correspondant au n° 12 de la filière Charrière, on peut pénétrer dans le cæcum, on referme provisoirement, par une ligature, l'anus appendiculaire et on applique le pansement. Au bout de vingt-quatre heures, on rouvre définitivement l'appendice et l'on y introduit un drain en caoutchouc destiné à être laissé à demeure. Pour le maintenir en place, on y adapte une épingle de sûreté dont chaque extrémité est fixée à la peau par une bandelette agglutinative. Par ce tube, on pratique, d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, de grandes irrigations pour lesquelles MM. Weir et Willy Meyer ont employé avantageusement les solutions de nitrate d'argent de 0.1 à 0.2 ‰.

L'anus appendiculaire a une tendance naturelle à se refermer. Aussi, lorsqu'on se propose d'en provoquer l'oblitération, suffit-il de retirer le drain pour faire disparaître la fistule, après avoir, au besoin, touché la muqueuse avec la pointe du thermocautère. Si l'on préférait un procédé plus radical, qui supprimât en même temps les inconvénients pouvant résulter de l'adhérence de l'appendice à la paroi abdominale, il serait tout indiqué de faire l'appendicectomie, comme dans la cure radicale de l'appendicite.

L'avantage de l'appendicostomie sur la typhlostomie consiste d'abord dans la bénignité plus grande de l'opération, qui a pu être tentée avec succès, par exemple, chez une femme dont l'affaiblissement général contre-indiquait toute intervention de longue durée. En outre, l'anus appendiculaire est beaucoup moins difficile à soigner que l'anus cæcal. Enfin, l'oblitération peut s'obtenir très simplement. Par contre, l'appendicostomie n'est pas toujours possible, notamment lorsque l'appendice est oblitéré ou a été enlevé antérieurement. De plus, l'orifice, ainsi que le canal qui y donne accès, est assez étroit; l'issue des matières peut donc, dans certains cas, devenir impossible ou du moins présenter certaines difficultés.

En ce qui concerne les résultats de l'appendicostomie, sur les 6 observations actuellement publiées (1 de M. Weir, 2 de M. Willy Meyer et 3 de M. le docteur Howard Lilienthal, chirurgien du Mount Sinaï Hospital de New-York), et dont 2 ont trait à des cas de colite polypeuse, on compte seulement un insuccès complet, précisément pour un fait appartenant à cette dernière variété de colite. Dans les 5 autres cas, l'amélioration a toujours été rapide; elle fut marquée par le relèvement de l'état général, l'augmentation du poids du corps et la diminution du nombre des garde-robes. Le malade de M. Weir, par exemple, avait de 20 à 25 selles par jour avant l'opération; après celle-ci, leur nombre tomba très rapidement à 5 ou 6. Le

traitement post-opératoire demande d'ailleurs à être continué assez longtemps : M. Willy Meyer n'a pu abandonner les irrigations qu'au bout d'un an.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars 1904.

Fracture du radius par manivelle d'automobile.

M. Lucas-Championnière fait une communication sur les deux variétés de fractures du radius — l'une directe, l'autre indirecte — dues à la manivelle de mise en marche des moteurs d'automobile (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 35). Ces deux variétés de fracture s'accompagnent, l'une et l'autre, de très peu de déplacement; il n'y a jamais d'enfoncement comme dans les fractures résultant d'une chute sur la paume de la main. Toutefois, dans la seconde variété, les fragments sont un peu plus mobiles que dans la première; néanmoins ces deux espèces de fracture peuvent être traitées toutes deux sans appareil par le massage et la mobilisation.

Quelques auteurs admettent encore une troisième variété, qui résulterait du choc de la manivelle sur le talon de la main, mais, d'après l'orateur, ce mécanisme n'est guère admissible, et en tout cas il serait le plus rare, tandis que les deux premières variétés s'observent au moins aussi fréquemment chez l'automobiliste que la fracture de la clavicule chez les cyclistes ou les jockeys.

M. Suârez de Mendoza relate un cas de diarrhée chronique rebelle qui fut prise pour de la diarrhée des pays chauds, et qui, après avoir résisté à toutes les médications généralement usitées contre cette affection, guérit par l'emploi de préparations mercurielles en injections sous-cutanées, ce qui, d'après l'orateur, permet de supposer qu'il s'agissait de syphilis intestinale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1904.

Le traitement du cancer de la langue.

M. Poirier. — Il y a deux ans environ, je vous ai fait une communication dans laquelle je préconisais, en cas d'ablation du cancer de la langue, l'extirpation totale et bilatérale des territoires lymphatiques correspondant à cet organe (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 150). Des 5 malades dont je vous ai alors parlé, je puis vous en présenter 2 qui sont en bonne santé, sans trace de récidive; l'un d'eux, cependant, avait été jugé inopérable par un de nos collègues; l'épithélioma avait envahi déjà, au moment de l'intervention, le plancher buccal et le pilier antérieur du voile du palais : actuellement, la guérison se maintient depuis trente-trois mois. Un autre de mes opérés, comme je vous l'ai signalé, est mort très rapidement, par infection, sans doute; le quatrième a succombé au bout de treize mois, peut-être par récidive ou généralisation, car je n'ai pu avoir de renseignements précis; je suis sans nouvelles du dernier.

Je tiens à dire que c'est de parti pris, sans examen clinique préalable, que, dans les faits de ce genre, j'enlève les chaînes lymphatiques des deux côtés; j'estime, en effet, qu'il est cliniquement impossible, dans bien des cas, de s'assurer de l'état d'intégrité ou de dégénérescence des ganglions, qui se dérobent à la palpation sur le fond mou de la région. Ce faisant, je me conforme, pour le traitement du cancer de la langue, à la règle que j'applique à tous les cancers que j'opère; pour celui du sein, par exemple, je ne vais point chercher dans l'aisselle de quoi parfaire un diagnostic encore douteux : je croirais manquer à mon devoir en attendant, pour intervenir, que la présence de l'adénopathie vînt affirmer la nature maligne d'une tumeur dont la récidive serait alors plus probable.

C'est en appliquant ces principes que nous parviendrons, j'en ai la conviction, à améliorer dans une certaine mesure le pronostic opératoire des cancers.

M. Sebileau. — Tout en reconnaissant que l'extirpation bilatérale des ganglions cervicaux est justifiée, je tiens à faire observer que, chez les 2 malades que M. Poirier vient de nous montrer, il paraît s'être agi de cancers antérieurs et partiels. Or, dans les cas de ce genre le pronostic opératoire est certainement plus favorable que dans ceux où l'envahissement de l'épiglotte et de la paroi du pharynx nécessite une pharyngectomie plus ou moins étendue, parce qu'alors la mort survient le plus souvent dans les premiers jours, par infection, ou encore au bout de quelques semaines ou de peu de mois, par cachexie. Je dois dire que ces considérations ne m'empêchent pas d'intervenir, même pour les cancers postérieurs, mais la statistique des opérations faites dans de pareilles conditions est fort peu favorable.

M. Quénu. — Je crois, comme M. Poirier, à la nécessité d'enlever les ganglions le plus largement possible, et c'est ainsi que j'agis; mais bien des circonstances concomitantes (âge des malades, nature de l'infection ganglionnaire) peuvent influer sur le pronostic. Je rappelle notamment, car j'en ai observé des exemples, ces cas sur lesquels M. Th. Anger a attiré l'attention, où l'on trouve des ganglions friables, réduits en bouillie, et où la récidive est particulièrement rapide.

M. Segond. — Je suis, moi aussi, partisan de l'ablation large des ganglions, non seulement dans le cancer de la langue, mais aussi dans celui des autres organes. Il faut toutefois reconnaître que l'application de ce principe soulève parfois de sérieuses difficultés techniques, et je dois ajouter que les résultats obtenus ne sont pas très encourageants.

M. Pozzi. — Je tiens à déclarer que, pour ce qui est du cancer de l'utérus, l'évidement pelvien n'augmente pas sensiblement la survie des opérées, tout en aggravant beaucoup l'intervention.

M. Labbé. — Depuis longtemps j'ai préconisé, dans le traitement du cancer de la langue, l'ablation simultanée de la tumeur et de tous les ganglions, même lorsque ceux-ci ne sont pas cliniquement appréciables. De même, pour le cancer du sein, j'ai toujours conseillé le curage, non seulement de l'aisselle, mais aussi du creux sus-claviculaire.

Grâce à ces opérations larges, on peut obtenir d'excellents résultats; c'est ainsi que, pour ma part, j'ai observé une survie de douze ans et une autre de sept ans, après l'ablation de la langue; chez ces 2 malades, je commençais à penser que j'avais fait une erreur de diagnostic et qu'il s'agissait de syphilis linguale, lorsque la récidive du cancer s'est produite.

Le « plombage organique » pour l'oblitération des cavités osseuses.

M. Chaput. — Dans un cas où je venais de curetter l'épiphyse tibiale supérieure gauche, chez une femme de quarante ans, pour foyer d'ostéomyélite, j'ai comblé la perte de substance résultant de mon intervention au moyen d'un noyau de tissu cellulo-adipeux, emprunté à la fosse iliaque gauche et introduit de force dans la cavité avec des pinces à griffes; je réunis par-dessus, en laissant toutefois un orifice au niveau de la cavité, mais sans drainage. La guérison se fit très simplement.

Je crois que ce « plombage organique » est à la fois plus simple et plus sûr que les plombages métalliques, minéraux ou médicamenteux, qui exposent à l'élimination du corps étranger.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 mars 1904.

Variations de la chloruration et de l'hydratation de l'organisme sain.

MM. Widal et **Javal.** — On sait que chez certains brightiques en état d'imperméabilité rénale pour le chlorure de sodium, le sel alimentaire retenu dans les tissus occasionne le pré-œdème et l'œdème par hydratation. Nous avons recherché si, chez l'homme sain, on ne pouvait pas, dans une certaine mesure, faire varier parallèlement la chloruration et l'hydratation de l'organisme.

Nous avons étudié à ce sujet trois hommes normaux : nous avons vu que, en passant brusquement d'un régime très chloruré à un régime aussi peu chloruré que possible, et inversement, on pouvait observer un écart de poids maximum de 2 kilogrammes et parallèlement une différence de 10 à 12 grammes dans la chloruration de l'organisme. Si l'on ne fait pas varier la chloruration de l'alimentation dans des limites extrêmes, on constate des variations de poids beaucoup plus faibles : dans un cas, elles ne dépassaient pas 400 grammes. On voit donc toute la différence qui existe entre les variations de l'hydratation physiologique et les variations d'hydratation qui constituent le pré-œdème brightique. Rappelons qu'un de nos brightiques devait s'hydrater de 6 kilogrammes avant qu'apparussent les premières manifestations cliniques de l'œdème.

Une certaine quantité d'eau flottante peut donc être reprise ou abandonnée par l'organisme normal. L'entrée ou la sortie en est réglée en partie par les variations de la chloruration. Ainsi s'expliquent ces variations de poids de quelques centaines de grammes si rapidement et si facilement obtenues au début des cures d'amaigrissement et qui sont dues en grande partie à la déshydratation.

Agglutination comparée des cultures homogènes de bacilles de la tuberculose d'origine bovine et d'origine humaine.

MM. S. Arloing et **P. Courmont.** — Les sérums d'animaux inoculés avec des cultures de bacilles d'origine bovine agglutinent les cultures d'origine humaine et réciproquement. Les bacilles humains et bovins avec lesquels nous avons fait nos expériences ne présentaient presque pas de différence au point de vue de l'agglutinabilité et du pouvoir agglutinogène. Tous les bacilles entretenus en cultures homogènes, lorsqu'ils sont inoculés à des chiens, donnent au sérum de ces animaux le pouvoir agglutinant vis-à-vis de n'importe quelle culture. Mais il y a des cultures agglutinogènes qui sont dépourvues d'agglutinabilité.

Aussi, pour les applications pratiques du pouvoir agglutinant, l'origine des bacilles importe-t-elle peu; le point capital réside dans l'état d'agglutinabilité des cultures consacrées à cet usage.

Variations de volume du foie dans le cours de la fièvre typhoïde.

M. Mongour (de Bordeaux). — Il résulte des recherches que j'ai faites sur un certain nombre de malades que, dans le cours de la fièvre typhoïde, le volume du foie est essentiellement variable : ces variations ne se produisent pas toujours dans le même sens pour les lobes droit et gauche. Elles semblent être en rapport avec la part contributive que le foie doit apporter à la défense de l'organisme, part contributive qui n'est jamais fixe, mais qui varie suivant l'état des fonctions rénale, intestinale, cérébrale, cardiaque, etc.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 7 mars 1904.

Sur la transformation lymphadénoïde de la moelle osseuse.

M. Senator. — J'ai observé une jeune fille de treize ans, atteinte depuis trois mois, quand je la vis, d'un affaiblissement progressif, et qui n'offrait aucun signe d'une lésion localisée. Elle mourut au bout de quatre jours sans avoir présenté d'autres symptômes que ceux d'une anémie grave : 1,400,000, puis 970,000 globules rouges, de 8,000 à 12,000 leucocytes; les hématies étaient normales, les globules blancs se composaient surtout de lymphocytes.

J'avais pensé — par analogie avec un fait du même genre publié il y a une quinzaine d'années par M. Ehrlich — qu'il s'agissait d'aplasie de la moelle osseuse, mais l'autopsie me révéla une transformation lymphadénoïde de la moelle

des os longs avec métaplasie lymphatique; la rate était très peu touchée, les ganglions lymphatiques furent trouvés à peu près intacts. Les os du crâne offraient à leur face externe de la périostite hémorrhagique, à leur face interne des exostoses.

On n'a publié jusqu'ici que 7 cas de ce genre, concernant des pseudo-leucémies myélogènes, par transformation lymphadénoïde de la moelle osseuse. A mon avis, plusieurs éventualités pathogéniques peuvent avoir pour conséquence l'aplasie médullaire : ou bien cette dernière est primitive, sans doute causée par une violente irritation ; ou bien elle résulte d'une métaplasie lymphatique; ou bien enfin elle est secondaire à une affection osseuse, retentissant sur la moelle des os. La participation éventuelle d'autres organes (rate, ganglions) au processus morbide rend compte des particularités cliniques de chaque cas.

Obstruction thrombosique de l'aorte abdominale.

M. Lazarus relate l'observation d'une femme de cinquante-trois ans, qui fut reçue dans son service pour une myocardite avec albuminurie intense. Au bout de quelques jours, elle eut une paralysie passagère du bras droit, puis une affection fébrile avec vives douleurs dans la région du rein gauche. Celui-ci était augmenté de volume, et le cathétérisme des uretères montra que ce rein fonctionnait activement, tandis qu'à droite on n'obtint pas d'urines. Enfin, la patiente fut subitement frappée d'une paralysie complète des deux membres inférieurs, avec incontinence des réservoirs et anesthésie remontant à trois travers de doigt de l'ombilic. L'examen du cœur ne révélait que de la dilatation, sans hypertrophie, et un souffle systolique intermittent à la mitrale.

On porta le diagnostic de thrombose de l'aorte abdominale, hypothèse qui fut confirmée par l'autopsie. Celle-ci révéla que le rein droit faisait défaut. Le thrombus aortique commençait au-dessous de l'origine de l'artère rénale gauche et se prolongeait jusque dans les artères iliaques. La cause de cette thrombose est demeurée obscure.

M. Litten dit avoir observé un cas analogue, mais où il s'agissait d'embolie et non de thrombose. L'affection primitive était un rétrécissement mitral.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 12 mars 1904.

Emploi de l'adrénaline contre les hémorrhagies gastro-intestinales.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. H. Schlesinger** a présenté deux malades chez lesquels il a administré de l'adrénaline à l'intérieur, avec succès, pour des hémorrhagies du tube digestif.

Le premier de ces cas concerne un hémophile, qui fut atteint d'une hémorrhagie intestinale grave. L'absorption, toutes les heures, de dix gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 ‰ fit cesser l'hémorrhagie : en quarante-huit heures, le malade avait pris 30 c.c. de ladite solution. Après une nouvelle administration d'adrénaline associée à de la gélatine, le sang de cet homme possédait une coagulabilité telle que la goutte de sang obtenue par piqûre se coagulait immédiatement. Cette constatation pourrait peut-être recevoir des applications chirurgicales.

L'autre fait a trait à une femme atteinte de purpura essentiel avec hémorrhagies des diverses muqueuses, notamment de la muqueuse gastrique. Cette dernière perte sanguine s'arrêta bientôt sous l'influence de l'adrénaline prescrite à la dose précitée.

L'orateur dit avoir employé l'extrait surrénal dans des hémorrhagies gastro-intestinales de diverse nature, toujours avec succès. Dans l'hémoptysie, au contraire, l'adrénaline lui a paru dépourvue d'efficacité. Les préparations surrénales administrées à l'intérieur n'auraient, d'autre part, aucun effet sur la pression sanguine.

Cathétérisme rétrograde des rétrécissements du rectum.

M. H. Wagner a présenté une femme qui était atteinte d'un rétrécissement blennorrhagique du rectum, commençant à 2 centimètres au-dessus du sphincter anal interne et ayant à peine le calibre d'un tuyau de plume. M. von Eiselsberg fit la colostomie, puis, après un lavage du rectum avec un liquide antiseptique, introduisit par la fistule une sonde conique, qu'il retira par l'anus. Au bout de quelques jours, la dilatation était telle, qu'on put continuer le cathétérisme par le rectum et fermer la fistule du côlon.

Diagnostic stéthographique des différentes formes d'asthme.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. L. Hofbauer** a signalé un procédé d'exploration permettant de distinguer les différentes formes d'asthme, et basé sur les caractères du tracé graphique des mouvements respiratoires.

En effet, dans l'asthme hystérique comme chez l'homme normal, l'inspiration se traduit par une ligne en ascension brusque, l'expiration par une ligne en descente progressive. Dans l'asthme bronchique, au contraire, la branche descendante est beaucoup plus longue; dans l'asthme cardiaque, les deux parties de la courbe sont prolongées; dans l'asthme dû à un goitre, enfin, le profil de la courbe est variable, la cause de l'asthme étant elle-même différente d'un cas à l'autre (compression de la trachée, intoxication thyroïdienne).

M. Pauli fait observer que les courbes respiratoires obtenues au moyen des appareils enregistreurs ne correspondent qu'aux mouvements d'expansion du thorax, et nullement à ceux du diaphragme; or, il est possible que certaines pauses respiratoires apparentes, chez les basedowiens par exemple, ne correspondent pas à un arrêt complet de la respiration, les mouvements diaphragmatiques suppléant en réalité à l'absence de la respiration costale.

En ce qui concerne la différenciation de l'asthme bronchique et de l'asthme cardiaque, l'orateur fait remarquer que l'une et l'autre de ces affections se compliquent fréquemment de bronchiolite et doivent alors donner des tracés identiques.

M. Michael Grossmann insiste sur ce double fait que la plupart des affections dyspnéiques étudiées par M. Hofbauer suivent une évolution au cours de laquelle le type respiratoire se modifie profondément, et que d'autre part des dyspnées de cause très diverse peuvent offrir les mêmes caractères graphiques : c'est ainsi que, d'après l'orateur, l'asthme cardiaque par surmenage du cœur (marches forcées des soldats, etc.) donne des courbes absolument comparables à celles de la dyspnée par sténose de la trachée.

Traitement du diabète insipide.

Dans la séance du 10 mars de la Société de médecine interne et de pédiatrie, **M. L. Hofbauer** a relaté l'observation d'un malade qui évacue chaque jour 11 litres d'urine ne contenant pas de sucre. La strychnine, préconisée par quelques auteurs pour les cas de ce genre, n'a eu aucun effet chez cet homme.

M. W. Schlesinger dit avoir obtenu de bons résultats, dans quelques cas de diabète insipide, par la réduction de la quantité de boisson à un quart de ce qu'elle était auparavant.

M. R. Schmidt a employé dans 3 cas la podophylline, dans l'intention de décharger le rein hyperémié par une hyperémie de l'intestin. Ce traitement a été suivi de succès : la soif a diminué et avec elle la polyurie.

M. Nothnagel fait observer que, dans beaucoup de cas de diabète insipide, la polydipsie est le symptôme primitif; aussi la polyurie disparaît-elle dès que la soif diminue. Pour l'orateur, le meilleur remède contre cette affection est l'opium.

Dans un cas de diabète insipide consécutif à un traumatisme sur la tête, M. Nothnagel put faire le diagnostic d'hémorrhagie protubérantielle. Le malade guérit après un traitement galvanique.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches et observations ayant trait à l'influence des opérations sur la marche et la terminaison du diabète sucré, par M. O. Körner.

Faut-il opérer les diabétiques? On sait qu'à une époque encore toute proche, la réponse était négative, presque sans exception; à peine levait-on l'interdit pour certaines interventions d'extrême urgence, dont le pronostic semblait, d'ailleurs, presque irrévocablement désespéré. En fait, l'action chirurgicale, chez le diabétique, doit toujours être tenue pour grave; les lendemains opératoires n'ont pas cessé d'être douteux et le coma, en dépit des perfectionnements et des abréviations de la narcose, et malgré l'asepsie, s'observe toujours. Mais il convient, comme le fait remarquer M. Körner, de ne pas généraliser à l'aveugle; de faire entrer en ligne de compte la forme et la gravité du diabète, ou, ce qui revient au même, la période à laquelle il est parvenu. Grâce à ce travail d'analyse, on réussit à se convaincre aisément que le diabète n'est point une contre-indication aussi fréquente qu'on pourrait le croire; de plus, certaines interventions, celles qui s'adressent aux affections suppuratives, en particulier, deviennent, du fait même du diabète, plus urgentes encore.

M. Körner prend pour exemple la mastoïdite aiguë suppurée des diabétiques; il en a réuni 38 cas, dont 7 lui appartiennent, et il étudie les résultats de la trépanation mastoïdienne dans cette série de faits. 5 sont à éliminer, la mort ayant succédé à une cause tout indépendante du diabète. Il reste 33 opérations : 29 se sont terminées par la guérison complète (88 %); 4 (12 %) par la mort. Or, il est intéressant de décomposer les observations suivant le type du diabète : *diabète léger*, lorsque le sucre disparaît totalement de l'urine après quelques jours de régime, ou encore lorsque la glycosurie existe depuis de nombreuses années, sans accident, malgré l'absence de régime; *diabète moyen*, quand le traitement n'est efficace qu'au bout de plusieurs semaines; *diabète grave*, si le réactif de Gerhardt décèle l'acétone ou que le régime le plus strict reste sans action, ou presque sans action. 13 malades avaient un diabète léger : tous ont guéri, dans un laps moyen de neuf semaines, c'est-à-dire un peu plus lentement que dans les conditions normales; chez aucun d'eux, le diabète n'a été aggravé de façon durable; dans 5 cas, il s'agissait de diabète moyen : cette fois encore, pas de complications; 9 opérés étaient atteints de diabète grave : 4 ont succombé, 3 au coma diabétique, un quatrième à l'affaiblissement général; 5 ont guéri, 2 après une légère attaque de coma. Dans les 6 dernières observations, toutes suivies de guérison opératoire, les renseignements manquent sur le type du diabète.

Quelques précautions vaudraient d'être prises avant et pendant l'intervention : mise au régime, préalable; administration du bicarbonate de soude à doses élevées; choix des premières heures de la matinée, de la période du « jeûne physiologique », pour opérer; narcose aussi écourtée que possible. En fait, elles n'ont pas été constamment mises en pratique.

On peut donc conclure, avec l'auteur, que, au moins pour les opérations de la durée et de la gravité de la trépanation mastoïdienne, le coma n'est à craindre que lors de diabète grave; que l'intervention ne paraît pas aggraver les formes légères; et que, en résumé, le diabète léger ne saurait passer pour une contre-indication, et que, même en présence du diabète moyen et du diabète grave, s'il y a péril vital, on peut passer outre. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — L.

Tænias inermes multiples chez l'homme, par M. Riehl.

On sait qu'il n'existe en général qu'un seul parasite dans l'intestin des sujets qui hébergent des vers plats, d'où le nom de *ver solitaire* sous lequel on désigne communément le tænia armé. Toutefois, il n'y a rien d'absolu à cet égard, et l'on trouve dans la littérature médicale un cer-

tain nombre de faits concernant des tænias multiples, mais la plupart d'entre eux ont trait au *Tænia solium*; par contre, la coexistence, chez le même individu, de plusieurs tænias inermes est extrêmement rare, de sorte que, comme l'ont fait remarquer quelques auteurs, la dénomination de *ver solitaire* s'appliquerait plus exactement au *Tænia saginata* qu'au tænia armé. Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler l'observation publiée par M. Riehl.

Il s'agit d'une jeune fille, chez laquelle l'examen des fèces dénota la présence d'un *Tænia saginata*. L'administration d'extrait éthéré de fougère mâle eut pour effet d'amener l'expulsion totale du ver, la tête y comprise. Le lendemain, cependant, la patiente déclara avoir encore évacué des segments de tænia; l'auteur pensa d'abord qu'il s'agissait de quelques anneaux isolés, qui étaient restés attachés à la muqueuse de l'ampoule rectale. Mais comme l'expulsion de fragments de tænia continua les jours suivants, force fut de reconnaître que l'on avait affaire à un second parasite et, de fait, huit jours après la première intervention, on fit absorber à la malade une nouvelle dose d'extrait de fougère mâle, qui amena l'expulsion d'un autre tænia inerme. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 décembre 1903.) — L. CH.

Un facteur jusqu'à présent inconnu de l'action du climat des hautes altitudes, par M. Saake.

Partant de ce fait, établi par les expériences de MM. Elster et Geitel, que l'air atmosphérique contient des substances radio-actives, M. Saake a entrepris une série de recherches comparatives sur la proportion de ces sortes de substances dans l'air de la montagne et dans celui de la vallée. Il a ainsi pu se rendre compte que, dans les hautes altitudes et, en particulier, dans les défilés, l'air est de trois à cinq fois plus riche en substances radio-actives que dans les vallées. Comme on sait, d'autre part, que la différence de tension électrique entre l'air et le sol augmente au fur et à mesure que l'on s'élève au-dessus du niveau de la mer, on comprend que ces deux causes doivent, *cæteris paribus*, amener sur la surface du corps humain, dans la montagne, une accumulation de substances radio-actives beaucoup plus considérable que dans la vallée. Or, comme les travaux de M. Danysz ont démontré que, outre leurs effets destructifs et inhibitoires, les rayons de Becquerel peuvent également produire une action excitante sur les tissus et sur les fonctions vitales, l'auteur serait porté à croire que l'influence favorable exercée sur l'organisme par le séjour dans les hautes altitudes est due à la richesse considérable de l'air en substances radio-actives.

D'autre part, il y a lieu de se demander si ces mêmes substances ne joueraient pas un certain rôle dans la pathogénie du mal de montagne. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janvier 1904.) — L. CH.

Contribution à l'étude des ruptures sous-cutanées des voies biliaires, d'origine traumatique, par M. Lewerenz.

On sait, depuis les travaux de Mayer, d'Edler, de Courvoisier, de Terrier et Auvray, que les ruptures isolées des voies biliaires sont, en réalité, moins rares qu'on ne l'avait cru, et qu'elles présentent assez couramment des symptômes et une évolution tout particuliers. De ces ruptures, M. Lewerenz, en complétant les statistiques antérieures, a réuni 60 cas, dont il transcrit l'observation résumée; parmi ces 60 cas, la rupture portait : 23 fois sur la vésicule biliaire, 8 fois sur les canaux intra-hépatiques, 9 fois sur le cholédoque, 6 fois sur le canal hépatique ou l'une de ses branches, 1 fois sur le canal cystique, 8 fois sur les canaux intra-hépatiques ou la vésicule, sans qu'il fût possible de préciser; 5 fois le siège de la lésion resta indéterminé. C'est que, même à l'examen direct, au cours de la laparotomie, voire à l'autopsie, la déchirure est souvent malaisée à reconnaître, au moins dans les conditions ordinaires où l'on est conduit à la rechercher, c'est-à-dire au bout de plusieurs semaines, dans un foyer plus ou moins enkysté, à poches multiples, enveloppé et cloisonné de fausses membranes.

L'auteur étudie de nouveau le type d'évolution, aujourd'hui bien connu, des ruptures des voies biliaires : si les canaux sont malades, si la bile est infectée, une péritonite généralisée peut être la conséquence rapide du traumatisme et la mort s'ensuivre à courte échéance; plus communément, la bile n'est pas septique (il vaudrait mieux dire qu'elle l'est peu, d'après les recherches récentes), elle ne provoque que des réactions atténuées, elle s'amasse dans la cavité péritonéale, et ce n'est qu'au bout d'un temps relativement assez long, que l'augmentation de volume du ventre, distendu par une collection liquide, la teinte subictérique de la peau, les urines bilieuses, les fèces souvent décolorées, figurent un ensemble de signes qui, rapprochés du traumatisme initial, doivent servir de base à un diagnostic exact. Les accidents sont lents et progressifs : peuvent-ils rétrocéder spontanément et la guérison survenir? Le fait est réalisable pour les ruptures des canaux intra-hépatiques, si la fissure parenchymateuse n'est pas trop large; il l'est encore pour la vésicule, dont les lésions sont moins irrémédiables, le cours de la bile ayant conservé sa voie normale, et même pour les gros canaux extra-hépatiques, mais de façon tout exceptionnelle, lors de déchirure incomplète et postérieure. En somme, il n'y faut pas compter : sur les 60 cas relevés par M. Lewerenz, il y a 30 morts; toutes les observations de rupture du canal hépatique ou de ses branches se sont terminées fatalement, et les ruptures du cholédoque témoignent aussi d'une gravité toute spéciale.

Il faut donc intervenir, et, sans nul doute, l'idéal serait d'intervenir le plus tôt possible, de trouver et de fermer la perforation. Les ponctions répétées ne sont qu'un pis aller; le drainage pur et simple n'empêche pas, dans un certain nombre de cas, la dénutrition progressive et finalement mortelle, due à la déperdition totale de la bile; pourtant l'une et l'autre pratique ont donné des guérisons (15 sur 22 cas traités par la ponction, 15 sur 23 traités par le drainage), grâce à ce processus de réparation spontanée dont nous parlions plus haut. Et cela est fort heureux, en somme, si l'on réfléchit que, dans les conditions où bien souvent l'on est amené à opérer, il est très difficile, en général, de reconnaître avec précision la rupture.

Ainsi en fut-il, d'ailleurs, dans l'observation personnelle de l'auteur, et le mode opératoire qu'il adopta, et qui fut suivi d'un plein succès, mérite d'être signalé et imité. Il s'agissait, là encore, d'une intervention tardive, dix semaines après l'accident; le blessé, un enfant de deux ans et demi, avait été renversé par une bicyclette : après quelques jours de réactions abdominales bruyantes, l'état général s'était amendé, mais le teint restait jaune, les urines bilieuses, les selles grises, le ventre très gros; quatre ponctions successives avaient donné chacune de 2 litres à 2 litres 1/2 de liquide mousseux, couleur bronze. On incisa sur le bord externe du droit, on tomba dans une série de poches, remplies de ce même liquide brunâtre, et au milieu desquelles il était fort malaisé de s'orienter. Toujours est-il qu'on put s'assurer que la vésicule et le cystique étaient intacts, que l'hépatique et le cholédoque l'étaient aussi, au moins dans la portion découverte de ce dernier, au-dessus du duodénum; la lésion siégeait plus bas, mais la recherche et les essais de réunion, à ce niveau, eussent entraîné trop d'incertitudes et de dangers. M. Lewerenz prit le parti de dériver la bile, par une cholécystentérostomie : il détacha le fond de la vésicule et l'aboucha dans le duodénum. Cinq jours après, les selles redevenaient colorées, et, bien que les suites opératoires eussent été troublées par des accidents pulmonaires graves, la guérison était complète en deux mois.

C'est là un procédé fort rationnel, indiqué par Courvoisier et Langenbuch, mais que l'auteur semble avoir été le premier à réaliser. Cette cholécystentérostomie d'urgence est, d'ailleurs, applicable aux ruptures ou plaies récentes du canal cholédoque, qui ne se prêtent pas à une réunion suffisante. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXI, 1.) — L.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Remarques sur la quantité de l'urine de jour et de l'urine de nuit, par M. Ch. W. Edmunds.

L'auteur s'est appliqué à déterminer comparativement la quantité d'urine émise pendant le jour et pendant la nuit, tant à l'état normal qu'au cours de diverses maladies.

Une première série de recherches a été instituée sur un jeune homme bien portant et en pleine activité, qui fut soumis à l'observation pendant un mois, sans que l'on fît, d'ailleurs, subir la moindre modification à son régime alimentaire. On se borna simplement à mesurer l'urine diurne (de sept heures du matin à sept heures du soir) et l'urine nocturne, en ayant soin de faire toujours vider la vessie à sept heures, matin et soir. M. Edmunds a pu de la sorte se rendre compte que la quantité de l'urine de jour est un peu plus du double de celle de l'urine de nuit : leur rapport est de 67 à 33.

D'autre part, l'auteur s'est livré à des recherches analogues sur 56 sujets atteints soit d'affections cardiaques ou rénales, soit de maladies infectieuses aiguës. Il a ainsi été à même de se convaincre qu'au cours des affections du cœur ou des reins, le rapport normal entre le taux de l'urine diurne et celui de l'urine nocturne est profondément modifié (polyurie nocturne). A cet égard, les constatations dont il s'agit ne font que confirmer les résultats obtenus par un certain nombre d'autres observateurs, notamment par MM. Quincke, Wilson, Iljisch, Laspeyres, Certovitch, etc. Mais, poussant ses recherches plus loin, M. Edmunds a remarqué que les oscillations subies par le rapport entre la quantité de l'urine de jour et celle de l'urine de nuit présentent, elles-mêmes, un intérêt pratique, car elles sont sous la dépendance directe de l'évolution du processus morbide : le rapport en question tend-il vers l'état normal, c'est que l'on se trouve en présence d'une amélioration; par contre, dans les cas où le rapport entre le taux des urines diurnes et celui des urines nocturnes s'éloigne de plus en plus de la normale, on peut en conclure que le mal suit une marche progressive.

D'après M. Laspeyres, l'emploi des diurétiques, comme la digitale, provoquerait d'abord une polyurie à prédominance nocturne; puis la quantité de l'urine de nuit diminuerait, l'équilibre étant rétabli dans la circulation. Or, les recherches de M. Edmunds sont loin de confirmer cette constatation. Sans doute, les diurétiques augmentent parfois le taux de l'urine nocturne, mais l'augmentation porterait beaucoup plus sur l'urine de jour, de sorte que la médication aurait pour résultat final de rapprocher de la normale le rapport entre les urines diurnes et nocturnes. Cette tendance serait surtout manifeste lorsqu'on a soin d'administrer les diurétiques pendant le jour. (*New York Med. Journ.*, 6 février 1904.) — L. CH.

Hémorrhagie mortelle due à une trépanation, par MM. J. Ransohoff et A. V. Phelps.

On considère généralement la trépanation comme une opération inoffensive par elle-même : l'observation relatée dans le présent travail prouve cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Une femme de trente ans était atteinte depuis deux ans de crises d'épilepsie jacksonienne que l'on rapporta à une tumeur cérébrale localisée au voisinage de la scissure de Rolando du côté gauche. Après avoir délimité sur le cuir chevelu un lambeau en fer à cheval — ce qui se fit sans hémorrhagie notable —, on commença donc à trépaner l'os avec un trépan électrique. Dès que les cellules diploïques eurent été ouvertes, apparut une hémorrhagie qui devint bientôt extrêmement abondante. On poursuivit cependant l'opération et, le premier trou de trépan achevé, l'os fut entamé avec une toute petite fraise, dans le but de tracer la brèche nécessaire à la constitution d'un lambeau ostéoplastique; mais l'incision osseuse mesurait à peine 2 centim. 1/2 de long qu'il fallut s'arrêter et songer à se rendre maître de l'hémorrhagie de plus en plus profuse. On tamponna, on introduisit de la cire dans la fente osseuse, on comprima les carotides, le tout sans succès. Pensant que le mieux était d'en finir le plus vite possible, on se hâta de faire une large ouverture à l'aide du trépan et de la pince coupante; la dure-mère fut ainsi mise à nu. Mais, à ce moment, le pouls ne se sentait plus, la malade était devenue absolument exsangue, et au bout de quelques instants elle succombait.

L'autopsie, qui ne put être que partielle, révéla l'existence d'un gliosarcome, du volume

d'une petite pêche, placé juste au-dessous de l'ouverture du trépan. La calotte crânienne fut enlevée et son examen direct, ainsi que la radiographie, montrèrent que les vaisseaux diploïques étaient trois ou quatre fois plus larges qu'à l'état normal; il en était de même de la gouttière où se loge le sinus longitudinal supérieur : un peu à gauche de la suture sagittale, juste au-dessus de l'ouverture du trépan, l'os était aminci au point d'être transparent. D'après ces constatations, on pouvait supposer que la tumeur avait comprimé le sinus longitudinal supérieur, amené la distension des veines dure-mériennes et finalement celle des veines diploïques, par suite des anastomoses qui unissent ces vaisseaux.

Dans un autre cas de trépanation, l'un des auteurs (Ransohoff) vit survenir une hémorrhagie diploïque dont il put se rendre maître en liant la carotide. Dans le fait que nous venons de résumer, il aurait fallu lier ce vaisseau des deux côtés, et le temps fit matériellement défaut pour cette double ligature. (*Ann. of Surgery*, octobre 1903.) — R. DE B.

Exanthème iodique varioliforme chez une femme syphilitique, par M. E. J. Hynes.

L'observation relatée par M. Hynes a trait à une femme de vingt-six ans, qui, au cours d'un séjour pour ulcérations syphilitiques dans un hôpital général, présenta une éruption rappelant de tout point l'exanthème variolique, de sorte que l'on jugea nécessaire de transférer la malade dans un service d'isolement. Les éléments éruptifs étaient constitués par des vésicules rondes et perlées, qui ressemblaient aux vésicules varioliques, telles qu'on les voit immédiatement avant la période de suppuration. De plus, la distribution des éléments éruptifs était la même que dans la variole : particulièrement abondantes à la face et au cuir chevelu, les vésicules étaient moins nombreuses aux extrémités et tout à fait rares à la poitrine et à la paroi abdominale.

Toutefois, comme la veille de l'apparition de l'exanthème la patiente avait absorbé trois doses de 0 gr. 60 centigr. d'iodure de potassium, le diagnostic restait en suspens entre une éruption iodique et la variole. L'évolution ultérieure des lésions cutanées démontra qu'il s'agissait bien d'un exanthème médicamenteux compliquant une syphilis tertiaire : l'éruption demeura purement vésiculeuse et le contenu des vésicules ne tarda pas à devenir sanguin, sans que l'on notât, chez la malade, les troubles généraux caractéristiques de la variole hémorrhagique. Une reprise de la médication iodurée, au bout de quelques jours, amena, d'ailleurs, une nouvelle éruption de vésicules, venant ainsi confirmer le diagnostic. La patiente succomba, deux semaines environ plus tard, à une hémorrhagie intestinale. (*Lancet*, 13 février 1904.) — L. CH.

Un cas de prolapsus spontané des deux glandes lacrymales, par M. D. Roy.

On connaît un certain nombre de cas de prolapsus traumatique de la glande lacrymale, mais le prolapsus spontané de cette glande est tout à fait exceptionnel. Aussi nous paraît-il intéressant de signaler ici l'observation publiée par M. Roy, et cela d'autant plus qu'en raison de la bilatéralité de la lésion elle semble unique en son genre.

Une jeune fille de vingt-sept ans se présenta à la clinique de l'auteur pour une tuméfaction des deux paupières supérieures, consécutive à une atteinte de bronchite datant de trois semaines. A l'inspection, les paupières paraissaient œdématiées; des deux côtés, la palpation dénotait, immédiatement au dessous et du côté externe du rebord sous-orbitaire, la présence d'un corps glandulaire parfaitement délimité. Particulièrement saillantes au moment où la patiente regardait en bas et portait la tête en avant, ces petites masses glandulaires étaient très mobiles sous les doigts et se laissaient refouler en haut, sous le rebord de l'orbite : on avait évidemment affaire à la glande lacrymale déplacée, sans qu'il fût possible de rattacher ce prolapsus à un traumatisme ou à un effort quelconque, les quintes de toux mises à part.

L'accident n'ayant entraîné ni troubles de la vue, ni douleurs, la malade refusa de se laisser opérer. Mais, en présence d'une complication éventuelle, la blépharoptose par exemple, il conviendrait naturellement d'essayer de fixer la glande prolabée et, le cas échéant, d'en faire l'ablation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janvier 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Quelques recherches sur la formation de l'acide urique dans le corps humain, par M. H. Trautner.

En étudiant les sujets atteints de manifestations arthritiques et goutteuses, M. Trautner a été frappé de la fréquence des affections digestives chez ces malades, à tel point que tous ou presque tous en sont atteints. Cette constatation l'a conduit à quelques vues nouvelles sur l'origine de la goutte et de l'acide urique.

Par l'examen clinique de ses patients, l'auteur a tout d'abord reconnu que leurs troubles digestifs ne semblent pas relever d'une altération de la digestion gastrique ou de l'absorption dans l'intestin grêle, mais plutôt de troubles de la résorption dans le gros intestin. Tout le long du côlon, et surtout dans la partie transversale de cet organe, on constate en effet, chez les goutteux, une sensibilité assez marquée. En outre, ces malades présentent de la constipation chronique, leurs matières sont sèches, dures, parfois accompagnées de mucosités ou même de sang, et l'émission en est douloureuse ou laisse une sensation pénible; la diarrhée s'observe plus rarement; ils se plaignent enfin de douleurs abdominales, plus ou moins diffuses, et d'anorexie. Il semble donc que chez eux le phénomène primitif soit une colite muqueuse; dès lors, il est assez naturel de supposer que le poison goutteux s'élabore dans le gros intestin, autrement dit qu'il est dû aux décompositions anormales qui se produisent sous l'influence de la constipation chronique.

Cette hypothèse trouve un certain appui dans les analyses entreprises par M. Trautner sur lui-même, car, au point de vue clinique, il rentre dans la catégorie des malades en question. Dans ces analyses il a vu que la constipation s'accompagne d'une élimination plus élevée d'acide urique, quel que soit le régime. Cependant, une alimentation riche en albuminoïdes augmente cette proportion d'acide urique. D'autre part, l'analyse des selles montre que, pendant les périodes de constipation, il se produit dans le gros intestin une quantité plus considérable de matières réductrices dues à une décomposition chimique dans laquelle les colibacilles prennent une part importante, car elle diminue par la stérilisation des matières. Ces substances réductrices peuvent très bien servir à la genèse de l'acide urique; toutefois, l'auteur n'a pas encore pu fournir la preuve chimique de cette transformation. L'origine intestinale et bactérienne de la goutte, admise par M. Trautner, ferait comprendre l'épidémicité, parfois constatée, de cette affection. (*Hospitalstidende*, 28 octobre 1903.) — R. DE B.

Recherches concernant le traitement de la maladie de Basedow par le lait de chèvres thyroïdectomisées, par M. V. Christensen.

L'auteur a employé dans 2 cas de goitre exophtalmique le mode de traitement préconisé, il y a quelques années, par M. O. Lanz (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 416).

Le premier fait concerne une femme de trente ans présentant un goitre, de l'exophtalmie, un peu de tremblement et une accélération notable du pouls (140 à 160 pulsations). Elle avait en outre des crises fréquentes d'angine de poitrine, bien qu'on ne pût découvrir chez elle aucune affection cardiaque. Les médications les plus variées étant demeurées sans résultat, M. Christensen la traita par le lait d'une chèvre thyroïdectomisée. Au bout de peu de temps, le pouls avait diminué de fréquence et actuellement — quatre mois après le début du traitement — il est tombé à 80 ou 90 pulsations par minute. Au début de la cure, la malade avait eu encore un accès d'angine de poitrine, mais depuis lors il ne s'en est plus reproduit. Le tremblement a disparu et le poids du corps est en voie d'augmentation. L'exophtalmie et le goitre n'ont au contraire pas été modifiés.

Le second cas a trait à une femme de quarante-cinq ans, souffrant depuis plusieurs années de tremblement et de palpitations. Son goitre n'avait été remarqué qu'il y a une dizaine de mois. En sept semaines et demie, sous l'influence du lait de chèvre thyroïdectomisée, le pouls, qui primitivement était à 140, est tombé à une moyenne de 100 à 110. Le tremblement a diminué; en temps ordinaire il est même presque imperceptible. Enfin, la patiente a engraissé, alors qu'elle avait beaucoup maigri, et, au point de vue de l'état général, elle se déclare « très bien ». (*Ugeskrift for Læger*, 27 novembre 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'atropine dans le traitement du mérycisme.

Partant de l'hypothèse que le mérycisme est causé par une perversion de la motricité gastrique associée à de l'hyperchlorhydrie, M. le docteur C. Bracci, assistant de M. le docteur A. Cavazzani, privatdocent de pathologie interne à la Faculté de médecine et médecin de l'hôpital de Sainte-Claire à Pise, a eu l'idée d'instituer dans un cas de mérycisme une cure par l'atropine, alcaloïde qui semble avoir, le plus souvent, de bons effets dans le traitement des troubles fonctionnels de l'estomac (Voir *Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. LXVI et 1896, Annexes, p. CXXXVIII).

Le malade dont il s'agit souffrait d'une gastrite déjà ancienne, à laquelle étaient venues s'ajouter depuis quelque temps des régurgitations après les repas. Ces phénomènes s'annonçaient habituellement par une sensation de pesanteur et de contraction au niveau de l'estomac. Cette sensation pouvait persister très pénible pendant plusieurs heures, mais elle était soulagée d'une façon immédiate dès que survenaient les régurgitations. Celles-ci se produisaient quelquefois peu de temps après le repas, et les matières régurgitées, ayant conservé le goût des aliments ingérés, étaient alors mâchées et dégluties à nouveau. Elles présentaient, au contraire, une saveur acide et même amère, lorsque les régurgitations étaient tardives; dans ce cas, les matières régurgitées étaient soit rejetées soit avalées définitivement, mais cette fois-ci sans mastication.

Les traitements habituels n'ayant donné aucun résultat, on administra de l'atropine d'abord par la bouche, puis en injections hypodermiques, en commençant par de petites doses qui furent progressivement portées jusqu'à 0 gr. 003 milligr. par jour; la quantité journalière de médicament était donnée ou injectée en deux fois au moment de chacun des principaux repas.

Aussitôt que ce traitement fut institué, les régurgitations devinrent moins fréquentes, et au bout d'un mois, la guérison était complète.

Traitement de l'insomnie d'origine cardiaque par l'association de la digitale à la morphine.

On sait qu'en dehors des cas où l'insomnie est d'origine cérébrale — comme chez les neurasthéniques — ou d'origine gastro-intestinale, il existe certains malades chez lesquels le sommeil, prompt à venir, est interrompu au bout d'une heure ou deux, le réveil étant accompagné de phénomènes angoreux plus ou moins accentués, d'un certain degré d'oppression et de palpitations cardiaques. Supposant que cette variété d'insomnie est due en grande partie à l'insuffisance du cœur qui se dilate passivement, M. le docteur Leopold Feilchenfeld (de Berlin) a eu l'idée de combattre l'insomnie, dans ces cas, par une médication tonique du cœur. Notre confrère a obtenu les meilleurs résultats en prescrivant un mélange de 0 gr. 015 milligr. de poudre de feuilles de digitale et de 0 gr. 0025 décimilligr. de chlorhydrate de morphine, à prendre le soir au moment du coucher.

M. Feilchenfeld insiste sur l'importance qu'il y a à n'ordonner que de faibles doses : celles-ci sont presque toujours suffisantes pour obtenir l'effet voulu; souvent même elles réussissent là où des doses plus élevées ont échoué, sans compter que ces dernières produisent généralement une action stupéfiante plus nuisible qu'utile.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Diagnostic et traitement des accidents dus aux adhérences et aux brides péritonéales.

Au sens général, la question est trop vaste, et je tiens à la restreindre et à la définir (1). Les adhérences ne sont-elles pas, dans le péritoine, un moyen de défense « universel » ? Lorsqu'elles se bornent à remplir cette fonction de barrage, d'enkystement, et qu'elles disparaissent, après l'avoir remplie, elles restent l'un des meilleurs agents de la thérapeutique naturelle; mais il est loin d'en être toujours ainsi. On sait quelle part doit leur être réservée dans la pathogénie de toutes les douleurs abdominales et d'une série d'accidents fonctionnels, immédiats ou lointains; on sait aussi quelles difficultés elles apportent souvent aux interventions opératoires, et toutes les variétés de tumeurs adhérentes vaudraient d'être citées ici.

Nous laisserons de côté cette première et vaste classe de faits, où les adhérences compliquent une affection — tumeur, ulcère, lésion inflammatoire — en pleine activité, reconnue, diagnostiquée, souvent visible et palpable; quelle que soit leur importance, elles passent alors, en réalité, au second plan. Je parle seulement du diagnostic; car, même dans les néoplasmes malins les plus étendus et les moins opérables, leur rôle, pour secondaire qu'il soit, n'est pas toujours négligeable, et certaines interventions, toutes palliatives, n'ayant pour fin que de les détruire, n'en sont pas moins indiquées et bienfaisantes. Faut-il rappeler les améliorations fonctionnelles, inattendues et même prolongées, qui suivent parfois une laparotomie exploratrice, une simple « revision » de la tumeur, dont on fait le tour, en la libérant, pour s'assurer qu'elle est inextirpable? Il y a plus, et le fait suivant servira d'exemple : un homme d'une soixantaine d'années est pris brusquement d'une crise d'iléus; les douleurs sont d'une acuité extrême, les vomissements, le ballonnement du ventre, la dépression rapide du pouls et de l'état général témoignent de la gravité des accidents; pourtant, au bout d'une dizaine d'heures, et à la suite d'une entéroclyse abondante, l'obstacle cède et la débâcle survient. On remarque alors que le malade a maigri depuis plusieurs mois, que l'appétit est moindre, que les selles sont irrégulières et difficiles, et, bien que le toucher rectal ne laisse rien « atteindre », on pense à un néoplasme. Deux mois plus tard, une crise identique d'obstruction se reproduit; la santé s'est altérée davantage, et l'intervention est décidée. Je trouve un cancer gros comme un poing d'enfant, fixé de tous les côtés, à la jonction de l'S iliaque et du rectum; et, *adhérente à la tumeur, une anse grêle coudée en canon de fusil*. Tel était, à n'en pas douter, le siège des accidents d'occlusion intermittente. Une large entéro-anastomose fut pratiquée entre les deux bouts de l'anse, et un anus artificiel sur l'S iliaque. Toute douleur a dès lors disparu, et la trêve, qui dure déjà depuis plusieurs mois, semble promettre d'être longue.

Les cas de ce genre ne sont point exceptionnels; après avoir signalé leur intérêt pratique, nous n'insisterons pas, et nous envisagerons, dans ce qui va suivre, une autre face du problème : les accidents dus exclusivement aux adhérences et aux brides, brides et adhérences qui existent seules, qui ont survécu à la lésion causale, et qui figurent dès lors toute la maladie. Certaines brides sont congénitales et relèvent d'un processus plus ou moins obscur, en tout cas depuis longtemps éteint; plus souvent les adhérences sont le reliquat d'un traumatisme ou d'un foyer inflammatoire, mais toutes les lésions initiales se sont évanouies, on ne voit plus rien, on ne sent plus rien, ou, du moins, ce qu'on voit et ce qu'on sent, et les accidents fonctionnels que l'on constate, dépendent uniquement des brides « restantes ».

Il résulte de là toute une série « d'états cliniques » fort complexes, fort malaisés à définir nettement, et, par suite, à traiter. Nous pouvons cependant esquisser un départ, et reconnaître, en pratique, dans ce groupe des *accidents par adhérences*, les quelques variétés suivantes : 1° accidents représentés surtout par des *douleurs* et des désordres fonctionnels *frustes*; 2° accidents d'*étranglement intestinal*, avec toutes ses formes; 3° accidents *typiques* reproduisant en entier la symptomatologie de telle ou telle affection, nettement caractérisée, de l'abdomen.

I

Un homme de trente-cinq ans, jusqu'alors de santé parfaite, tomba de 12 mètres de haut, en avril 1900; le choc porta en partie sur la région épigastrique : par une fortune inattendue, il n'y eut aucune lésion grave, pas de rupture viscérale, et, au bout de quelques semaines, toute trace des contusions avait disparu. Mais, à peu de temps de là, le blessé commence à souffrir de l'estomac : brûlures, sensation de plénitude, douleur maxima trois heures après les repas. En décembre 1900, il a une hématémèse assez abondante, suivie de melæna; elle ne s'est pas renouvelée depuis. Cependant, les douleurs épigastriques persistent et s'aggravent; elles reviennent journellement, après les repas, elles entravent tout travail. L'examen local ne révèle, d'ailleurs, rien de net; l'analyse du suc gastrique dénote une hyperchlorhydrie légère. Je pratique la laparotomie le 12 novembre 1903: le pylore est normal, l'estomac absolument sain, mais je trouve une série d'adhérences filamenteuses et de brides qui croisent la région pylorique et la première portion du duodénum; je me contente de les exciser. Le malade guérit, et tous les accidents disparaissent.

On ne saurait guère méconnaître, ici, une relation causale étroite entre le traumatisme et les accidents gastriques, ni dénier aux adhérences un rôle pathogénique, démontré par le résultat de l'opération simplement « libératrice ». Nous reviendrons plus loin sur ces adhérences périgastriques, péripyloriques, périduodénales, et sur les similitudes cliniques étranges qu'elles peuvent affecter. Entre le traumatisme ancien, d'une part, les adhérences, de l'autre, il y a, d'ailleurs, un terme qui nous manque, et nous aurons tout à l'heure à le rechercher et à le discuter. Mais, quel que soit le mécanisme pathogénique, la corrélation clinique et toutes ses conséquences n'en sont pas moins dûment établies, et l'histoire de ces adhérences et de ces brides, *d'origine traumatique*, est déjà étayée de faits assez nombreux.

Dès 1887, M. Credé (1), étudiant le traitement chirurgical des coliques intestinales graves, relatait une observation de ce genre : une femme de cinquante ans, après des traumatismes répétés de l'hypocondre et du flanc droits, souffrait, depuis un an et demi, de coliques très douloureuses, et de crises de constipation qui se prolongeaient jusqu'à dix jours; on sentait, à droite, près du sternum, à la hauteur du bord inférieur du foie, une zone d'induration. La laparotomie fut pratiquée, et l'on découvrit une masse fibreuse, intimement adhérente au foie, d'une part, au côlon transverse, de l'autre, qui enveloppait et coudait l'intestin; la libération pure et simple fut suivie d'une complète guérison.

M. Riedel (2), en 1894, M. Fürbringer (3), trois ans plus tard, apportaient à la question d'autres documents. En 1899, M. J. Noack (1), la reprenant dans son ensemble, insistait sur l'importance toute particulière qui s'attache, à l'heure actuelle, à ces suites lointaines, et si mal connues jusqu'alors, des traumatismes abdominaux; il publiait 4 nouveaux cas, émanant de la pratique de M. Credé. Nous citerons le suivant, très caractéristique : un homme de vingt-quatre ans avait reçu, pendant son service militaire, un violent coup de baïonnette (de la partie mousse de cette arme) dans le flanc droit, à la hauteur de l'ombilic : il avait dû garder le lit trois semaines, mais tout s'était passé sans accident sérieux. Deux ans après, il se plaignait de coliques très douloureuses, localisées surtout à la zone traumatisée, et que les efforts et les mouvements exagéraient jusqu'à les rendre intolérables, ainsi que d'une constipation tenace, de plus en plus accusée. Il était devenu tout à fait neurasthénique (*nervenschwach*). On fait la laparotomie sur le bord externe du droit, et l'on trouve de nombreuses adhérences reliant à la paroi abdominale antérieure l'épiploon, le gros intestin et quelques anses d'intestin grêle. On détruit et l'on sectionne ces adhérences, et l'on referme le ventre. La guérison a lieu simplement, tous les accidents disparaissent : dix ans plus tard, le résultat se maintenait.

Deux autres faits, plus récents, de M. A. Svoïékhotov (2) valent d'être rappelés à leur tour :

Un garçon de onze ans est renversé d'une voiture, et un lourd sac de farine tombe sur lui; il présente des symptômes de péritonite, qui tournent court. Il se rétablit, mais il continue à vomir très souvent, après les repas un peu abondants, ou à la suite des efforts du travail ou de la marche. On pratique la laparotomie au bout d'un an : on trouve l'estomac libre et sain, tandis que le côlon transverse est adhérent à la paroi abdominale antérieure. On le libère. Le malade guérit, et la guérison se prolonge deux ans, jusqu'à la mort accidentellement produite par une intoxication alimentaire.

Un homme de vingt-sept ans a reçu, il y a quinze ans, un coup de pied de cheval sur le bas ventre; depuis lors, il souffre de l'estomac, il a des vomissements fréquents, et qui, parfois, contiennent du sang. On pense à un ulcère gastrique compliqué d'adhérences. On intervient : on ne découvre pas trace d'ulcère, mais des adhérences reliant l'estomac, le foie, la vésicule biliaire, le côlon transverse et la paroi abdominale; on libère ces adhérences, et l'on obtient ainsi la guérison.

De par ces observations, il est donc avéré qu'un traumatisme abdominal, primitivement bénin, peut être suivi, à échéance plus ou moins longue, d'accidents gastro-intestinaux caractérisés surtout par des douleurs, des coliques tenaces, des vomissements, des crises de pseudo-occlusion, accidents qui relèvent de la striction ou des coudures de l'estomac ou de l'intestin par des brides et des adhérences, et qui cèdent le plus souvent à une simple intervention libératrice, à une gastrolyse, à une entérolyse. Il n'est pas douteux que ces adhérences ne figurent qu'un reliquat; qu'elles traduisent un processus local post-traumatique, de nature mal déterminée. Peut-on admettre, avec Graser (3), que, sans aucune réaction septique et inflammatoire, le simple contact de deux surfaces péritonéales, contuses et traumatisées, suffise à créer entre elles des adhérences? N'est-il pas tout aussi vraisemblable que le heurt trauma-

(1) Nous n'aurons nullement en vue, dans cette étude, les adhérences d'origine opératoire.

(1) CREDÉ. Ueber die chirurgische Behandlung schwerer Unterleibskoliken. (*Verhandlungen des 16. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 1887, et *Semaine Médicale*, 1887, p. 176.)

(2) RIEDEL. Ueber Adhäsiventzündungen in der Bauchhöhle. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, XLVII, 3-4, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 515.)

(3) FÜRBRINGER. Zur Frage der peritonealen Verwachsungen nach Unfällen. (*Aerztl. Sachverständ. Ztg.*, 1897, p. 129.)

(1) J. NOACK. Peritoneale Verwachsungen nach schweren Bauchquetschungen als Ursache andauernder, schwerer Koliken und hochgradiger Stuhlverstopfung. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1899, IV, 5, p. 641.)

(2) A. SVOÏÉKHOTOV. Des adhérences péritonéales (en russe). (*Méd. Obozr.*, déc. 1900.)

(3) GRASER. Die erste Verklebung der serösen Häute. (*Verhandlungen des 24. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 194.)

tique, même sans rupture ni lésions graves, provoque le plus souvent de petites fissurations, des écrasements partiels, des hématomes : autant de foyers de phlegmasie chronique secondaire ? Et la paroi intestinale, traumatisée et parésiée, ne peut-elle se prêter aux migrations microbiennes centrifuges, suivant un processus bien démontré dans les hernies et l'occlusion intestinale ? Ajoutons encore que l'ulcère traumatique n'est point invraisemblable dans quelques cas.

Toujours est-il — et c'est là une particularité clinique des plus importantes — que ces accidents « par adhérences » peuvent survenir, et surviennent le plus souvent, à une date lointaine, très lointaine, du traumatisme initial. Aussi a-t-on quelque peine à relier les anneaux de la chaîne; le diagnostic et, par suite, la thérapeutique s'égarent sur de tout autres voies, et lorsqu'enfin, après l'échec des régimes et des médications, l'on se décide à intervenir, on est tout surpris de ne trouver que des adhérences, là où l'on croyait découvrir un ulcère, une tumeur, etc., plus surpris encore que la simple rupture de ces adhérences suffise à assurer une guérison durable. Ces « surprises » ne doivent pas moins être notées avec soin, étudiées, interprétées; leur nombre est aujourd'hui assez notable, pour qu'elles puissent servir utilement aux diagnostics ultérieurs.

Lorsque manque le traumatisme, même très éloigné — et qui, en tout état de cause, sert toujours de repère —, le problème clinique n'en devient que plus ardu, en présence de coliques intestinales rebelles, compliquées de vomissements, de constipation et de débâcle, troubles qu'on attribue souvent, en désespoir de cause, à la viscéralgie, à je ne sais quelle névrose mystérieuse, et qui, en fait, procèdent de brides et d'adhérences péri-intestinales. M. Lauenstein (1), en 1893, relatait jusqu'à 9 observations de ce genre, toutes complétées par l'opération. J'en résumerai brièvement deux :

Une femme de trente ans souffre depuis quinze ans du ventre, à la suite de l'absorption d'un liquide brûlant; les douleurs s'aggravent de plus en plus, elles occupent surtout le côté gauche, entre l'épine iliaque et le rebord costal, elles s'accompagnent de nausées et de vomissements, et pendant longtemps on ne peut nourrir la malade que par le rectum; des crises de pseudo-occlusion se répètent à plusieurs reprises. Soumise à des traitements sans nombre, morphinomane avancée, cette femme est dans un état général des plus alarmants, quand on intervient. L'estomac est normal, petit seulement et de coloration un peu rouge; de la région prépylorique, une bride épiploïque se détache et va s'insérer, en passant par-dessus le côlon transverse, à la partie supérieure du jéjunum; une autre bride s'étend de la partie moyenne du côlon transverse au cæcum. Toutes deux sont sectionnées et excisées; et l'opération est suivie de la cessation des accidents.

La seconde malade, une femme de quarante ans, souffrait de l'estomac depuis treize ans : vomissements, douleurs exagérées par l'attitude droite du corps et siégeant surtout à gauche de l'ombilic. On fait la laparotomie : au milieu de la face antérieure de l'estomac, on constate une cicatrice radiée, large comme une pièce d'un mark; plus haut, l'estomac adhère à la face inférieure du lobe gauche du foie; plus bas, une grosse bride, longue comme le doigt, se détache de la zone cicatricielle et adhérente, croise l'estomac et vient se fixer à la paroi abdominale, au niveau de l'hypocondre gauche. On excise cette bride étranglante, et la malade guérit.

M. Lauenstein se demande quel est le mécanisme de formation de ces brides; s'agit-il de franges épiploïques, fixées par leur extrémité, étirées et tassées en cordelettes, ou bien d'adhérences interviscérales, qui s'allongent et s'isolent ultérieurement ? La réponse n'est point d'un grand intérêt pratique; ce qui est certain, c'est que les adhérences ou les brides en question sont, en général, les restes « permanents » d'un processus inflammatoire local, depuis longtemps éteint : ulcère gastrique, angiocholécystite calculeuse, appendicite, etc. Et les difficultés souvent presque insurmontables du diagnostic dérivent précisément de cette ancienneté de l'affection causale, oubliée ou méconnaissable dans les commémoratifs que l'on réussit à recueillir.

Il arrive encore que les brides soient congénitales, et l'observation suivante de M. Perman (1) est trop typique pour que nous ne la résumions pas :

Un jeune homme de vingt et un ans est sujet, depuis l'âge de huit ans, à des « coliques » fréquentes; à treize ans, il commence à souffrir de violentes douleurs dans la région ombilicale, douleurs qui reparaissent surtout après les repas et après les efforts. Peu à peu l'état s'aggrave; on incrimine une petite hernie ombilicale, que l'on opère; tant que le patient reste au lit, les souffrances ne se renouvellent pas; un mois et demi après, les crises renaissent, plus intenses et plus rapprochées; chacune d'elles dure de douze à quatorze heures et se termine brusquement par d'abondantes évacuations gazeuses. L'examen du ventre ne donne rien. On fait la laparotomie, et l'on trouve un cordon arrondi, gros comme un tuyau de plume, allant de l'ombilic, où il semble prolonger le *ligamentum teres*, à la partie inférieure de l'anse sigmoïde, où il se perd en éventail. Aucune autre bride, aucune trace d'un processus inflammatoire ancien. On excise le cordon ombilico-sigmoïdien; le malade guérit et reste guéri; un an plus tard, il a repris 8 kilos. Le cordon est constitué par du tissu fibreux et contient des vaisseaux à parois épaissies; il paraît être congénital.

Quelles que soient, d'ailleurs, la nature et l'origine des tractus fibreux, on voit que tous les faits se ressemblent et qu'ils ont, en clinique, de nombreux traits communs. On pourrait, d'ailleurs, suivant la prédominance des accidents, reconnaître une *forme gastrique* et une *forme intestinale*, et il conviendrait d'y ajouter, comme nous allons le voir dans un instant, une *forme pelvienne*. La « colique intestinale » grave, caractérisée par la brusquerie de son début, l'intensité extrême des douleurs, sa durée, et sa terminaison — également brusque — à la suite d'une évacuation gazeuse ou liquide, représente le type clinique le plus ordinaire; elle est à rapprocher des autres « coliques » abdominales, de la colique hépatique, néphrétique, etc. : elle traduit, comme elles, la présence d'un obstacle, et d'une distension douloureuse au-dessus de cet obstacle. C'est là un premier élément de diagnostic qui vaut d'être retenu. Joignons-y la ténacité toute spéciale de ces crises douloureuses, qui se répètent avec une fréquence variable, mais avec des caractères toujours semblables, et qui ne s'atténuent par aucune espèce de médication. Leur origine « mécanique » se trouve, par cela même, et à la longue, dénoncée; et parfois elle se révèle mieux encore par le fait de l'accroissement de la douleur, et de la douleur en un point fixe, dans quelques attitudes, quand le malade se redresse, ou qu'il s'incline de tel ou tel côté. Une étude minutieuse et prolongée finit par dégager un certain nombre d'indices, qui, tout au moins, suffisent à faire entrevoir la cause réelle des accidents, trop souvent attribués aux névralgies, à la neurasthénie. De fait, les malades de ce genre deviennent très souvent neurasthéniques, mais c'est là, si je puis dire, une neurasthénie secondaire, entretenue par les douleurs et les accidents fonctionnels locaux. Une douleur fixe, et qui se répète, toujours dans la même zone, fût-ce même à intervalles éloignés, n'est jamais, dans le ventre, d'une signification banale, et l'on abuse trop peut-être de ce terme vague de névralgie, qui masque très souvent des lésions bien réelles, mécaniques et curables.

Ce que je viens de dire s'applique, de tout point, à la *forme pelvienne* des accidents, à ces douleurs du bassin, des fosses iliaques ou de la région sacrée, qui reviennent aussi par crises, surtout au moment des règles, et que l'examen local n'explique pas. C'est aux reliquats d'une pelvi-péritonite ancienne, légère parfois, méconnue, oubliée, à quelques adhérences péri-annexielles et péri-utérines, qu'il faut rapporter, dans un bon nombre de cas, ces douleurs persistantes, ces pseudo-névralgies pelviennes; annexes et utérus sont, d'ailleurs, sains, et l'infection initiale a passé sans laisser de traces durables autres que les adhérences, et c'est aux adhérences seules que l'intervention pourra et devra s'adresser. Les exemples ne sont pas rares : une jeune fille de dix-neuf ans souffre du ventre depuis trois ans et demi; les douleurs occupent surtout la fosse iliaque gauche, elles augmentent pendant les règles et par la marche; le toucher vaginal les réveille aussi. L'utérus est normal; à gauche et très haut, on sent une sorte de masse diffuse et douloureuse, qui paraît correspondre aux annexes. On opère : des deux côtés, les annexes sont encapuchonnées d'adhérences en nappe, qu'on détruit; elles apparaissent alors d'aspect absolument normal; quelques brides filamenteuses recroquevillent les franges du pavillon tubaire droit, qu'on libère et qu'on étale de nouveau. Tout se borne là : les douleurs disparaissent.

Je ne saurais entrer plus avant dans ce vaste chapitre, ni montrer comment, dans la plupart des affections utéro-annexielles, la douleur est fonction d'adhérences. Ici, d'ailleurs, la question se complique d'un facteur important, l'appendice, et une discussion toute récente à la Société de chirurgie de Paris a montré quelle large part devait être réservée à l'appendicite chronique, latente. Mais la fréquence des lésions méconnues de l'appendice ne saurait faire oublier cet autre élément pathogénique de la douleur, les adhérences. La situation peut, du reste, être complexe, et les foyers multiples.

M. Gersuny (1) décrivait, en 1899, des faits très curieux, qui rentrent dans ce cadre : il s'agit de femmes qui souffrent des deux côtés du ventre, et dont les douleurs s'accroissent par les mouvements étendus, lors de la menstruation, à l'occasion du coït ou du toucher; on retrouve, chez elles, le point douloureux de McBurney, mais on décèle une pareille douleur, en un point symétrique, à gauche; ces malades sont constipées, d'ordinaire, et la constipation exaspère aussi les douleurs, qui deviennent des coliques extrêmement pénibles. L'examen local n'explique pas ou explique mal tous ces phénomènes, et l'on pense, d'ordinaire, à l'entéroptose, à la constipation chronique, aux névralgies pelviennes. Or, on trouve, chez ces femmes, des adhérences autour de l'appendice, autour des annexes, au niveau de l'S iliaque, à l'origine de l'anse sigmoïde, où elles revêtent, en général, la forme d'une bride, d'une sorte de pli péritonéal; et encore des adhérences épiploïques, plus ou moins étendues. L'intervention ne saurait donc être complète si l'on ne vérifie pas tous ces foyers d'adhérences et si l'on ne pratique une libération multiple et intégrale.

(1) Lauenstein. Verwachsungen und Netzstränge im Leibe als Ursache andauernder, schwerer Koliken. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, XLV, 1, p. 121.)

(1) E. S. Perman. Fall af periodiskt aaterkommande kolikplaagor, beroende paa en — sannolikt medfödd — strängformig adherens i buken, jemte nagra ord om adherensbildningar i buken. (*Hygiea*, LX, 44, 1.)

(1) R. Gersuny. Ueber eine typische, peritoneale Adhäsion. (*Verhandlungen des 28. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 133.) — Peritoneale Adhäsionen und ihre Beziehungen zum weiblichen Genitale. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin 1899, p. 601.)

C'est à ce type d'opération qu'il faut en venir, finalement, dans toutes les formes que nous venons de passer en revue; les hésitations, souvent inévitables, du diagnostic, doivent être inscrites aux indications de la laparotomie exploratrice, puis *libératrice*, et, maintes fois, comme nous venons de le voir, définitivement curative.

II

Je serai très bref sur la seconde catégorie d'accidents par adhérences. Ils sont de notion courante, et l'on sait que 30 % des occlusions intestinales sont, en réalité, des occlusions par brides. N'est-ce pas une raison de plus pour agir de bonne heure en présence de ces coliques tenaces, de ces accidents de pseudo-occlusion, d'arrêt temporaire, dont nous avons parlé, et n'est-ce point faire, comme le disait M. Credé, la prophylaxie de l'iléus?

On ne saurait oublier, d'ailleurs, que ce terme d'occlusion par brides s'applique, en somme, à des mécanismes très divers, et s'entend de formes cliniques assez dissemblables. A côté de l'iléus aigu, de l'étranglement proprement dit, qui relève, ajoutons-le, beaucoup moins souvent de la striction que de la coudure brusque et totale, il convient de réserver une grande place aux occlusions, tout aussi graves, plus graves peut-être, dans la pratique, comme nous allons le voir, mais d'allures moins nettes, d'évolution moins rapide, et qui reconnaissent pour agents des adhérences multiples, étendues parfois à un long segment ou à plusieurs anses d'intestin, et créant des plicatures et des coudures multiples. M. Hallé (1), en 1887, étudiait ces occlusions par coudure, et une observation qu'il relatait est fort caractéristique : en présence du peu de ballonnement et du peu de tension du ventre, le diagnostic avait été d'abord fort hésitant; Bouilly fit la laparotomie, et, malgré des recherches prolongées, ne put trouver d'obstacle; la malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on découvrit « à 1 mètre environ de la valvule iléo-cæcale, une anse d'intestin grêle qui adhère au détroit supérieur du bassin du côté gauche; or, cette adhérence, assez intime et solide, est produite par un tissu celluleux retenant l'anse intestinale appliquée à la paroi sur une étendue de 2 centimètres environ. Au niveau de l'adhérence, il n'existe aucune striction mécanique de l'intestin; mais il se coude brusquement à angle aigu ». Encore s'agissait-il, ici, d'une adhérence peu étendue; les signes cliniques sont plus trompeurs — et aussi l'acte opératoire est autrement complexe — lorsqu'on a affaire à des brides multiples, à des adhérences disséminées. J'ai vu mourir ainsi un jeune homme, dont l'S iliaque et un gros paquet d'intestin grêle étaient adhérents — et coudés en maints endroits — à la face profonde d'une vaste cicatrice de la paroi abdominale; on avait cru à de la constipation pure et simple : il n'y avait pas de vomissements, très peu de tension, quelques gaz passaient encore dans les premiers jours; l'attente se prolongea une semaine; le malade arriva mourant à l'hôpital, et survécut à peine à la besogne complexe de libération qu'il fallut faire en toute hâte. N'est-ce point là, d'ailleurs, l'histoire, trop fréquemment répétée, des grosses omphalocèles?

Je tiens à signaler encore une autre particularité de ces occlusions, ou pseudo-occlusions, par adhérences multiples, et le plus souvent au contact d'anciens foyers inflammatoires : la date parfois très tardive de ces accidents et le fait étrange d'un long segment d'intestin, bridé, immobilisé, et qui n'en fonctionne pas moins, sans à-coup, pendant des années, pour se couder brusquement, sous des influences souvent obscures, à une date extrêmement lointaine, parfois, des accidents initiaux. J'ai observé un cas de ce genre, en 1902, chez un homme de soixante-six ans, gros, gras, diabétique invétéré; il ne souffrait pas du ventre, il n'avait jamais eu antérieurement de crises larvées d'iléus; on retrouvait seulement, dans ses souvenirs, à vingt ans en arrière, l'histoire assez confuse d'une affection douloureuse de la région épigastrique, avec vomissements, qui s'était prolongée plusieurs semaines. Les accidents actuels avaient débuté de façon très soudaine; les évacuations rectales n'étaient pas suspendues, il n'y avait pas de vomissements; on trouvait seulement de la douleur dans l'hypocondre et le flanc gauches, et une distension sonore, considérable, de la région sus-ombilicale. Aussi plusieurs journées furent-elles employées à l'essai de médications diverses. Cependant, la constipation devenait plus complète, le météorisme augmentait encore, et le pouls commençait à s'altérer; j'ajoute que le diabète grave dont le malade était atteint ne laissait pas que d'assombrir singulièrement le pronostic d'une intervention. Finalement la laparotomie sus-ombilicale fut pratiquée : je tombai sur un paquet adhérent et compact, formé par le côlon transverse et l'intestin grêle; les anses étaient coudées, sinueuses, collées entre elles par des adhérences, les unes anciennes et fibreuses, les autres glutineuses, récentes. Je les décollai et les libérai le plus possible, puis j'établis, par précaution, une fistule intestinale sur le côlon transverse. Il s'échappa une avalanche de matières liquides; dès le lendemain, le malade allait à la selle; le pouls était bon, l'état général très satisfaisant. Malheureusement, les craintes que nous avait fait concevoir le diabète se réalisèrent : l'anurie absolue se montra dès la fin du second jour, et la mort survint dans le coma.

III

Sans insister sur ces divers types d'occlusion par brides et adhérences, j'arrive tout de suite à une troisième série clinique d'accidents, très *typiques*, eux aussi, puisqu'ils empruntent la forme et l'allure d'un certain nombre d'affections abdominales, des mieux « différentiées ». Je veux parler de ces adhérences périgastriques qui simulent à s'y méprendre l'ulcère ou le cancer de l'estomac; de ces adhérences et de ces masses inflammatoires chroniques de la zone sous-hépatique, qui déterminent l'occlusion vraie du canal cholédoque et toutes ses conséquences; de ces autres foyers phlegmasiques anciens, qui revêtent toutes les apparences de tumeurs malignes; de ces reliquats de pelvi-péritonite, qui, dans le petit bassin, donnent l'illusion de grosses annexites suppurées.

A la région *épigastrique*, les faits de ce genre sont connus depuis longtemps. Dès 1894, M. Terrier (1) publiait une curieuse observation, qui peut servir d'exemple : il s'agissait d'une femme de soixante-deux ans, très amaigrie; on sentait, au-dessous du rebord costal gauche, une tumeur dure, arrondie, étalée, du volume d'un gros œuf et qui semblait légèrement mobile. On pensait à un cancer de l'estomac. La laparotomie est faite; l'estomac adhère à la paroi abdominale antérieure; on le décolle, et l'on constate que la petite courbure, non loin du cardia, adhère au lobe gauche du foie, et qu'elle est infiltrée d'un tissu grisâtre, dur, non vasculaire, qui paraît bien néoplasique; on se contente de le sectionner au bistouri, et d'en exciser un fragment. Or, l'examen histologique montre qu'il s'agit exclusivement de tissu fibreux, et, de fait, treize mois plus tard, la malade était en très bonne santé, et l'on ne retrouvait plus trace de la tumeur.

Tout récemment, M. E. P. Paton (1) insistait sur ces *pseudo-tumeurs épigastriques*, qui, en réalité, sont dues à des adhérences, et qui, combinées aux accidents gastriques, à l'amaigrissement, à l'altération de l'état général, donnent si bien le change pour des cancers. Or, il convient de distinguer les cas où il existe réellement une masse compacte et dure, une tumeur, au sens propre du mot (et les gros ulcères calleux de la région pylorique peuvent être pris pour exemples), et ceux où la pseudo-tumeur n'est, en réalité, constituée que par l'épiploon, la paroi antérieure de l'estomac, le côlon transverse, le bord du foie, la vésicule même, reliés entre eux par des adhérences et formant bloc, pour ainsi dire. Ce sont ces derniers faits qui rentrent surtout dans le cadre que nous avons tracé : il s'agit d'accidents tardifs, par « reliquats », après guérison de l'ulcère initial. Ailleurs, ces accidents sont, à proprement parler, des accidents de sténose pylorique, et, du reste, les sténoses d'origine biliaire, aujourd'hui bien connues, appartiennent à cette catégorie.

Il arrive encore que cette même pathogénie, que la constriction due à des adhérences anciennes, puisse provoquer, en s'exerçant sur tel ou tel segment de l'appareil biliaire, des phénomènes cliniques *tout semblables à ceux de la cholélithiase*. Une femme de cinquante et un an, observée par M. E. P. Paton, souffre depuis quelques années de crises douloureuses épigastriques, accompagnées de vomissements; depuis un an, elle jaunit. L'ictère est devenu très prononcé, les matières fécales sont décolorées : à l'examen du ventre, on trouve seulement une tension de l'épigastre, au-dessous du rebord costal droit, et, à ce niveau, une douleur qui se propage vers l'ombilic. On pense aux calculs biliaires; on opère, et l'on ne trouve qu'un paquet d'adhérences, reliant la vésicule, l'estomac, le pylore et le duodénum; la libération est laborieusement pratiquée, et l'on constate que les gros conduits biliaires, devenus explorables, ne contiennent aucune concrétion; la vésicule biliaire n'est pas distendue. On se contente, dès lors, de cette rupture des adhérences, et l'on referme le ventre. La malade guérit, l'ictère disparaît, ainsi que tous les autres accidents.

Un homme de quarante-quatre ans, que j'ai opéré en octobre 1902, avait commencé à souffrir, cinq ans auparavant, d'accidents lithiasiques; la situation s'était aggravée depuis six mois; les douleurs étaient devenues à peu près continues; l'ictère s'était généralisé, les selles étaient décolorées, l'amaigrissement faisait de rapides progrès. Le bord du foie débordait les fausses côtes d'un travers de doigt environ, il semblait régulier; on ne sentait pas la vésicule, et la palpation profonde ne décelait aucune masse dure, aucune tumeur dans la région. Occlusion du cholédoque par calcul biliaire, tel était donc le diagnostic qui paraissait s'imposer. Je fis la laparotomie latérale, et je tombai d'abord sur une très grosse masse d'épiploon adhérent, qui fut décollée et rabattue; la vésicule apparut alors, très petite et ratatinée, ne contenant qu'un peu de bouillie calculeuse et trois petites concrétions. Au-dessous, toute la zone sous-hépatique était occupée par un magma fibreux et des adhérences épaisses, solides, feutrées, au milieu desquelles il fallut libérer, et, en quelque sorte, « sculpter » le canal cholédoque : celui-ci ne présentait aucune induration, aucune bosselure pouvant faire croire à un calcul. Pourtant, dans l'impossibilité d'explorer suffisamment le segment inférieur, je fis la duodénotomie, je découvris l'ampoule de Vater, qui ne renfermait aucun calcul, et, par l'ampoule, je pus cathétériser, de bas en haut, le cholédoque, avec une bougie n° 5; en la retirant, je vis sourdre de la bile derrière elle.

---

(1) N. Hallé. De l'occlusion par adhérence et coudure de l'intestin. (*Rev. de chir.*, janv. 1887, p. 13.)

(1) Terrier. De l'intervention chirurgicale dans certains cas de lésions bénignes de l'estomac simulant le cancer. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 16 mai 1894, p. 424, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 238.)

(1) E. P. Paton. The surgical treatment of perigastric adhesions. (*Lancet*, 6 fév. 1904, p. 357.)

Le duodénum fut alors réuni, et la plaie suturée, avec un drain.

Les résultats de cette intervention démontrèrent que les adhérences étaient bien seules en cause, et que seules elles déterminaient l'occlusion du cholédoque. Au troisième jour, une première selle était déjà colorée; les urines perdirent leur teinte foncée, l'ictère pâlit et s'effaça peu à peu. La guérison fut complète et s'est maintenue depuis lors.

Les faits de ce genre — *occlusions vraies du cholédoque par adhérences* — ne sont pas, d'ailleurs, inconnus : M. Sudeck (1), sur une série d'occlusions du cholédoque opérées à l'hôpital de Hambourg-Eppendorf, signalait 12 occlusions par calcul, 2 par tumeur pancréatique, 4 par adhérences. M. Kehr, qui a relaté, de son côté, plusieurs observations analogues, suppose encore qu'il s'est trouvé en présence d'un cas de même signification, chez la malade de cinquante-quatre ans, à laquelle il a récemment pratiqué l'hépato-cholangio-entérostomie (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 71-72); ici, la gangue épaisse, qui remplissait complètement la région sous-hépatique, rendait impraticable toute tentative de libération et toute intervention sur le cholédoque : en désespoir de cause, on anastomosa le duodénum avec un segment avivé du bord antérieur du foie, sur lequel de gros conduits intraparenchymateux laissaient sourdre de la bile. L'anastomose fonctionna, puisque l'ictère et toutes ses conséquences disparurent : l'amélioration rapide et inattendue de l'état général rend plausible l'hypothèse, émise par M. Kehr, d'un ancien ulcère duodénal et d'une masse inflammatoire chronique, développée autour de lui.

Ces pseudo-tumeurs, ces *pseudo-cancers*, qui ne sont, en réalité, qu'un paquet d'intestin adhérent et « ficelé » par des tractus fibreux, s'observent dans toutes les régions de l'abdomen, et suscitent, au diagnostic, les plus difficiles problèmes, d'autant plus que les douleurs et les accidents fonctionnels gastro-intestinaux ont souvent créé un état de dénutrition et d'amaigrissement, qui simule absolument la néoplasie maligne. Un exemple : une jeune fille de dix-sept ans nous est envoyée avec une grosse tumeur de la fosse iliaque droite, très dure, bosselée, tout à fait immobile et, semble-t-il, adhérente et fixée dans la profondeur; cette tumeur s'est développée peu à peu, depuis quelques mois, en provoquant, de temps en temps, des crises douloureuses passagères, sans réaction abdominale, sans vomissements; l'état général s'est altéré en même temps, la pâleur, l'amaigrissement sont devenus très frappants. Naturellement on a pensé à l'appendicite, mais on ne retrouve, dans le passé, rien qui ressemble, avec quelque netteté, aux accidents appendiculaires. On a songé aussi à la tuberculose du cæcum; toutefois, la masse paraît si dure, si compacte, que cette hypothèse a cédé le pas à celle de néoplasme, et le diagnostic de tumeur maligne a été porté; un chirurgien, et non des moindres, a même conclu à un sarcome du bassin, inopérable. Nous intervenons, et nous pénétrons dans une gangue fibreuse, extrêmement dure, lardacée, qui double et infiltre la paroi abdominale, enveloppe le cæcum et les dernières anses de l'iléon, et se prolonge jusqu'au détroit supérieur, dans l'épaisseur de l'aponévrose iliaque; nous décollons doucement, au bistouri, l'intestin, nous pénétrons jusqu'au centre de la pseudo-tumeur, nous en excisons, par lamelles, la plus grande partie, sans trouver cependant l'appendice; un drain est laissé au milieu du foyer. Tout se résorba rapidement, la guérison fut parfaite et définitive, et la jeune fille, opérée depuis cinq ans, conserve une santé florissante.

(1) P. Sudeck. Die chirurgischen Erkrankungen der Leber und der Gallenwege. (*Mitteilungen aus den hamburgischen Staatskrankenanstalten*, 1901, III, p. 321.)

Il faut savoir, d'ailleurs, que la dureté apparente, ligneuse, compacte de ces sortes de tumeurs ne signifie pas toujours qu'elles sont entièrement constituées par du tissu fibreux, par une gangue en masse; à les explorer, on croirait souvent qu'on va pouvoir les circonscrire, les disséquer et les enlever, d'un bloc, comme un néoplasme. Ce serait là une illusion; les anses intestinales, coudées, enserrées, ligaturées par les brides fibreuses, se segmentent en une série de bosselures tendues, qui donnent précisément, par leur ensemble cohérent, cette sensation de masse compacte. Et ce fait vaut la peine qu'on y insiste. Dans le bassin, ne trouve-t-on pas parfois le cul-de-sac de Douglas rempli par une masse arrondie, dure, tendue, immobile, qu'on prend aisément pour un fibrome adhérent, pour une tumeur solide de l'ovaire, et qui n'est constituée, en réalité, que par un bloc de pelvi-péritonite ancienne, englobant les annexes, l'épiploon et l'intestin ? Les exemples ne manqueraient pas, s'il fallait en citer.

Pourtant ces *tumeurs par adhérences* n'ont pas toujours une dureté pareille, et, de plus, elles présentent souvent, à un examen répété, un caractère intéressant et qui peut mettre sur la voie de l'interprétation exacte; elles changent de volume et de consistance, et cela, assez vite, parfois d'un jour à l'autre, sous l'influence des alternatives de distension ou de décharge de l'intestin. Enfin, à y regarder de près, il y a toujours, dans les accidents locaux ou généraux, quelque chose d'anormal, qui cadre mal avec l'hypothèse de néoplasme malin : c'est à ce signe d'interprétation douteuse qu'il convient de s'attacher, en se souvenant des formes multiples, et parfois si étranges, que peuvent revêtir ces « maladies par reliquats inflammatoires ».

Comme nous le disions plus haut, le doute doit être inscrit, ici encore, aux indications de l'opération. Il faut « aller voir », et nous avons dit les heureux résultats — parfois inespérés — que donnent très souvent ces interventions purement libératrices. On aurait tort, d'ailleurs, de croire qu'elles soient toujours simples et faciles, et de les ramener toutes à ce schéma de la bride étranglante, unique, qu'il suffit de sectionner ou d'exciser. La besogne est, d'ordinaire, beaucoup plus malaisée. C'est toute une dissection lente, progressive, minutieuse, qui s'impose, dans ces foyers d'adhérences confluentes ou de brides multiples; d'autre part, il ne suffit pas de couper ou de rompre, il faut réséquer, extirper aussi complètement que possible toute la gangue fibreuse, toutes les traînées « cicatricielles ». C'est à cette condition seulement qu'on évitera la récidive, et la coalescence nouvelle de ces organes fraîchement cruentés, tout prêts à s'accoler de nouveau. MM. Westphalen et Fick (1), à propos de deux cas de périgastrite adhésive pylorique, insistaient, en 1899, sur cette insuffisance, souvent à craindre, de la « gastrolyse » pure et simple; de son côté, M. E. P. Paton, après avoir rappelé les divers artifices, tous d'efficacité douteuse, destinés à prévenir cette reproduction des adhérences, montrait que des interventions plus complexes, telles que la pyloroplastie, la gastro-entérostomie, s'imposent souvent. La conclusion à tirer est celle-ci : lorsque les adhérences sont trop étendues et trop diffuses pour qu'on puisse réaliser une libération intégrale, et, suivant toute apparence, durable, l'intervention sera terminée par l'établissement d'une voie de décharge, d'une anastomose, gastro-entérostomie, cholécystentérostomie, entéro-anastomose; et cela vaudra encore mieux que les exérèses de la paroi gastrique ou de l'intestin, inévitables dans quelques cas.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) H. Westphalen et W. Fick. Ueber zwei Fälle von Perigastritis adhesiva (pylorica). (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 déc. 1899, p. 858.)

MÉDECINE PRATIQUE

La microgastrie primitive.

On sait que, en dehors même de tout état pathologique, la capacité de l'estomac varie dans de très grandes proportions; d'après M. Ewald, ces variations seraient comprises entre 250 et 1,680 c.c. La plupart des cliniciens sont portés à admettre que, dans les cas où la capacité gastrique dépasse 1,700 c.c., on a affaire à un estomac dilaté; il importe, toutefois, de se rappeler que l'estomac peut être très volumineux, sans qu'il y ait dilatation gastrique à proprement parler : ce sont les faits que M. Ewald désigne sous le nom de *mégastrie*. Mais, à côté de ces estomacs *trop grands*, n'existe-t-il point des estomacs *trop petits ?* Les chiffres susmentionnés semblent autoriser à répondre par l'affirmative, et pourtant on chercherait vainement, tant dans les traités d'anatomie que dans les ouvrages consacrés aux maladies de l'estomac, une indication quelque peu détaillée sur cette anomalie de volume du viscère en question : c'est à peine si certains classiques mentionnent qu'en cas d'inanition, de rétrécissement de l'œsophage, etc., la capacité de l'estomac diminue d'une manière plus ou moins sensible, l'organe devenant comme contracté et ratatiné. Or, d'après l'expérience d'un médecin russe, M. le docteur I. A. Bendersky (de Kiev), il existerait une autre catégorie de faits, dans lesquels la petitesse de l'estomac se présenterait non pas en tant que phénomène secondaire, mais comme anomalie primitive, comme une sorte d'arrêt partiel de développement, analogue à ce que l'on observe, par exemple, pour l'utérus (*utérus infantile*).

Loin de constituer une simple curiosité anatomique, cette anomalie — que notre confrère croit pouvoir désigner sous le nom de *microgastrie primitive* — donnerait lieu à toute une série de troubles morbides et mériterait, par conséquent, d'attirer l'attention des cliniciens.

M. Bendersky a maintes fois été à même de se convaincre que, chez certains sujets, la limite inférieure de l'estomac est située très haut, la distance qui sépare la grande courbure d'avec l'ombilic étant de 6, 8 ou 10 centimètres, voire même davantage. Or, ce fait ne saurait tenir qu'à la petitesse de l'estomac, car en admettant même que l'élévation de la limite inférieure de cet organe puisse s'expliquer en partie par un déplacement momentané dû au météorisme du coussinet intestinal, il importe de tenir compte qu'*en haut* la mobilité de l'estomac est à peu près nulle, en raison de l'obstacle qu'apportent, aux déplacements dans cette direction, les rapports de l'organe avec l'œsophage et l'épiploon gastro-hépatique. Sans doute, à l'état de vacuité, l'estomac se contracte quelque peu, de sorte que ses parois subissent parfois un épaississement assez notable pouvant faire placer la limite inférieure de l'organe plus haut qu'elle n'est en réalité, mais c'est là un phénomène passager, qui disparaît dès que l'estomac est distendu. D'autre part, s'il est vrai que, dans certains cas, une anse intestinale peut simuler la limite de la cavité stomacale, il s'agit là encore d'une manifestation transitoire et, partant, la confusion est facile à éviter. Ces quelques causes d'erreur mises à part, il n'en reste pas moins que la constatation répétée de la situation élevée de la limite inférieure de l'estomac permet, d'après M. Bendersky, d'affirmer l'existence d'une microgastrie. Ce signe, à l'encontre de l'abaissement de cette même limite inférieure — qui est loin d'indiquer, d'une manière certaine, l'existence d'une gastrectasie —, aurait, par conséquent, une valeur en quelque sorte pathognomonique.

La microgastrie primitive s'observerait le plus souvent, pour ne pas dire d'une façon exclusive, chez la femme. Presque toujours, elle

serait facile à reconnaître à la simple inspection de l'abdomen, grâce à la présence d'un signe décrit par notre confrère, il y a déjà quelques années, et qui consiste dans l'apparition d'un sillon horizontal produit par les cordons des vêtements de dessous et correspondant à la limite inférieure de l'estomac (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 357).

Il va de soi que les sujets dont la capacité stomacale est très limitée ne sauraient absorber impunément une quantité d'aliments qui n'aurait rien d'excessif pour un individu normal. Aussi le moindre écart de régime produit-il, dans les cas de microgastrie, des phénomènes plus ou moins pénibles, tels que sensation de compression et de pesanteur au niveau du creux de l'estomac, éructations, etc., etc. Mais le symptôme le plus caractéristique de l'anomalie en question consisterait en des vomissements très fréquents, qui se reproduiraient plusieurs dizaines de fois par jour et ne s'accompagneraient ni de nausées, ni de prostration générale, rappelant plutôt ce que l'on est convenu d'appeler les « vomissements nerveux ». Enfin, la microgastrie primitive donnerait également lieu à un hoquet qui, le plus souvent, se montrerait fort rebelle.

En ce qui concerne le traitement, il est évident que la première indication consiste à régler l'alimentation, de manière à éviter toute distension excessive de l'estomac : on recommandera aux malades de faire de petits repas, fréquemment répétés. En outre, on s'appliquera à atténuer cette sorte d'hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique qui paraît propre à la microgastrie, et à cet égard M. Bendersky conseille de recourir, d'une façon systématique, aux douches stomacales, lesquelles lui ont donné, en pareille occurrence, d'excellents résultats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1904.

A propos du diagnostic clinique de l'actinomycose humaine.

M. A. Poncet (de Lyon) fait, en son nom et au nom de M. L. Bérard — et à l'occasion des observations récemment présentées par M. Le Dentu sur la confusion possible entre un néoplasme infecté et l'actinomycose (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 44) — une communication dans laquelle il s'efforce de démontrer que l'on doit porter le diagnostic d'actinomycose, au lit du malade, comme on porte celui de syphilis ou de tuberculose, en s'appuyant sur les signes cliniques de l'affection. Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que si la présence du parasite, microscopiquement constatée, a une valeur absolue, son absence a une signification beaucoup moins précise : les grains jaunes se trouvent surtout dans les tissus récemment envahis, le champignon rayonné reculant en quelque sorte devant les agents de suppuration, en cas d'infection secondaire.

En ce qui concerne le diagnostic clinique de l'actinomycose, l'orateur, sans vouloir nier la possibilité des suppurations dans le cancer, point récemment étudié par M. Cornil et par M. Lejars (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 51 et 60), fait remarquer que l'association des caractères d'un néoplasme à ceux d'une lésion inflammatoire est précisément un des meilleurs signes des affections actinomycosiques; aussi ne saurait-on, en pareille occurrence, rejeter le diagnostic d'actinomycose en se basant seulement sur les résultats négatifs d'un petit nombre d'examens microscopiques, et sans avoir essayé le traitement ioduré.

Enfin, M. Poncet attire l'attention sur des cas particulièrement difficiles, mais heureusement assez rares : il s'agit de la transformation néoplasique d'anciens foyers d'actinomycose, dont il a eu l'occasion de recueillir 3 observations; chez ces malades, le champignon rayonné, détruit au cours du processus cancéreux, avait fini par disparaître des tissus atteints, où on l'avait trouvé tout d'abord.

M. Le Dentu. — En ce qui concerne les formes hybrides où l'actinomycose est associée au sarcome ou à l'épithéliome, dont vient de parler M. Poncet, je crois qu'on ne doit les admettre que si l'existence du champignon rayonné a été démontrée directement par l'examen du pus ou de la tumeur.

A ce propos, je puis ajouter que, le malade dont j'ai communiqué récemment l'observation ayant succombé, l'examen histologique de sa tumeur a démontré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma compliqué de phénomènes inflammatoires, et non pas d'une tumeur actinomycosique.

Un cas de piroplasmose humaine en Tunisie.

M. Laveran. — Je viens de recevoir de M. Cathoire (médecin militaire) des frottis de la rate hypertrophiée d'un enfant de sept mois, observé en Tunisie, frottis contenant en abondance un parasite tout à fait semblable à celui qu'ont découvert aux Indes M. Leishman et M. Donovan dans la rate de malades atteints de fièvre irrégulière et que j'ai décrit sous le nom de *Piroplasma Donovani* (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 408-409 et 1904, p. 35).

M. Cathoire a vu dans le sang de la grande circulation quelques formes parasitaires semblables à celles qu'il a trouvées dans les frottis de rate.

Des éléments parasitaires analogues au *Piroplasma Donovani* ont été décrits dans les boutons endémiques de certaines régions des pays chauds; il y aura lieu par conséquent de rechercher s'il n'y a pas un rapport étiologique entre ces boutons et les accidents généraux observés par M. Leishman et M. Donovan aux Indes et par M. Cathoire en Tunisie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 7 et 14 mars 1904.

Généralisation, par les voies nerveuses, de l'action des rayons N appliqués sur un point de l'organisme.

M. A. Charpentier. — Quand on vient à toucher, avec une source de rayons N ou avec un fil amenant des radiations conduites, un point quelconque de la surface du corps chez un sujet tenant entre les doigts un écran phosphorescent, on voit l'éclat de cet écran augmenter. Mais cet effet se produit avec une netteté particulière quand on met le fil ou la source de rayons N en contact avec la peau au niveau du nerf qui se distribue aux doigts tenant l'écran. On peut ainsi remonter le long du nerf, atteindre le plexus, la moelle, puis le cerveau — en changeant de côté — et mettre ainsi en évidence le centre cortical correspondant aux doigts qui tiennent l'écran, car c'est en cette région que l'action à distance sur la luminosité de l'écran est le plus marquée.

Inversement, l'application de rayons N en des points périphériques du corps provoque un effet visible sur l'écran placé contre les centres nerveux correspondants.

Enfin, on observe également la transmission des rayons N non plus de la périphérie au centre, ou réciproquement, mais d'un point de la surface du corps au point symétrique du côté opposé.

Ces expériences peuvent être faites en remplaçant la source de rayons N par un courant faradique; toutefois, il faut que celui-ci soit quelque peu intense, ce qui est assez pénible pour le sujet.

Les rayons N_1 produisent eux aussi des effets à distance — inverses de ceux des rayons N —, mais d'une façon moins prononcée.

Action de la formaldéhyde sur le lait.

M. A. Trillat adresse une note relative aux expériences qu'il a faites, concernant l'action du formol sur la caséine du lait. Il a pu s'assurer que du lait additionné de $^1/_{5,000}$ à $^1/_{20,000}$ de formol est sensible à l'action de la présure, mais cette action est ralentie. En faisant agir l'antiseptique sur le coagulum déjà formé, il a constaté que la caséine ayant subi le contact d'une solution de formol à 1 ‰ est devenue totalement inassimilable; avec les solutions de $^1/_{5,000}$ à $^1/_{10,000}$, la caséine contient de 10 à 30 % de substances inassimilables; enfin, même après l'action de la solution à $^1/_{20,000}$, la caséine donne encore de 8 à 9 % de résidus.

D'autre part, la formaldéhyde ajoutée au lait à très faible dose (de $^1/_{5,000}$ à $^1/_{20,000}$) reste à l'état libre jusqu'au moment où le lait commence à s'altérer sous l'influence de l'acidification. Il en résulte que l'ingestion de lait conservé au moyen du formol est nécessairement accompagnée de l'absorption de cet antiseptique, ce qui peut n'être pas sans inconvénient, surtout chez les nourrissons.

La lutte contre le paludisme par la destruction des moustiques à Ismaïlia.

M. d'Arenberg fait une communication dans laquelle il établit que la Compagnie du canal de Suez a pu faire diminuer dans de fortes proportions le nombre des paludéens à Ismaïlia au moyen de la destruction des moustiques, associée à l'emploi préventif de la quinine.

Alors que de 1897 à 1902 le nombre des sujets frappés avait toujours dépassé 2,000, en 1903 — après l'institution de ces mesures prophylactiques — il n'a pas atteint 200. L'état sanitaire général s'est d'ailleurs en même temps amélioré au point que le nombre des malades admis à l'hôpital a diminué de plus de 50 %. Enfin, il n'y a eu que 4 décès causés par la malaria en 1903, tous 4 chez des indigènes.

Action physiologique des rayons N_1 de Blondlot.

M. A. Charpentier envoie une note dans laquelle il déclare que les sources physiologiques de rayons N émettent également la variété spéciale de radiations décrites par M. Blondlot sous le nom de rayons N_1 (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 76). On peut voir ces derniers prédominer quand on produit — avec le biceps, par exemple — une contraction musculaire maxima sans raccourcissement, c'est-à-dire une forte contraction statique.

Quant à l'effet des rayons N_1 sur le système nerveux, il est inverse de celui des rayons N. C'est ainsi que les premières de ces radiations diminuent l'intensité de la sensation olfactive quand on les fait agir, soit sur l'organe périphérique, soit sur le système nerveux central, de la manière indiquée par l'auteur pour l'étude de l'influence des rayons N sur l'olfaction (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 76).

Sur la formation d'acide glycuronique dans le sang.

MM. R. Lépine et **Boulud.** — Nous avons antérieurement montré que le foie renferme de l'acide glycuronique. C'est à la présence de conjugaisons de cet acide qu'il faut attribuer le pouvoir lévogyre de certains extraits de sang des veines sus-hépatiques. Mais, alors même qu'un extrait de sang dévie à droite, si le chiffre du glucose indiqué par le polarimètre est notablement inférieur à celui qu'accuse la réduction, il faut soupçonner l'existence d'une conjugaison d'acide glycuronique. La preuve en est faite par la réaction de Neuberg et par l'élévation du chiffre du polarimètre après le chauffage de l'extrait en présence d'un acide, qui déconjugue l'acide glycuronique.

Cet acide est, en général, plus abondant dans le sang veineux que dans le sang artériel. Il peut se former dans le sang *in vitro*, à diverses températures, même à la glacière.

MM. F. Heim et **A. Oudemans** adressent une note relative à la pluralité des *thrombidium* ou rougets susceptibles de s'attaquer à l'homme, en France : dans une petite localité de Meurthe-et-Moselle ils ont pu découvrir 3 espèces de ces acariens, à savoir le *Thrombidicum gymnopterorum* et 2 espèces nouvelles (*Th. striaticeps* et *poriceps*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars 1904.

Traitement du cancer de la langue.

M. Ricard. — Tout en partageant l'opinion de M. Poirier sur la nécessité de pratiquer de larges exérèses, dans le traitement du cancer

de la langue, je n'adopte pas entièrement sa manière de faire. Il est extrêmement rare de voir le cancer récidiver dans les ganglions lymphatiques du côté opposé à la lésion; en poursuivant l'ablation de ces ganglions, on fait donc une intervention peut-être plus anatomique que clinique. En revanche, notre collègue, portant toute son attention sur les ganglions cervicaux, néglige volontairement le plancher de la bouche, dans lequel il peut laisser des ganglions si fréquemment envahis par des néoformations secondaires.

Quant aux inconvénients d'une large communication bucco-cervicale, d'où résulte trop souvent une mort rapide par septicémie suraiguë, on parvient à y remédier dans une certaine mesure par une antisepsie buccale préalable, poussée aussi loin que possible; l'alimentation par la sonde nasale à demeure évite, d'autre part, le séjour de particules alimentaires dans la plaie.

Sans procéder comme M. Poirier, on peut avoir des guérisons durables, et, pour ma part, j'ai observé des survies de deux, trois, quatre et même dix ans après l'intervention.

M. Quénu. — Au point de vue du pronostic du cancer de la langue, je ne crois pas que la gravité des lésions soit, comme le pense M. Sébileau, proportionnelle à leur étendue. Il m'est arrivé, en effet, de voir des survies de longue durée à la suite de l'ablation de cancers de la base de la langue, s'étendant jusqu'au voisinage de l'épiglotte. Inversement, après avoir enlevé des cancers minimes chez des malades très déprimés, j'ai vu la septicémie déterminer une mort rapide; il s'agissait alors de cas où l'ulcération présentait un mauvais aspect, et c'est pourquoi j'estime qu'il est prudent, dans ces conditions, de cautériser la lésion au fer rouge avant d'en pratiquer l'ablation.

En ce qui concerne la technique, il me paraît utile de conserver la glande sous-maxillaire, dont la sécrétion peut jouer un rôle microbicide.

J'ajouterai que, contrairement à ce que M. Ricard vient de nous dire, la récidive ganglionnaire peut survenir du côté opposé à la lésion linguale : j'en ai observé des exemples.

M. Poirier. — J'ai eu, pour ma part, l'occasion de faire examiner des ganglions cervicaux enlevés du côté opposé à celui de la lésion et les histologistes ont pu y constater l'existence d'éléments cancéreux.

M. Berger. — Je suis très partisan, en principe, du procédé de M. Poirier. Cependant, je dois dire qu'il allonge et complique les opérations déjà graves qu'on dirige habituellement contre le cancer de la langue. D'autre part, comme M. Ricard, je pense qu'il est mauvais de ne pas enlever le plancher de la bouche; on laisse ainsi les cordons lymphatiques intermédiaires entre la lésion primitive et les ganglions infectés, et il n'est guère admissible que ces vaisseaux ne renferment pas des éléments cancéreux identiques à ceux qui ont emprunté leur voie pour atteindre les ganglions.

D'une façon générale, la mortalité est toujours très considérable, mais je crois que le shock opératoire y prend une part plus importante que la septicémie.

Infection du mésentère d'origine appendiculaire.

M. Kirmisson relate l'observation d'un enfant de neuf ans et demi, qui offrait tous les symptômes d'un étranglement interne. Sous anesthésie, l'orateur perçut à droite une tumeur rénitente qui lui fit penser à une appendicite; le ventre ouvert, il ne put trouver l'appendice, mais ouvrit plusieurs foyers purulents compris entre des anses intestinales accolées; il n'y avait pas de pus libre dans l'abdomen. Le petit malade ayant succombé le lendemain, l'autopsie permit de reconnaître que l'appendice, très long, avait son extrémité libre perforée à l'intérieur du mésentère, dont les ganglions étaient très volumineux : c'était là l'origine de l'infection.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 11 et 18 mars 1904.

De l'anémie pernicieuse.

M. Vaquez. — J'ai observé au mois de mai dernier, avec M. Aubertin, un jeune homme de dix-neuf ans, qui succomba au bout de quelques mois à une anémie pernicieuse sans que nous eussions pu relever chez lui aucune des conditions étiologiques habituelles de cette affection.

Le nombre des globules rouges, qui était de 850,000 au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, s'abaissa progressivement, pour tomber à 300,000 quelques jours avant la mort. Les globules blancs ne dépassaient pas le chiffre de 6,000, avec prédominance des lymphocytes. Notons encore l'absence de toute espèce d'élément anormal dans le sang. Enfin, à l'autopsie du patient, on constata que la moelle épiphysaire et diaphysaire était complètement jaune et par conséquent devenue inapte à la régénération du sang.

Les cas de cet ordre, qui appartiennent à la forme *aplastique* (Ehrlich) de l'anémie pernicieuse, sont encore exceptionnels.

On désignait autrefois sous le nom d'anémie pernicieuse une affection où l'anémie, habituellement de cause indéterminée, aboutissait à la mort par l'appauvrissement progressif du sang. Cette désignation avait donc surtout une valeur pronostique; il s'agit aujourd'hui de savoir si l'examen du sang d'un sujet anémique nous permet d'en déduire le pronostic que cette anémie comporte. Cette déduction est maintenant possible et justifiée.

Dans ses degrés les plus faibles et dans les conditions physiologiques normales, l'anémie ne provoque dans le sang que quelques modifications des formes globulaires, avec parfois apparition de globules rouges nucléés : c'est la forme dite *orthoplastique* de l'anémie; elle comporte un pronostic favorable, car le processus régénératif reste normal.

Dans les cas plus graves, par le fait d'une destruction plus rapide du sang ou d'une insuffisance des organes hématopoïétiques, on voit apparaître des formes anormales de provenance médullaire, témoignant d'un travail physiologique exagéré ou dévié. Ces cas répondent à l'anémie *métaplastique* d'Ehrlich et sont caractérisés par la présence, dans le sang, d'éléments nucléés de dimensions variables (mégaloblastes et métrocytes) ou bien d'autres organites de provenance médullaire (myélocytes, cellules de Turck, etc.). Bien qu'habituellement fâcheux, le pronostic de cette forme d'anémie n'est pas fatal.

Enfin, dans les cas les plus sérieux, semblables à celui que nous venons de relater, et où l'insuffisance médullaire paraît jouer le rôle primordial, on ne constate plus aucune réaction myéloïde et le sang, si ce n'est son extrême appauvrissement et un certain degré de leucopénie, conserve tous ses caractères habituels : c'est la forme *aplastique*, dans laquelle la moelle est jaune, inactive, tandis que dans les cas précédents elle est redevenue rouge et a repris l'aspect fœtal. La mort est ici fatale.

L'anémie pernicieuse, d'après les conceptions actuelles, ressortit à ces deux dernières catégories, la dernière répondant à ce que M. Hayem a appelé l'anémie par *anhématopoïèse*. Il sera désormais nécessaire, lorsqu'on parlera d'anémie grave et que l'on voudra en faire le pronostic, de spécifier d'une façon précise la formule hématologique à laquelle elle correspond. La présence d'éléments anormaux (mégaloblastes, métrocytes) qui caractérise la forme métaplastique, quoique témoignant d'un effort maladroit et insuffisant, indique au moins une réaction organique qui laisse quelque espoir; l'absence complète de ces éléments et des modifications qui les accompagnent est, dans la forme aplastique, la preuve irrécusable de la mort du sang.

L'infantilisme pottique.

M. Leri. — Nous avons pu constater, M. P. Marie et moi, que les signes d'infantilisme sont fréquents chez les malades atteints de mal de Pott. Cet infantilisme a tous les caractères de l'infantilisme du type Lorain : on remarque en particulier la longueur des membres et la petitesse de la tête, mais ces sujets n'ont ni le visage bouffi, ni les membres potelés, ni l'adipose généralisée, ni la petitesse du corps thyroïde qui existent chez les infantiles myxœdémateux. D'autre part, l'infantilisme pottique semble être plutôt une dystrophie générale qu'une dystrophie génitale, car, si les organes génitaux sont parfois atrophiés, cette atrophie est en général moins prononcée que celle du reste du corps.

Les caractères de cet infantilisme sont les mêmes, quelle que soit la localisation du processus vertébral (région cervicale, cervico-dorsale, dorso-lombaire, etc.), mais ils sont plus accusés quand l'affection a débuté dans les premières années de l'existence.

On peut admettre pour expliquer cet infantilisme pottique que, comme le bras qui cesse de croître quand la main a été amputée, la tête — prolongement naturel du rachis — et parfois toute l'économie se développent mal quand la colonne vertébrale devient le siège d'une grave altération.

M. Apert rappelle que c'est surtout chez les jeunes sujets atteints de tuberculose pulmonaire qu'a été observé l'infantilisme du type Lorain; par conséquent, cet état doit plutôt être rattaché à une insuffisance de l'hématose qu'à une lésion du squelette.

Isolement cellulaire des malades atteints d'affections contagieuses.

M. L. Martin communique les résultats statistiques du traitement des malades contagieux hospitalisés dans des chambres séparées au pavillon d'isolement de l'hôpital Pasteur.

Sur 2,745 malades atteints de fièvres éruptives, de diphtérie, d'érysipèle, etc., qui ont été admis dans ce pavillon du 1er octobre 1900 jusqu'à ce jour, la mortalité s'est élevée à 18 % pour la variole, à 11 % pour la diphtérie, à 6.5 % pour l'érysipèle, à 2.17 % pour la scarlatine, et enfin à 1.5 % pour la rougeole.

D'autre part, pendant cette période, on a constaté seulement 8 cas intérieurs de contagion : 5 malades ont pris la variole pendant leur séjour à l'hôpital, 2 un érysipèle et 1 la diphtérie.

En terminant, l'orateur fait remarquer que le système qui consiste à isoler les malades — quelle que soit l'affection contagieuse dont ils sont atteints — dans des chambres séparées, est préférable à celui des pavillons spéciaux pour chaque maladie, à la condition que ces chambres, y compris leur ameublement, se prêtent à une désinfection complète — laquelle doit être pratiquée à chaque entrée ou sortie de malade — et que le personnel soignant ait soin, avant de pénétrer dans une chambre, de revêtir une nouvelle blouse, de se laver les mains et au besoin la figure si elle a été souillée.

Fièvre hystérique chez une tuberculeuse et ablation de l'appendice.

M. Barth dit qu'il a eu dans son service, pendant plusieurs mois, la malade dont M. Galliard a relaté l'observation dans une des dernières séances (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 77) : elle présentait alors des températures aussi élevées que celles qui ont été constatées par M. Galliard, mais cette hyperthermie ne pouvait être attribuée à la tuberculose dont cette femme était atteinte, car elle ne s'accompagnait d'aucun trouble de la santé générale et, en outre, elle diminua notablement sous l'influence de l'isolement et d'un traitement antinerveux, tandis qu'elle avait absolument résisté aux injections sous-cutanées de cacodylate de soude : il s'agissait donc non d'une fièvre hectique, mais d'une fièvre hystérique. Si l'ablation de l'appendice — qui, du reste, n'était le siège que d'altérations insignifiantes — a été suivie du retour de la température à la normale, il ne faut voir là qu'un phénomène de suggestion.

M. Galliard reconnaît que cette femme est une névropathe, mais il ne pense pas qu'on puisse la considérer comme hystérique. Il maintient donc qu'il s'agissait bien de fièvre hectique, en raison de l'existence d'une tuberculose pulmonaire coïncidant, à son avis, avec une tuberculose intestinale, compliquée elle-même d'appendicite peut-être tuberculeuse.

M. Merklen fait observer qu'il n'est pas exceptionnel de constater, chez les tuberculeux, que l'hyperthermie n'est pas en proportion des lésions apparentes, ou même de la voir survivre à la guérison clinique de celles-ci. Il semble que la tuberculose produise une véritable déséquilibration des centres thermiques, les mettant dans un état d'hyperexcitabilité telle que le moindre choc, la moindre fatigue déterminent une élévation plus ou moins considérable de la température.

Lymphadénome du médiastin antérieur et pleurésie lymphocytique.

M. Boidin relate l'observation d'une malade présentant le syndrome de Basedow, et qui, à son entrée dans le service de M. Chauffard, était atteinte d'un épanchement pleural droit. On pouvait conclure soit à une pleuro-tuberculose coïncidant avec le goitre exophtalmique, soit à une tumeur tenant sous sa dépendance à la fois l'épanchement pleural et le syndrome basedowien. L'examen cytologique du liquide épanché ayant révélé une lymphocytose presque pure, on conclut en faveur de la première hypothèse. Or, à l'autopsie de la malade, on constata l'existence d'un gros lymphadénome rétrosternal typique, ayant envahi la plèvre droite sous forme de petits nodules jaunâtres constitués par un réticulum renfermant des lymphocytes; ceux-ci n'étaient pas séparés de la cavité pleurale, où ils tombaient librement, et cette circonstance expliquait la lymphocytose du liquide épanché : celle-ci, d'ordinaire caractéristique de la tuberculose pleurale, dénotait simplement dans ce cas la nature histologique du néoplasme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 mars 1904.

La chlorurémie gastrique.

MM. Widal et **Javal.** — Il nous a paru intéressant de déterminer avec soin la teneur en chlore de vomissements urémiques et de comparer méthodiquement le chlore vomi avec le chlore uriné et le chlore ingéré.

Chez un de nos brightiques très œdématié, atteint d'une albuminurie oscillant entre 4 et 6 grammes, l'imperméabilité au chlorure de sodium était tellement prononcée que jamais le malade ne put arriver à éliminer 4 grammes de ce sel en vingt-quatre heures. Soumis au régime lacté, cet homme vomissait de temps en temps, quelques heures après le repas, et rendait un liquide clair dépourvu le plus souvent de parcelles alimentaires; les vomissements étaient aggravés par l'ingestion de médicaments.

Sur 13 vomiturition analysées, 10 renfermaient plus de chlore total que le suc gastrique normal recueilli après un repas d'épreuve.

En calculant la quantité de chlore évacué par l'estomac dans le vomissement total, nous avons constaté que d'ordinaire elle dépassait la quantité urinée et la quantité absorbée : certains jours le malade n'absorbait que de l'eau lactosée et vomissait de l'eau salée.

L'urémie gastrique nous apparaît donc comme entrant partiellement dans le syndrome de la chlorurémie, et le vomissement chlorurémique comme une déchloruration de fortune, petit moyen de défense employé par l'organisme pour se débarrasser partiellement du chlore que le rein ne peut éliminer.

Augmentation de poids par hydratation simple chez un malade non brightique soumis au régime chloruré.

MM. Leven et **Caussade.** — Chez un sujet non brightique, mais considérablement amaigri, nous avons pu en cinq jours, avec un régime composé uniquement de deux œufs, un litre de bouillon et un litre de tisane additionnée pendant les trois premiers jours de 10 grammes de chlorure de sodium, et pendant les deux autres jours de 20 grammes du même sel, augmenter le poids du corps de 2 kilos 600 gr. : cet homme, de haute stature, pesait 43 kilos 200 gr. avant le traitement, et 45 kilos 800 gr. cinq jours après.

Cette augmentation de poids s'arrêta dès que prit fin le régime hyperchloruré, et cela malgré l'alimentation beaucoup plus substantielle fournie au patient.

Action thérapeutique du peroxyde de magnésium.

MM. Gilbert et **Jomier** déposent une note de laquelle il résulte que le peroxyde de magnésium administré en cachets à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigr., a fait cesser, chez 20 malades sur 22, les symptômes dus à des fermentations gastriques anormales (état saburral de la bouche, renvois nidoreux ou inodores, régurgitations, nausées, ballonnement épigastrique). Absorbé en capsules kératinisées à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 25 centigr., le même médicament s'est montré actif contre la diarrhée 11 fois sur 16.

Les bons effets du peroxyde de magnésium semblent dus à la mise en liberté, au niveau de l'estomac ou de l'intestin, d'oxygène à l'état naissant.

Recherches sur le parasitisme du cancer.

M. F.-J. Bosc (de Montpellier) adresse une note relative à ses recherches sur la structure fine des inclusions cancéreuses, qu'il considère comme d'origine parasitaire.

Au début, l'inclusion est formée par une fine granulation entourée par une mince collerette d'une substance homogène; chacun de ces corps est situé au centre d'un large espace clair, réfringent. Peu à peu, la granulation centrale, qui représente le noyau, augmente de volume; la substance homogène — laquelle ne serait autre que le protoplasma — devient aussi plus étendue et présente parfois des bords ondulés, comme un corps amiboïde; quant à la zone claire hyaline, que l'on considère comme une vacuole due à la destruction du protoplasma de la cellule par le parasite, elle ne serait autre chose qu'une véritable capsule.

Au point de vue de leur division nucléaire, ces inclusions présentent soit la division directe en deux parties, soit la division multiple directe, soit la division multiple par caryocinèse.

Le strabisme volontaire.

M. Busquet. — Certains sujets sont capables de dévier volontairement leurs lignes visuelles et de produire ainsi un strabisme et une diplopie momentanées. Ce strabisme est essentiellement horizontal. La puissance d'écartement des deux images varie entre 5 centimètres et 1 m. 25. La diplopie est en général homonyme et rarement hétéronyme. Certains individus ne peuvent produire le strabisme que par un seul de leurs yeux; d'autres sont capables de rendre successivement strabiques leur œil droit et leur œil gauche.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur un cas de torticolis congénital avec autopsie et examen histologique du système nerveux, par MM. L. Gallavardin et P. Savy.

Sauf un fait signalé par Broca qui, dans une autopsie, constata une légère atrophie d'un hémisphère cérébral chez un sujet atteint de torticolis congénital, on ne possédait, jusqu'à présent, aucun document relatif à l'état du système nerveux dans cette affection. Quelques auteurs ont cependant émis l'hypothèse qu'il pouvait exister une altération du névraxe. MM. Gallavardin et Savy ont observé un cas qui semble confirmer cette opinion.

Leur malade, âgé de soixante ans, présentait un torticolis congénital du côté droit, qu'il prétendait être la conséquence d'une application de forceps : la tête était très inclinée sur l'épaule droite avec rotation de la face à gauche. La rétraction du sterno-mastoïdien était considérable : ce muscle formait une corde saillante, de 7 à 8 centimètres de longueur seulement, entre la tête de la clavicule et l'apophyse mastoïde. On constatait, en outre, du côté droit de la face et du crâne, une atrophie très marquée des parties molles et du squelette.

Le patient ayant succombé à la suite d'un cancer de l'œsophage, l'autopsie put être pratiquée. Le sterno-cléido-mastoïdien du côté droit était très rétracté, mais n'offrait aucune adhérence avec les organes voisins; le chef sternal avait subi une transformation fibreuse à peu près complète, tandis que le chef claviculaire était simplement atrophié. On ne releva nulle part d'apparence cicatricielle ni de trace d'ancien hématome. L'examen microscopique du système nerveux périphérique de la région ne révéla point de lésion; par contre, l'examen des coupes de la région cervicale supérieure de la moelle démontra nettement l'existence d'une atrophie très marquée de la corne médullaire antérieure, du côté correspondant au torticolis.

L'absence de plaque scléreuse cicatricielle, d'adhérences, de tissu scléro-inflammatoire ou d'infiltration embryonnaire permet d'écarter, d'après les auteurs, l'hypothèse de torticolis d'origine traumatique ou infectieuse. Quant à l'application de forceps, invoquée par le malade, elle n'aurait pu produire de tels dégâts. D'autre part, le système nerveux périphérique, qui ne présentait aucune lésion, ne peut pas être non plus incriminé. Reste donc l'atrophie de la corne antérieure droite de la moelle cervicale supérieure; mais ici deux hypothèses sont en présence : l'une qui consiste à considérer la lésion médullaire comme primitive et tenant sous sa dépendance les altérations musculaires et l'hémiatrophie crânio-faciale, l'autre qui tend à voir seulement, dans cette atrophie de la corne antérieure de la moelle cervicale supérieure, une lésion secondaire, consécutive à un torticolis d'origine traumatique ou infectieuse, supposition que rien, dans les constatations anatomo-pathologiques, ne permet d'admettre. Aussi MM. Gallavardin et Savy se rattacheraient-ils volontiers à la première hypothèse, mais, si séduisante qu'elle leur paraisse, ils reconnaissent néanmoins qu'il faut attendre de nouveaux faits pouvant donner une base ferme à cette interprétation, qui tendrait à faire du torticolis congénital l'analogue de la paralysie infantile. (*Lyon méd.*, 22 novembre 1903.) — J. G.

Etude d'un cas de gastrite phlegmoneuse primitive, par M. B. Huguenin.

Le nombre des cas de gastrite phlegmoneuse, publiés jusqu'à présent, est relativement restreint; il n'est donc pas sans intérêt de signaler un nouveau fait de ce genre, que M. Huguenin a eu l'occasion d'observer.

Le malade, un peintre en bâtiments, âgé de soixante-treize ans, avait été soigné à plusieurs reprises à l'hôpital cantonal de Genève pour saturnisme, néphrite saturnine et cystite purulente. Cette dernière affection datait déjà de sept à huit ans lors de son dernier séjour à l'hôpital. Il se plaignait alors de faiblesse générale, de céphalée, d'anorexie, de douleurs stomacales survenant par crises diurnes ou nocturnes. L'abdomen était ballonné, l'urine contenait du pus et des traces d'albumine. Ces différents symptômes furent attribués les uns à la cystite purulente, les autres au saturnisme. La température s'éleva graduellement jusqu'à 38°8 et le malade finit par succomber.

A l'autopsie, on trouva une cystite purulente, une néphrite interstitielle chronique, une endartérite chronique déformante généralisée et un foyer de ramollissement cérébral blanc au niveau du sillon de Rolando du côté droit. Mais les lésions qui avaient entraîné la mort occupaient l'estomac, dont la paroi, très épaissie, laissait sourdre à la pression un pus épais et dont la muqueuse présentait au niveau de la petite courbure un ancien ulcère rond de 3 à 4 centimètres de diamètre. L'examen microscopique révéla dans toutes les couches une forte infiltration de leucocytes polynucléaires; la muqueuse offrait des signes très nets de gastrite chronique. Il existait donc trois lésions bien déterminées de l'estomac : une gastrite phlegmoneuse, un ancien ulcère rond et une gastrite chronique, les deux dernières étant plus anciennes que la première.

D'après l'auteur, cette gastrite phlegmoneuse ne serait pas consécutive à la cystite purulente, car cette affection durait déjà depuis longtemps et, d'ailleurs, elle donne rarement lieu à des métastases, notamment au niveau de l'estomac. La gastrite phlegmoneuse serait donc primitive et l'infection aurait eu pour porte d'entrée la plaie formée par l'ulcère rond; elle aurait de plus été favorisée par la gastrite chronique qui, par suite de la diminution du pouvoir désinfectant du suc gastrique, permettait aux microbes pénétrant dans l'estomac de conserver leur virulence. Le fait, cliniquement observé, que la gastrite phlegmoneuse se développe surtout chez des alcooliques avérés, présentant des troubles gastriques, semble venir à l'appui de cette hypothèse. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, novembre 1903.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Influence de la quantité de liquide absorbé sur les fonctions du rein malade, par MM. L. Mohr et C. Dapper.

La quantité de liquide à éliminer n'est pas indifférente au point de vue du travail physiologique que le rein accomplit. A côté de sa fonction de sécrétion, cet organe résorbe en effet une quantité plus ou moins considérable de liquide, de façon à augmenter la pression osmotique de l'urine; on peut donc conclure que plus la quantité de liquide à éliminer est grande, plus le travail du rein doit être considérable. Une accumulation de déchets organiques pouvant, d'autre part, être la conséquence d'une absorption insuffisante de liquide, il importe de savoir jusqu'à quel point on peut réduire la quantité de boisson ingérée par le malade sans entraver l'élimination normale des produits de la dénutrition.

Pour élucider cette question, MM. Mohr et Dapper ont étudié les fonctions rénales chez un certain nombre de sujets atteints de différentes formes de néphrite et soumis à un régime connu, de sorte que l'on pouvait déterminer exactement l'effet d'une variation de la quantité de liquide absorbé sur les fonctions rénales.

Ces recherches ont démontré qu'une réduction modérée du liquide absorbé est avantageuse pour le rein dans la plupart des cas de néphrite aiguë ou chronique. Avec une ration quotidienne ne dépassant pas 1 litre 1/2, la quantité d'urine sécrétée augmente par rapport au volume du liquide absorbé, si bien qu'il est possible de provoquer la résorption des œdèmes uniquement en diminuant la boisson. Cette diminution a souvent pour effet d'améliorer les symptômes subjectifs, tels que maux de tête et palpitations.

Tant que la ration de liquide est maintenue à ce taux d'environ 1 litre 1/2, l'élimination des produits azotés de la nutrition et celle des phosphates ne sont pas entravées d'une manière appréciable. Mais on commence à constater de la rétention dès que la quantité de liquide est abaissée à moins de 1,250 grammes. Dans les cas où une réduction aussi forte est indiquée, en raison de l'état du cœur ou de l'existence d'œdèmes, on peut combattre la rétention en intercalant de temps en temps, au milieu des périodes d'abstinence relative des liquides, un jour où l'on permet au malade de boire davantage. Il en résulte une augmentation temporaire de la sécrétion urinaire qui débarrasse l'organisme des déchets accumulés, à condition, cela va sans dire, que l'insuffisance fonctionnelle du rein ne dépasse pas une certaine limite.

L'institution du régime sec est généralement accompagnée d'une recrudescence de l'albuminurie. Cette recrudescence, qu'on observe surtout dans les cas récents, paraît toutefois sans importance, car au bout de quelque temps l'albumine diminue de nouveau spontanément. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.) — A. J.

Un cas de cancer de la glande de Bartholin, par M. O. von Frisch.

La tumeur maligne développée dans la glande de Bartholin, dont M. von Frisch a eu l'occasion de pratiquer l'ablation, se distingue par des caractères morphologiques différant notablement de ceux qui furent constatés dans les 2 ou 3 cas de cancer de cette glande jusqu'ici publiés.

Une femme de soixante-dix-sept ans présentait depuis trois années un petit néoplasme vulvaire qui donnait lieu à une sécrétion fétide, purulente, et parfois sanguinolente. Cette tumeur, sessile, indolente, de consistance ferme, ayant le volume d'une noisette et une forme en chou-fleur, occupait la petite lèvre droite. Il fut aisé de l'enlever, y compris son pédicule, au moyen de l'anesthésie locale; elle n'envoyait aucun prolongement dans la profondeur.

L'examen microscopique montra qu'elle était formée par un stroma de tissu conjonctif recouvert à sa surface libre ou muqueuse par une série de papilles extrêmement développées, riches en vaisseaux et séparées par de profonds sillons. Vers la base se trouvait un petit kyste tapissé d'épithélium. Le stroma présentait des symptômes fort nets d'inflammation et même un petit abcès, et c'est à ce fait qu'il fallait sans doute attribuer une adénite inguinale qu'offrait la malade. L'épithélium recouvrant les papilles était cylindrique, stratifié, à noyaux tournés vers la basale; un grand nombre de ses cellules étaient muqueuses ou caliciformes.

Bien que ce petit néoplasme eût conservé l'aspect clinique d'une tumeur bénigne, il y a lieu d'admettre sa malignité, car, en certains points, les cellules épithéliales prenaient un aspect trouble, atypique, leurs noyaux étaient en voie de multiplication active, et elles formaient de petits foyers sans grand lien avec l'épithélium des papilles, comme s'il s'était agi de véritables métastases. L'aspect de l'épithélium et la place occupée par l'adénopathie permettent enfin d'admettre que ce papillome malin s'était développé dans la glande de Bartholin; on n'apercevait aucun reste de celle-ci, sans doute à cause de l'atrophie génitale sénile. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janvier 1904.) — R. DE B.

Du vagissement intra-utérin, par M. A. Sippel.

L'observation relatée par M. Sippel permet de concevoir des doutes sur l'origine fœtale du phénomène connu sous le nom de vagissement intra-utérin.

Une version s'étant trouvée indiquée chez une multipare, l'auteur, sans recourir au chloroforme, avait enfoncé sa main dans l'utérus, mais une douleur était alors survenue, l'obligeant à interrompre ses manœuvres. Pendant qu'il attendait ainsi la fin de la contraction, on entendit tout à coup deux bruits successifs de tonalité élevée, paraissant venir de la profondeur du ventre de la mère, et dont le timbre rappelait assez exactement le cri d'un enfant. Les assistants pensèrent aussitôt qu'il s'agissait d'un cas de vagissement intra-utérin. Cependant, lors de chaque cri, M. Sippel avait senti comme un courant d'air glissant de haut en bas le long de la face postérieure de l'avant-bras qu'il tenait enfoncé dans les parties génitales de la parturiente, en même temps qu'il avait perçu dans le vagin comme les vibrations d'un repli muqueux qui enserrait son avant-bras.

L'auteur pense donc qu'en l'espèce le soi-disant cri intra-utérin était simplement dû au sifflement de l'air chassé sous pression par les contractions utérines et mettant en vibration un repli muqueux dans le défilé restreint situé entre la paroi vaginale et l'avant-bras de l'opérateur. Cette explication serait beaucoup plus naturelle et beaucoup plus physiologique que celle qui attribue ces bruits à la pénétration de l'air dans les poumons d'un enfant jouissant encore de la circulation placentaire. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 novembre 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les applications d'eau chaude contre la kératite parenchymateuse.

Le mode de traitement auquel M. le docteur N. Manolesco, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bucarest, a recours depuis un an contre la kératite parenchymateuse est basé sur le principe même qui avait inspiré à von Græfe, il y a une quarantaine d'années, la méthode demeurée longtemps classique et consistant à appliquer sur les yeux des compresses chaudes fréquemment renouvelées. Mais tandis que von Græfe laissait entre la source de chaleur et la cornée malade toute l'épaisseur des paupières, notre confrère roumain a voulu agir d'une façon directe sur l'organe infiltré, sans l'interposition du voile palpébral. Dans ce but, il fait usage d'eau à 70° ou 80°, qu'il fait tomber goutte à goutte sur la cornée préalablement anesthésiée à la cocaïne. Ces instillations d'eau chaude sont répétées deux fois par jour pendant cinq à dix minutes. Elles déterminent d'abord, outre une légère élévation de température du cul-de-sac conjonctival, une augmentation de l'injection péri-kératique et de l'opacité cornéenne; mais ces phénomènes disparaîtraient rapidement et il n'en subsisterait plus rien au bout de quelques heures.

D'après Mlle Wechsler, qui rend compte de ces essais thérapeutiques dans sa thèse inaugurale, soutenue devant la Faculté de médecine de Bucarest, le procédé de M. Manolesco ne serait suivi d'aucun accident, même si la température de l'eau est un peu trop élevée. D'une application facile, il aurait pour principal avantage d'abréger la durée de l'infiltration cornéenne.

L'adrénaline contre les épanchements séreux à répétition.

Dans un cas de cancer de la plèvre où l'épanchement pleurétique se reproduisait avec une rapidité et une abondance extrêmes après chaque ponction, M. le docteur James Barr, lecteur de médecine à l'University College de Liverpool, eut l'idée d'injecter de l'adrénaline dans la plèvre en vue de tarir la sécrétion continue dont cette membrane était le siège; la dose qu'il employa fut de 4 grammes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième : l'épanchement, qu'il fallait auparavant évacuer tous les quatre ou cinq jours, ne se reproduisit plus.

Encouragé par ce succès, notre confrère eut recours au même procédé chez plusieurs autres malades atteints de pleurésie avec épanchement, et il en obtint d'aussi bons effets : l'injection d'adrénaline empêcha toujours la reproduction de l'épanchement.

Dans un cas de péricardite séreuse d'origine probablement tuberculeuse, l'action de l'adrénaline fut moins nette, le liquide s'étant reproduit par la suite, bien qu'en moins grande abondance. Quant à l'ascite, il ne semble pas, d'après les essais de M. Barr, que les injections d'adrénaline aient sur sa production une influence appréciable, même lorsqu'on a recours à une dose double ou triple de celle qui se montre efficace contre les exsudats pleurétiques.

Injection intra-urétérale d'huile en vue de faciliter l'expulsion du calcul de l'uretère dans la lithiase rénale.

Nous avons tout récemment signalé que l'injection intra-urétérale de glycérine chaude avait donné à M. le docteur Kreps (de Saint-Pétersbourg) un excellent résultat dans un cas d'anurie calculeuse par obstruction urétérale (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 40). Il semblerait que l'huile fût susceptible de rendre d'aussi bons services que la glycérine, à en juger du moins par l'expérience de M. le docteur Louis E. Schmidt (de Chicago). En effet, chez une femme souffrant depuis sept années de coliques néphrétiques — et chez laquelle la radiographie avait décelé la présence d'un calcul dans l'uretère droit —, notre confrère américain injecta 12 c.c. d'huile stérilisée dans le bassinet du rein et 8 c.c. de la même substance dans l'uretère correspondant : sept jours après, le calcul, qui avait jusque-là résisté à toutes les tentatives, était spontanément expulsé par les voies naturelles au cours d'une miction. La concrétion ainsi recueillie constituait bien le corps du délit, car un nouvel examen aux rayons de Röntgen montra que le calcul antérieurement constaté dans l'uretère droit avait disparu.

La radiothérapie contre l'épilepsie.

Partant de cette considération que les rayons de Röntgen exercent une action stimulante sur les échanges organiques des tissus, M. le docteur J. H. Branth (de New-York) a eu l'idée d'essayer la radiothérapie dans certains cas d'épilepsie ne paraissant pas ressortir à une lésion organique du cerveau. Dans ce but, notre confrère a recours à des expositions d'une durée de cinq minutes et répétées trois fois par semaine, le tube de Crookes étant maintenu à une distance de 40 centimètres. Par la suite, la durée des séances est progressivement portée à dix minutes et on rapproche le tube jusqu'à 25 centimètres.

Dans tous les cas où il a employé ce mode de traitement, M. Branth a constaté une amélioration marquée : les attaques deviendraient moins fréquentes, moins longues et moins pénibles; la prostration qui suit habituellement l'accès serait moins profonde et le poids du corps augmenterait d'une façon appréciable.

Ajoutons que le traitement bromuré ne constitue pas une contre-indication à l'emploi thérapeutique des rayons de Röntgen et peut être continué sans inconvénient, concurremment avec les séances de radiothérapie. B.

Erratum. — Dans notre avant-dernier numéro, p. 73, 1re col., 51e ligne, au lieu de : La disparition de l'asymétrie faciale, lire : *L'asymétrie faciale*.

REVUE GÉNÉRALE

La coexistence de la fièvre typhoïde et de la scarlatine.

« Deux fièvres différentes ne peuvent exister dans la même constitution, ni deux affections locales dans la même partie, à la même époque », écrivait John Hunter il y a plus d'un siècle; et cette loi, dite *des incompatibilités morbides*, a assez longtemps été admise, au moins d'une façon implicite, pour qu'à une époque relativement récente, Grisolle, Trousseau eux-mêmes crussent peu à la possibilité de la coexistence de deux ou plusieurs infections sur le même sujet.

Actuellement, au contraire, — parallèlement aux progrès de l'opinion qui attribue une part de plus en plus considérable à l'élément « réceptivité » dans la propagation des maladies contagieuses — personne ne met en doute qu'une infection (voire un état morbide quelconque), par cela seul qu'elle débilite l'organisme, place le sujet qui en est atteint dans des conditions des plus favorables pour contracter toute autre infection à laquelle il s'exposera. Rien de plus naturel, dès lors, que de voir un malade en puissance de fièvre typhoïde, ou à la période d'incubation de cette maladie, être frappé de la scarlatine s'il entre en contact médiat ou immédiat avec le virus scarlatineux; et, inversement, de voir une dothiénentérie venir compliquer une scarlatine, pour peu qu'au cours de la fièvre éruptive, ou durant l'incubation de celle-ci, un germe typhoïdique de virulence suffisante soit absorbé par le patient.

Aussi est-ce moins la possibilité de la coexistence de la scarlatine et de la dothiénentérie que nous nous proposons d'étudier ici — car on peut l'admettre *a priori* — que les questions de diagnostic et de pronostic qu'elle soulève.

I

Il est malaisé de se faire une idée tant soit peu précise de la fréquence des cas de fièvre typhoïde compliqués de scarlatine, ou de scarlatine compliqués de dothiénentérie. Cette fréquence est d'ailleurs sans nul doute des plus variables et selon les pays, et selon les génies épidémiques. Ainsi qu'on le verra, une forte proportion des observations que nous avons retenues comme suffisamment démonstratives pour pouvoir servir de base à cette étude ont été publiées en Angleterre, cette terre classique de la scarlatine. D'autre part, dans la plupart de ces faits, il s'agissait de contagions hospitalières, et ces contagions, jadis sans doute assez banales pour que bien souvent on ne les ait pas jugées dignes d'une publication, deviennent de moins en moins fréquentes depuis que l'on s'efforce de réaliser l'isolement des infectieux hospitalisés.

Quoi qu'il en soit, voici, relativement à la question de fréquence, les seuls documents, bien imprécis, que nous avons pu recueillir :

Taupin, dès 1839, disait avoir observé 121 cas de fièvre typhoïde chez des enfants, dont 10 furent compliqués de scarlatine; celle-ci apparut 1 fois dès le début de la dothiénentérie, 9 fois durant la convalescence (1).

Ch. Murchison (2), vingt ans plus tard, déclare n'avoir vu en dix ans qu'un seul cas de scarlatine compliqué de fièvre typhoïde (au vingt-sixième jour), tandis qu'il a observé 9 fois la scarlatine comme complication de la fièvre typhoïde, et il relate 4 de ces faits dont nous aurons ultérieurement à faire état.

(1) Taupin. Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance. (*Journ. des connaissances méd.-chir.*, décembre 1839, p. 242.)

(2) Ch. Murchison. On the simultaneous existence in the human system of two or more diseases, which are supposed to originate from specific morbid poisons. (*Brit. and Foreign Med.-Chir. Review*, juillet 1859, p. 194.)

Trousseau, dans ses *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris*, Grisolle, M. Jaccoud dans leurs traités de pathologie interne, n'accordent même pas une mention à la coexistence de la scarlatine et de la fièvre typhoïde.

Vers la même époque que ces derniers auteurs (1868-1873), J. Harley, au cours de ses multiples publications sur les relations existant entre la fièvre typhoïde et la scarlatine — il considère ces deux affections comme « des manifestations d'un même poison » —, relate une trentaine de faits, en général fort incomplets et peu démonstratifs, qui lui paraissent de nature à étayer sa théorie.

Peu après, M. J. Bez (1), faisant une revue de la question, ne retient — ou ne connaît — que 8 des observations publiées avant lui.

M. L. Leclercq (2), qui s'occupe plus spécialement des affections précédant ou accompagnant *le début* de la fièvre typhoïde, considère la scarlatine comme la plus rare des fièvres éruptives qui puissent se trouver dans ce cas, « cette fièvre éclatant plutôt après la fièvre typhoïde ».

Plus sévère encore, ou plus mal informé que M. Bez, M. O. Estève (3) ne mentionne en 1889 que 3 faits de coexistence de la scarlatine et de la dothiénentérie, recueillis dans la littérature médicale; à cette liste, fort incomplète, il joint 4 observations personnelles.

Rilliet et Barthez (4) disent, sans plus, avoir observé 2 cas de fièvre typhoïde succédant à la scarlatine.

Les grands traités modernes ne nous donnent pas, sur le point qui nous occupe, des renseignements plus précis (5). M. J. W. Moore (6) signale simplement la possibilité de la coexistence de la scarlatine et de la dothiénentérie; MM. Brouardel et Thoinot (7) indiquent que le plus souvent, en pareil cas, c'est à une époque tardive qu'apparaît la scarlatine, et mettent en garde contre la confusion possible entre cette affection et un érythème scarlatiniforme; M. Legry (8) se contente d'une simple mention; M. Curschmann (9), après avoir rappelé les travaux de Murchison, ajoute n'avoir lui-même jamais observé la coexistence en question, sans doute à cause de l'isolement rigoureux qu'il impose aux scarlatineux; M. Chantemesse (10) n'attribue aux faits de ce genre « qu'un intérêt relatif, chacune des maladies évoluant pour son propre compte ».

On le voit, ce sont là des documents bien vagues; moins « à jour » encore est un récent travail d'ensemble de M. von Szontágh (11), qui, écrivant en 1903, paraît ne connaître que 2 des faits jusqu'alors publiés.

Il ne nous reste, pour en avoir fini avec cette revue, qu'à mentionner une statistique — la seule à notre connaissance — portant sur le riche matériel des *Asylums Board Hospitals* de Londres : M. F. Foord Caiger (1), sur 48,367 scarlatineux reçus en six ans dans ces établissements, en compte 11 seulement qui aient été en outre affectés de fièvre typhoïde; c'est, en chiffres ronds, une proportion de 2.3 p. 10,000. Lui-même aurait vu, au *Rockwell Fever Hospital*, 2 cas de scarlatine compliquée de dothiénentérie, et 6 de fièvre typhoïde compliquée de scarlatine, sans compter un patient qui aurait eu successivement la scarlatine, la dothiénentérie et la diphtérie.

Faisant de notre côté le recensement des faits publiés et venus à notre connaissance, nous arrivons au résultat suivant : nous considérons comme parfaitement probants 39 cas, qui forment la base de cette étude; en ajoutant à ce total les chiffres donnés, sans autre explication, par les divers auteurs précédemment cités (Taupin, Murchison, Caiger, etc.) et représentant une trentaine de faits, en y joignant même 5 observations que nous n'avons pu nous procurer, mais qui sont de date assez récente pour qu'on puisse les considérer comme légitimes (2), nous obtenons un ensemble de 75 cas environ, publiés depuis 1833 jusqu'à nos jours. Assurément, il s'en faut — et de beaucoup — qu'un chiffre aussi faible corresponde, même de loin, à la réalité des choses. Du moins pouvons-nous en conclure que, sans être absolument exceptionnelle, la coexistence de la fièvre typhoïde et de la scarlatine constitue une éventualité pathologique d'une certaine rareté.

Voyons maintenant comment elle se présente en clinique.

II

Il est possible, du moins quand les détails enregistrés dans l'observation sont suffisamment explicites, de déterminer, dans un cas donné, laquelle des deux infections a été la première en date : il suffit pour cela de calculer le moment présumé de la contamination, que l'on peut reporter à une semaine avant l'apparition des premiers symptômes nets pour la scarlatine (six jours d'incubation, un jour d'invasion), à deux ou trois semaines pour la fièvre typhoïde.

Si ces moyennes sont exactes, — et elles sont généralement considérées comme telles —, nous ne connaissons aucun fait quelque peu détaillé où l'infection scarlatineuse ait précédé la contamination éberthienne; mais un cas simplement signalé par Murchison appartiendrait à cette catégorie : cet auteur déclare avoir vu la fièvre typhoïde survenir au vingt-sixième jour d'une scarlatine, treize jours après l'admission du patient au *London Fever Hospital*, où les fiévreux de tout genre étaient alors confondus. Il va sans dire que nous éliminons de cette étude les observations où la fièvre typhoïde apparut quand la scarlatine — en tant que maladie propre — était terminée depuis plus ou moins longtemps : telle la malade de M. Bard (3), qui, deux mois et demi après une scarlatine ayant laissé subsister une néphrite, eut une dothiénentérie à laquelle elle succomba.

Dans l'immense majorité des cas, c'est donc l'infection typhoïdique qui est antérieure.

(1) J. Bez. De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde sur le même individu. (*Thèse de Paris*, 1877.)

(2) L. Leclercq. Des maladies aiguës précédant ou accompagnant le début de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris*, 1885-1886.)

(3) O. Estève. Évolution simultanée de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives (rougeole et scarlatine). (*Thèse de Paris*, 1888-1889.)

(4) F. Rilliet et E. Barthez. Traité clinique et pratique des maladies des enfants. 3e éd. (refondue et augmentée par MM. E. Barthez et A. Sanné), t. III, p. 197. Paris, 1891.

(5) Il est à remarquer que c'est exclusivement dans les articles consacrés à la fièvre typhoïde, et jamais dans ceux qui traitent de la scarlatine, qu'il est question de la coexistence de ces deux maladies. La raison en est facile à donner : c'est que dans la majorité des cas, c'est la dothiénentérie qui est la première en date, sinon au point de vue de l'apparition des symptômes, du moins en ce qui concerne le moment de la contagion.

(6) J. W. Moore. Eruptive and continued fevers. Londres, 1892.

(7) P. Brouardel et L. Thoinot. Article « Fièvre typhoïde », *in* « Traité de médecine et de thérapeutique » de Brouardel et Gilbert, t. I, p. 762. Paris, 1895.

(8) T. Legry. Article « Fièvre typhoïde » *in* « Manuel de médecine » de Debove et Achard, t. VIII. Paris, 1897.

(9) H. Curschmann. Der Unterleibstyphus, p. 51. Vienne, 1898.

(10) A. Chantemesse. Article « Fièvre typhoïde » *in* « Traité de médecine » de Bouchard et Brissaud. 2e éd., t. II, p. 155. Paris, 1899.

(11) F. von Szontágh. Die Masern und der Scharlach in ihrer Vergesellschaftung mit einander und mit anderen infectiösen Krankheiten. (*Pest. med.-chir. Presse*, 14 et 28 juin et 5 juillet 1903.)

(1) F. Foord Caiger. On the co-existence, or the occurrence in close succession, of more than one infectious disease in the same individual. (*Transact. of the Epidemiol. Soc. of London*, séance du 18 avril 1894, p. 94.)

(2) Ce sont celles de H. Kronenberg (*Przeglad lekarski*, 1875, XIV, p. 379), M. Brück (*Gyogyászát*, 1893, XXXV, p. 205 et 217), M. V. Chiperovitch (*Prakt. Med.*, 1896, III, p. 237), F. Fenton (*Canada Med. Review*, 1897, V, p. 167) et J. A. Stein (*Prakt. Med.*, 1897, IV, p. 833.)

(3) L. Bard. Deux observations de fièvre typhoïde terminée par la mort. (*Mém. et comptes rendus de la Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1881, XXI, 2e partie, p. 157.)

Mais ici plusieurs éventualités peuvent se présenter : ou bien la scarlatine est contractée pendant l'incubation de la fièvre typhoïde, et alors il se peut qu'elle éclate avant l'éclosion de celle-ci; ou bien la contamination a lieu quand le sujet est déjà en puissance de dothiénentérie: le plus souvent, il s'agit de contagions intra-hospitalières ou familiales. Enfin, les deux germes morbides pourraient être simultanément introduits dans l'organisme; la scarlatine, en pareille occurrence, se déclarerait la première, puis, au bout de dix ou quinze jours, on verrait se dérouler la fièvre typhoïde; il est vraisemblable que telle a dû être la succession des phénomènes morbides chez plusieurs des malades dont nous avons utilisé les observations, mais il faut avouer que les preuves certaines font défaut, en raison du peu de rigueur qu'offrent nos constatations, touchant le moment précis où s'est faite, pour chaque cas particulier, l'infection éberthienne.

Au reste, ce qui importe plus, en pratique, que cette détermination du point de départ de chacune des maladies, c'est de savoir comment leurs manifestations extérieures se succèdent ou s'enchaînent. Ici encore, plusieurs éventualités sont à envisager, qui toutes ne suscitent pas au diagnostic et au pronostic les mêmes difficultés :

Ou bien les deux affections restent indépendantes l'une de l'autre dans le temps, la première apparue ayant terminé son évolution quand se développe la seconde. Ce sera, par exemple, durant la convalescence d'une dothiénentérie, plusieurs jours après la défervescence, que la fièvre se rallumera, montera jusqu'aux environs de 40°; puis, l'angine apparaît, la langue prend l'aspect framboisé, le corps se couvre, aux points d'élection, de larges placards rouges, qui pâlissent bientôt et desquament. Deux des cas simplement cités par Murchison réaliseraient cette éventualité : l'éruption scarlatineuse s'y fit dans la troisième semaine de la convalescence de la fièvre typhoïde. Inversement, chez tel scarlatineux dont la desquamation est déjà plus ou moins avancée, et qui est apyrétique depuis plusieurs jours, surviennent des malaises indéterminés, de la prostration, des épistaxis, de la céphalée, avec mouvement fébrile qui va s'accentuant, troubles intestinaux, douleur et gargouillement dans la fosse iliaque, etc., etc. Ce groupe est représenté par l'observation de M. Manquat (1), une de M. Estève (la première des 4 qu'a relatées cet auteur), 3 de M. Griffiths (2), celle de M. McNaughton (3). Dans les faits de ce genre, il est généralement aisé de reconnaître la nature de la complication qui surgit ainsi, et de prendre les mesures thérapeutiques et prophylactiques nécessaires.

Ou bien, au contraire, scarlatine et fièvre typhoïde chevauchent pour ainsi dire l'une sur l'autre, mêlent et confondent plus ou moins intimement leurs symptômes. Certains auteurs emploient en pareille occurrence l'expression d' « association » de la fièvre typhoïde et de la scarlatine, ou même celle de « scarlatine typhoïde », termes aussi impropres l'un que l'autre, puisque celui-ci tend à créer une confusion avec la classique forme typhoïde de la scarlatine, et que celui-là paraît désigner un état mixte, une sorte de symbiose pathologique, que rien ne permet d'admettre.

Quoi qu'il en soit, quand les deux affections coexistent ainsi pour tout ou partie de leur durée, ce peut être la fièvre typhoïde qui apparaît là première : au cours d'une dothiénentérie jusque-là régulière, la scarlatine éclate avec son habituel cortège de phénomènes généraux, qui ne tarderont généralement pas à s'effacer quand l'éruption sera complète; puis, après avoir été pour un temps masquée — et non interrompue, comme on le croyait volontiers il y a moins d'un demi-siècle —, la fièvre typhoïde continuera son évolution sans modification appréciable, si ce n'est que parfois les taches rosées passeront inaperçues sous l'exanthème scarlatin. Cette dernière particularité ressort notamment des 3 derniers cas de M. Estève et du cinquième de M. Cosgrave (1); cependant, elle est loin d'être constante, puisque les 4 faits relatés en détail par Murchison dans son mémoire déjà cité concernent précisément des malades chez lesquels les éruptions des deux affections coïncidèrent; il en était de même dans les 2 cas de M. Sequeira (2).

Comme exemples de scarlatine se développant ainsi au cours — voire tout au début — d'une fièvre typhoïde, nous pouvons citer les observations de Constant (3), Latour (4), Cabot (5), Murchison, Marrotte (6), Eichhorst (7), Nixon (8), Potain (9), von Ziemssen (10), Pinnock (11), Gläser (12), Sequeira, J. T. McKay (13).

Mais parfois aussi la scarlatine ouvre la scène, et ces faits sont particulièrement intéressants au point de vue du diagnostic et du pronostic. C'est alors qu'on voit, au moment présumé de la défervescence, la température ne tomber qu'incomplètement, descendre jusqu'aux environs de 38° le matin pour remonter de quelques dixièmes de degré le soir; cependant, le malade, au lieu de l'euphorie qui succède d'ordinaire à la fin de la période d'éruption, est abattu, parfois subdélirant; l'aspect framboisé de la langue disparaît sous un enduit saburral, la douleur et le gargouillement iliaques apparaissent, et bientôt les taches rosées viennent trancher toute hésitation.

Des faits de cette catégorie ont été publiés par Gläser (14), Estève, von Starck (15), Griffiths, Carmichael (16), E. A. Mackay (17), Cosgrave, Hektoen (18), Le Goïc (19).

Dans les deux catégories précédentes se trouvent confondus un certain nombre de cas spécialement embarrassants, où l'on peut assez difficilement reconnaître laquelle des deux maladies en cause a réellement ouvert la scène morbide : c'est qu'ici l'invasion de la dothiénentérie et celle de la scarlatine paraissent à peu près simultanées, mais les phénomènes de la seconde de ces affections, plus bruyants, dominent le tableau au point de masquer presque complètement ceux de la typhoïde. Cependant, sous cette scarlatine qui, au premier abord, semble normale, transpercent quelques signes qui détonent plus ou moins; les prodromes ont été traînants, le sujet était abattu depuis plusieurs jours, se plaignait de malaises vagues, céphalée, épistaxis, vomissements. Puis l'éruption se fait, et le diagnostic paraît définitivement élucidé, à moins qu'un examen minutieux ne révèle dès lors une splénomégalie anormale, du gargouillement, de la douleur au niveau du cæcum. Enfin, le premier acte est achevé, l'exanthème a pâli, la desquamation commence, et à ce moment l'existence d'une fièvre typhoïde jusque-là cachée devient évidente.

Le fait — déjà cité — de Potain est particulièrement instructif à cet égard. Un garçon de dix-huit ans éprouvait depuis une douzaine de jours un « malaise général » quand il fut reçu à l'hôpital Necker avec une éruption scarlatineuse commençante, qui le lendemain s'était accentuée et dont la nature se trouvait encore confirmée par de l'albuminurie. Mais en même temps on notait que la rate mesurait 19 centimètres de diamètre vertical — intumescence tout à fait hors de proportion avec ce qu'on peut observer dans la scarlatine —; la pression était douloureuse dans la fosse iliaque droite et y déterminait du gargouillement; le malade, dont les selles jusque-là avaient été régulières, était constipé, et finalement le diagnostic de fièvre typhoïde était aussi peu douteux que celui de scarlatine.

Tel encore le cas relaté par M. Gläser dans le premier de ses mémoires, tels ceux de M. von Starck, de M. Carmichael, de M. E. A. Mackay, de M. Cosgrave, etc.

Il n'est pas sans intérêt de savoir quelle est la fréquence relative des diverses modalités cliniques que nous venons d'esquisser. Si nous passons en revue à ce point de vue les 39 observations qui servent de base à ce travail, nous voyons qu'elles se répartissent ainsi :

18 fois les manifestations de la fièvre typhoïde furent antérieures à celles de la scarlatine; ces 18 faits concernent tous des scarlatines survenues au cours d'une fièvre typhoïde : nous n'avons pu fournir comme exemple de scarlatine éclatant pendant la convalescence de la dothiénentérie que 2 cas de Murchison, qui, simplement cités par cet auteur, ne sont pas comptés dans notre statistique;

20 fois les manifestations de la scarlatine furent antérieures à celles de la fièvre typhoïde — au moins *en apparence*, car il est possible que parfois les premiers symptômes d'une dothiénentérie qui venait d'éclater aient passé inaperçus par suite de l'invasion de la scarlatine —; sur ces 20 observations, nous en comptons 6 où la fièvre typhoïde survint pendant la convalescence d'une scarlatine, 14 où les périodes d'état des deux affections furent plus ou moins confondues.

Reste enfin 1 cas (quatrième observation de M. Estève) dont le classement est douteux : le petit malade — un garçon de neuf ans — fut admis à l'hôpital en pleine desquamation scarlatineuse, avec les signes d'une dothiénentérie bien confirmée.

III

Il nous sera permis d'être bref sur le diagnostic de la coexistence d'une fièvre typhoïde et d'une scarlatine. Les deux grandes causes d'erreur à éliminer sont, d'une part, les rash

(1) Manquat. Scarlatine typhoïde. (*Bulletin méd.*, 14 nov. 1888, p. 1491.)

(2) S. A. E. Griffiths. Scarlet fever and enteric fever. (*Lancet*, 25 nov. 1893, p. 1307.) — Il s'agit des 3 dernières observations.

(3) J. G. McNaughton. Concurrent scarlet and enteric fevers. (*Brit. Med. Journ.*, 27 fév. 1897, p. 522.)

(1) E. McD. Cosgrave. Concurrent scarlatina and enteric fever. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv. 1897.)

(2) J. H. Sequeira. Scarlatina and enteric fever. (*Brit. Med. Journ.*, 18 avril 1891, p. 849.)

(3) T. Constant. Hôpital des Enfans malades; revue de la clinique de M. Guersent pendant les mois de juillet, août et septembre 1833. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 nov. 1833, obs. I, p. 766.)

(4) A. Latour. Note sur la complication de quelques phénomènes, dits typhoïdes, avec des maladies diverses. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 1842, XXIII, p. 401.)

(5) Cabot. Kombination des Typhus mit dem Scharlachfieber. (*Journ. f. Kinderkrankheiten*, 1852, XVIII, 5-6, p. 449.)

(6) Marrotte. Scarlatine et fièvre typhoïde à marche parallèle. (*Union méd.*, 15 sept. 1860, p. 505.)

(7) H. Eichhorst. Ueber das Verhältnis der acuten Exantheme und der acuten Infectionskrankheiten unter und gegen einander. (*Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med.*, 17 avril 1875, p. 125.)

(8) C. J. Nixon. Enteric fever and scarlatina. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Dublin*, 6 mai 1876, p. 63.)

(9) Potain. Fièvre typhoïde et scarlatine. (*Rev. méd. française et étrangère*, 15 mai 1880, p. 693.)

(10) Von Ziemssen. Scarlatina in typho abdominali, *in* J. Freudenberger. Ein Sommersemester in der Klinik des Herrn Prof. Dr. von Ziemssen in München, p. 137. Munich, 1883.

(11) R. D. Pinnock. Scarlatina co-existent with typhoid fever. (*Australasian Med. Gaz*, 1883-1884, III, p. 12.)

(12) Gläser. Typhus abdominalis, compliciert mit Scarlatina. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 nov. 1886, p. 813.)

(13) J. T. McKay. Case of typhoid complicated by scarlet fever. (*Med. Press and Circular*, 11 mai 1898, p. 485.)

(14) J. A. Gläser. Symptome des Typhus abdominalis bei einem Scharlachkranken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 mars 1885, p. 164.)

(15) Von Starck. Gleichzeitiges Vorkommen von Scarlatina und Typhus abdominalis. (*Arch. f. Kinderheilk.*, 1891, XIII, 1-2, p. 77.)

(16) E. Carmichael. Coexistence of infectious diseases in the same individual. (*Lancet*, 19 mai 1894, p. 1246.)

(17) E. A. Mackay. Notes of a case of concurrent scarlet fever and enteric fever. (*Intercolonial Quarterly Journ. of Medicine and Surgery*, 1894-1895, I, p. 384.)

(18) L. Hektoen. Note on typhoid fever and scarlet fever with special reference to the diagnostic value of blood cultures. (*Med. News*, 26 sept. 1903, p. 580.)

(19) V. Le Goïc. Association de fièvre typhoïde et de fièvre scarlatine. (*Rev. de méd.*, janv. 1904, p. 64.)

scarlatiniformes de la fièvre typhoïde, ou les exanthèmes scarlatiniformes (infectieux, médicamenteux, etc.) au cours de la même affection, d'autre part la scarlatine à forme typhoïde.

En ce qui concerne cette dernière affection, il suffira généralement d'y penser pour éviter toute confusion; certains cas pourtant prêtent au doute, et nous avons dû laisser de côté une observation de Baudelocque (1) qui ne nous a pas paru offrir à cet égard une certitude suffisante. De nos jours, les procédés de laboratoire pourront à l'occasion fournir la preuve qu'il s'agit réellement de dothiénentérie: M. Hektoen, M. Le Goïc constatèrent une séroréaction positive chez leurs malades, pendant l'évolution même de la scarlatine; le premier de ces auteurs put en outre isoler directement le bacille d'Eberth en mettant le sang de son patient en culture dès le quatrième jour de l'affection.

Quant aux rash et aux érythèmes scarlatiniformes au cours de la fièvre typhoïde, aujourd'hui bien connus, ils ne pourraient entraîner qu'une erreur passagère, leur mode d'évolution tranchant bientôt toute hésitation. La description qu'en a donnée ici même M. Galliard (2), il y a une dizaine d'années, nous autorise du reste à ne pas insister sur les caractères objectifs qui permettent généralement de les différencier d'avec la scarlatine légitime.

D'ailleurs, la confusion a sans doute été commise assez souvent, du moins à l'époque où ces manifestations cutanées n'étaient pas encore de notion courante. Ainsi, la fillette — déjà citée — dont Marrotte relate l'observation eut d'abord, semble-t-il, un rash scarlatiniforme au début de la dothiénentérie, plus tard une scarlatine légitime, à évolution normale, avec œdèmes, desquamation survenant à l'époque classique; « il est probable, dit l'auteur, que... la première [la scarlatine] a été coupée en deux, en quelque sorte, par la fièvre typhoïde qui, opposant un état de concentration au mouvement expansif de la scarlatine, a été la cause de cette hydropisie ».

C'est apparemment aussi un érythème infectieux polymorphe qu'a eu, au cours d'une fièvre typhoïde avec diphtérie, le jeune garçon dont le cas a été publié par M. Ringwood (3) : l'éruption fut d'abord rubéoliforme, puis scarlatiniforme, enfin varicelliforme; supposer qu'il se soit agi réellement de rubéole, de scarlatine et de varicelle, serait admettre l'évolution, en partie simultanément, en partie successivement, de cinq maladies infectieuses différentes, ce qui, pour n'être pas théoriquement impossible, est cependant assez peu vraisemblable.

Enfin, parmi les observations que nous avons recueillies au cours de nos recherches bibliographiques sur la question, et que nous avons cru devoir éliminer parce qu'elles nous paraissaient entachées de quelque cause d'erreur, qu'il nous soit permis de signaler encore un fait de Béroud (4), où il s'agissait vraisemblablement d'une éruption diphtéritique : un soldat, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde légère, est pris brusquement d'accidents d'asphyxie — auxquels il devait succomber en vingt-quatre heures —, en même temps qu'il offre, sur le cou, les épaules, le ventre et le dos, une « éruption érythémateuse, granulée comme du porphyre » que l'auteur attribue à la scarlatine, tout en reconnaissant qu'elle était loin d'être typique; l'autopsie révéla une pharyngite, une laryngite et une bronchite pseudo-membraneuses.

(1) Hôpital des Enfans malades (service de M. Baudelocque); revue clinique du mois de janvier. (*Gaz. des hôpit.*, 1er février 1837, p. 71.)

(2) GALLIARD. La fièvre typhoïde et les érythèmes infectieux secondaires. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 450.)

(3) J. RINGWOOD. Concurrence of febrile diseases in the same patient. (*Lancet*, 7 juillet 1888, p. 41.)

(4) BÉROUD. Fièvre typhoïde, scarlatine, angine couenneuse. (*Ann. de la Soc. de méd. de Saint-Etienne et de la Loire*, 9 nov. 1859, p. 676.)

IV

Si la scarlatine a rarement un pronostic bien sombre, la fièvre typhoïde, au contraire, est une affection toujours grave, dont la mortalité peut être estimée à environ 20 %. Il semblerait donc que la coexistence des deux maladies dût entraîner assez fréquemment la mort, puisque, à la mortalité déjà considérable de la fièvre typhoïde, devrait s'ajouter la mortalité — faible, mais non négligeable — de la scarlatine. Or, à en juger par nos 39 observations, il ne paraît pas que la coïncidence ou la succession immédiate des deux états infectieux assombrisse le pronostic. Nous ne trouvons que 5 décès, soit une mortalité de 13 % environ. Encore un de ces cas doit-il être éliminé, ce qui ramène la mortalité à 10 % : il concerne un petit garçon observé par M. Cosgrave, et qui succomba à des accidents méningés peu après sa sortie de l'hôpital, alors que scarlatine et fièvre typhoïde étaient l'une et l'autre guéries.

Dans les 4 autres faits, l'issue fatale fut causée : 2 fois par la scarlatine elle-même, de forme hémorrhagique — la dothiénentérie étant pour sa part ataxique — dans l'un de ces cas (Constant), grave et compliquée de diphtérie dans l'autre (Nixon); par l'urémie (premier cas du second mémoire de Gläser); par une rechute de la fièvre typhoïde, due à une imprudence, et terminée par perforation de l'intestin (J. T. McKay).

Que conclure de cette faible mortalité? Il serait assurément quelque peu paradoxal de prétendre que, par suite d'une sorte d'antagonisme morbide qui nous ramènerait indirectement à la loi de Hunter, la coexistence de la scarlatine atténuât en une certaine mesure la nocivité du virus typhoïdique. Le nombre relativement restreint des faits dont nous disposons nous incline plutôt à penser qu'il s'agit tout simplement d'une série heureuse. Du moins pouvons-nous avancer que la coïncidence des deux affections, tout en étant un incident fâcheux — en raison des complications qui surgissent assez fréquemment, comme nous allons le voir — n'est pas de nature à compromettre beaucoup le retour à la santé.

En tout cas, on ne saurait invoquer ici le principe formulé par M. Heubner, d'après lequel, dans les infections associées, le pronostic doit être réservé surtout quand c'est l'infection la plus grave qui succède à la plus légère. Il est remarquable en effet que, dans les 4 observations terminées par la mort que nous venons de citer (abstraction faite de celle de M. Cosgrave), la fièvre typhoïde précéda la scarlatine.

De ce que la mortalité est basse, il ne faudrait pas d'ailleurs déduire que les complications fussent rares, au cours de la fièvre typhoïde avec scarlatine coexistante. Elles peuvent dépendre soit de l'une, soit de l'autre des affections en cause.

A la fièvre typhoïde ressortissent d'abord les formes à rechute. Nous avons signalé déjà la rechute mortelle qu'eut la malade de M. J. T. McKay; pareil accident est noté dans l'observation de Cabot, dans celle d'Eichhorst (où la réversion fut aggravée par une diphtérie concomitante), dans une de celles de M. Estève (quatrième cas). Dans le cas de M. E. A. Mackay, il est fait mention d'une hémorrhagie intestinale qui n'empêcha pas la guérison. Des complications auriculaires, peut-être imputables à la scarlatine, furent notées par M. Gläser (second fait du deuxième mémoire) et par M. Cosgrave (troisième observation).

Relevant de la scarlatine, nous notons — sans compter le cas d'urémie mortelle dû à M. Gläser — l'albuminurie signalée par M. Sequeira chez son second patient (avec coexistence de rhumatisme scarlatin), par M. Le Goïc, dont le malade eut en outre une phlébite typhoïdique de la convalescence, par M. E. A. Mackay, qui note l'apparition de l'albuminurie dès le début de la scarlatine, avec crise de néphrite aiguë au déclin de la fièvre typhoïde. Marrotte, de son côté, dit que la fillette dont il relate l'histoire eut de l'œdème de la face, des pieds et des mains, en même temps que de l'oligurie, mais... sans albuminurie, ce qui paraît bien extraordinaire. Enfin le retour à la santé fut troublé, dans le quatrième cas de Murchison et dans le second de M. Griffiths, par la suppuration de bubons cervicaux.

Une pareille liste montre que la plupart des complications classiques, tant de la dothiénentérie que de la scarlatine, ont été observées avec une certaine fréquence. Raison de plus pour penser que c'est à un simple hasard de statistique qu'est due la faible mortalité plus haut signalée.

Si nous voulons maintenant tirer de l'ensemble de faits que nous venons d'exposer une conclusion d'ordre pratique, c'est surtout en ce qui concerne le diagnostic — et, par là même, le pronostic — que la coexistence de la scarlatine et de la dothiénentérie offre de l'intérêt pour le clinicien. Nous avons vu que, des diverses modalités pathologiques susceptibles d'être réalisées, il en est une notamment qui peut causer de sérieux embarras : il s'agit de ces cas où le début de la fièvre typhoïde est masqué par l'évolution de l'exanthème scarlatin. De là, la nécessité, dans toute scarlatine dont les débuts ne sont pas francs, dont le déclin, surtout, laisse persister des troubles plus ou moins graves de l'état général — sans complication apparente —, de songer à la possibilité d'une dothiénentérie méconnue, et par suite de réserver le pronostic jusqu'à ce qu'on soit définitivement éclairé.

Inversement, dans un cas de fièvre typhoïde encore au début, assez bien caractérisé cependant pour que le diagnostic en ait été fait, on peut voir survenir une éruption scarlatineuse; ici encore, il importe de penser à la possibilité de la coexistence des deux affections, afin de ne pas prendre pour un érythème toxique ou infectieux une scarlatine des plus légitimes : ce serait là une erreur qui pourrait avoir les plus graves conséquences, sinon pour le malade lui-même, du moins pour son entourage.

Dr F. FARNARIER (de Paris).

MÉDECINE PRATIQUE

Séparation de l'urine des deux reins au moyen du massage du rein.

Le cathétérisme urétéral, pratiqué en vue de recueillir séparément l'urine de chaque rein, n'est pas sans soulever dans certains cas de objections assez graves. Lorsque la vessie est infectée, par exemple, il est absolument inadmissible d'introduire dans l'uretère sain une sonde ayant au préalable traversé le réservoir vésical septique. La séparation intra-vésicale des urines, préconisée dans ces dernières années, peut dans ces cas rendre des services, mais elle exige une instrumentation spéciale et une certaine habitude de la technique. Bien souvent, on obtient plus facilement et plus simplement une séparation des urines suffisamment complète pour le but de diagnostic clinique que l'on se propose, en ayant recours à un procédé indiqué il y a quelques années par M. le docteur D. Giordano, chirurgien de l'hôpital civil de Venise. Notre confrère, en effet, en pratiquant la néphrectomie, avait observé que, lorsque le rein se laissait facilement attirer dans la plaie abdominale, l'urine qu'il renfermait à ce moment en était en quelque sorte exprimée, si bien que la première urine recueillie après l'opération était chargée des produits morbides que les manœuvres opératoires avaient chassés du rein malade. L'idée lui vint alors d'utiliser l'*expression rénale* d'une façon indirecte en vue du diagnostic, au moyen d'un

massage médiat du rein. La preuve que ces manœuvres agissent bien réellement sur le rein est fournie par l'apparition de sang dans les urines émises par certains sujets dont les reins renferment des calculs anguleux. Le procédé de séparation adopté par M. Giordano consiste à recueillir l'urine qui s'accumule dans la vessie lorsque, après avoir fait reposer le malade au lit pendant quelques heures, on soumet l'un des reins et l'uretère correspondant à une sorte d'expression à l'aide du massage combiné des régions lombaire et abdominale latérale. Après avoir recueilli l'urine que l'on trouve dans la vessie à la suite de cette manœuvre, on fait un lavage sommaire de la vessie et on recommence l'opération de l'autre côté. Si l'urine que l'on obtient alors diffère de celle qui a été recueillie en premier lieu, cette variation sera évidemment en rapport avec une différence dans l'état des reins.

Un procédé analogue au précédent, et d'une application peut-être encore plus simple, a récemment fourni entre les mains d'un médecin de Trieste, M. le docteur G. Nicolich, des résultats également très satisfaisants dans des cas où il n'avait pas été possible de mener à bien le cathétérisme de l'uretère. Voici comment procède notre confrère :

La vessie étant bien lavée, puis vidée, il introduit une sonde vésicale, et pratique ensuite le massage dans la région correspondant à l'un des deux reins. Si cet organe est normal, on voit, au bout de quelques minutes de ce massage, de l'urine limpide sourdre goutte à goutte par l'orifice de la sonde, les gouttes se succédant plus fréquentes au moment même où l'on exerce avec la main une pression plus forte sur le rein. Si alors on passe à l'autre rein, et que celui-ci soit le siège d'une lésion suppurative, on observe — quelquefois presque immédiatement, après une vingtaine de gouttes — que l'urine change de caractère, et de claire devient trouble. Dans 2 cas où M. Nicolich eut recours à ce moyen, il put reconnaître quel était le rein affecté, et le diagnostic fut confirmé ultérieurement par la néphrectomie.

Lorsque par la miction un malade émet une urine purulente, et que, par le massage du rein, on obtient des deux côtés une urine limpide, on peut en conclure qu'il n'y a pas de lésion rénale, ainsi que notre confrère a été à même de le constater dans un cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars 1904.

De la gravité de la syphilis à complications oculaires.

M. Motais (d'Angers) lit, sur ce sujet, un travail dans lequel il établit que, sur 82 cas d'affections oculaires d'origine syphilitique (iritis, chorio-rétinites, névrites et atrophies optiques), ces complications ont été suivies 43 fois d'accidents spécifiques tertiaires graves. Cette proportion serait probablement encore plus élevée si tous les malades avaient pu être observés un temps suffisant.

Consécutivement aux iritis, ce sont des lésions osseuses qui ont été constatées le plus souvent (dans 20 % des cas); les lésions nerveuses se sont montrées au contraire relativement rares (15 %). A la suite des chorio-rétinites la proportion est renversée : les lésions osseuses ont été notées dans 8.3 % des cas et les lésions cérébro-médullaires dans 22 %. Enfin, les centres nerveux sont à peu près seuls en cause, quand il s'est agi de névrites optiques : sur 9 malades atteints d'accidents tertiaires consécutivement à ces affections, il y a eu une seule lésion osseuse, et 8 lésions cérébro-médullaires.

Cette statistique démontre la gravité du pronostic de la plupart des syphilis compliquées de lésions oculaires.

En présence d'une iritis, d'une chorio-rétinite ou d'une névrite optique survenant chez un syphilitique, on devra donc prescrire un traitement sévère, non seulement au moment des accidents, mais encore dans leur intervalle, et surveiller attentivement le malade.

M. Fournier fait remarquer que, s'il est hors de contestation que les manifestations oculaires accompagnent, dans la grande majorité des cas, les syphilis graves, il n'est pas encore établi que les syphilitiques qui présentent dans les premières phases de leur affection des iritis ou des iridochoroïdites soient plus menacés que les autres d'accidents ultérieurs sévères. En d'autres termes, si les complications oculaires de la syphilis ont une signification pronostique sérieuse pour le présent, il n'est pas démontré qu'elles présagent, à coup sûr, l'apparition d'accidents spécifiques graves dans l'avenir.

Traitement du cancer de la peau par les rayons X.

M. Leredde relate les observations d'un certain nombre de malades atteints d'épithéliomes cutanés de la face, des joues, des lèvres, etc., etc., qui ont été guéris ou très améliorés par la radiothérapie.

Les néoplasmes auxquels convient cette méthode sont les épithéliomes adultes, c'est-à-dire ceux dans lesquels existe une altération limitée par un bourrelet. La guérison a lieu par désintégration et liquéfaction du tissu malade, qui est éliminé peu à peu d'une manière intégrale, démontrant ainsi l'action élective des rayons X sur les parties dégénérées.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 mars 1904.

Action élective de plusieurs parties du corps sur certains écrans phosphorescents.

M. A. Charpentier. — La plupart des alcaloïdes, ainsi que divers toxiques (chloral), émettent des rayons N, et j'ai pu constater que l'action de ces substances sur l'écran phosphorescent était renforcée par le voisinage d'une autre source de rayons N.

J'ai eu alors l'idée de construire des écrans contenant — outre le sulfure phosphorescent — telle ou telle de ces substances. Ces écrans sont impressionnés par les rayons N d'origine physiologique, mais ils le sont d'une façon élective par les divers organes : l'organe qui influence le plus énergiquement un écran donné est précisément celui qui présente la plus forte affinité pour l'alcaloïde expérimenté. C'est ainsi que l'écran à la digitaline est surtout rendu lumineux par le cœur, l'écran à la pilocarpine par les glandes, l'écran à l'atropine par le cœur — que cet alcaloïde accélère —, tandis que son éclat s'affaiblit au niveau des glandes, dont l'atropine tarit la sécrétion. En ce qui concerne les poisons nerveux, l'écran à la strychnine brille le plus quand il est approché de la moelle; l'écran à l'apomorphine, lorsqu'on le met au voisinage du bulbe; l'écran à la nicotine, dans la région de la protubérance; l'écran à la santonine, au niveau des centres visuels, etc.

Action des métaux à l'état colloïdal et des oxydases artificielles sur l'évolution des maladies infectieuses.

MM. A. Robin et **G. Bardet.** — Nous avons expérimenté dans un certain nombre de cas de maladies infectieuses soit des solutions de métaux colloïdaux (or, palladium, argent, platine), soit les solutions métalliques — surtout de sels de manganèse — que l'on peut, à la suite de M. Trillat et de MM. Lumière et Chevrottier, considérer comme des oxydases artificielles, soit enfin de l'oxydase de levure de bière ou des sérums thérapeutiques (sérum antidiphtérique, sérum de cheval).

Toutes ces substances activent les oxydations; elles ont eu pour effet, chez nos malades, d'augmenter de façon visible et intense les échanges organiques et de les amener à l'oxydation parfaite : il y a surproduction d'urée et d'acide urique, apparition d'une quantité croissante d'indoxyle urinaire, etc.

Ces phénomènes sont analogues à ceux qui constituent la crise de diverses maladies infectieuses, notamment de la pneumonie. De fait, chez des pneumoniques, nous avons souvent constaté, au moyen des oxydases artificielles, une défervescence anticipée et définitive, dès le cinquième ou le sixième jour. Dans 2 cas de méningite tuberculeuse, les troubles méningitiques disparurent rapidement, sans que nous préjugions rien de la lésion tuberculeuse ellemême.

Action de l'acide formique sur le système musculaire.

M. E. Clément adresse une note relative à des recherches démontrant que l'acide formique augmente la force musculaire et accroît la résistance à la fatigue dans des proportions considérables : un sujet qui avait fourni un travail de 21 kilogrammètres dans une première expérience, en produisit un de 106 kilogrammètres — soit cinq fois plus fort —, après avoir ingéré quotidiennement, pendant trois jours, 40 gouttes d'acide formique, neutralisées avec du bicarbonate de soude et prises en deux fois dans un demi-verre d'eau.

Le traitement de l'hypertension artérielle par la d'Arsonvalisation.

M. A. Moutier envoie une note dans laquelle il tend à établir que l'on peut, chez les artérioscléreux, ramener la pression artérielle à la normale par la d'Arsonvalisation. Le résultat est obtenu au bout d'un nombre de séances variant de 5 à 17; il est d'autant plus rapide que le malade suit une hygiène générale et alimentaire plus stricte.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mars 1904.

Traitement du cancer de la langue.

M. Sébileau. — Pour éviter l'infection des voies respiratoires et digestives, à la suite des opérations de cancer lingual, j'ai l'habitude de mettre, pendant les huit ou dix premiers jours, la tête du malade dans une position déclive, en élevant les pieds du lit, de façon à favoriser le rejet des sécrétions.

En ce qui concerne la technique opératoire, je considère l'ablation de la langue par les voies naturelles comme infiniment moins grave que les autres procédés. Je procède à la recherche systématique des ganglions, ainsi que le fait M. Poirier, même lorsqu'ils ne sont pas appréciables cliniquement.

Dans les cas où l'extirpation de la langue n'est pas possible par les voies naturelles, je crois qu'il faut éviter à tout prix soit la résection du maxillaire, soit sa section temporaire; l'opération par la voie sous-maxillaire latérale me paraît alors constituer la méthode de choix.

M. Walther. — Les résultats tardifs de mes opérations pour cancer de la langue ont toujours été mauvais; les récidives n'ont eu lieu sur place que dans deux cas, et se sont faites le plus souvent dans les ganglions du cou, que je n'avais pas enlevés; c'est pourquoi l'ablation de ces ganglions me paraît — comme à M. Poirier — devoir être conseillée systématiquement.

Mais, avec MM. Ricard et Berger, je reproche au procédé de M. Poirier de laisser le plancher de la bouche : j'enlève toujours ce dernier, y compris les glandes sous-maxillaires, dans lesquelles on peut souvent constater au microscope des noyaux cancéreux, alors qu'elles paraissent saines à l'œil nu.

M. Hartmann. — En présence d'un cancer de la langue tout à fait au début, sans ganglions appréciables, je me borne à pratiquer l'ablation intra buccale de la lésion cancéreuse, et je ne m'occupe pas des ganglions que je ne sens pas; j'ai obtenu ainsi des guérisons ayant persisté jusqu'à cinq ans; chez un malade, cependant, la récidive est survenue au bout de deux ans et demi du côté opposé à celui où siégeait la lésion primitive.

Dans tous les autres cas, j'opère par la voie sus-hyoïdienne, sans craindre une large ouverture de la cavité buccale, attendu que je n'ai pas encore eu de mort post-opératoire à la suite d'interventions de ce genre.

M. Poirier. — Si je n'enlève pas systémati-

quement le plancher de la bouche, c'est que les très nombreux examens faits à ce point de vue par les histologistes semblent démontrer que les lymphatiques reliant le cancer initial aux ganglions sont généralement indemnes. Je ne crois donc utile d'enlever le plancher de la bouche que dans les cas où il est manifestement envahi par le cancer.

M. Faure. — Je suis convaincu, quoi qu'on en dise, que la guérison du cancer en général peut être obtenue par une ablation précoce et large. J'ai déjà pour ma part un certain nombre de guérisons datant de plusieurs années et pouvant être considérées comme définitives.

Pathogénie du « decubitus acutus » post-opératoire.

M. Picqué. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur un travail qui nous a été envoyé par M. Vanverts (de Lille) sur la pathogénie du *decubitus acutus* consécutif aux opérations abdominales. Notre confrère, s'appuyant sur 2 cas personnels et sur 2 autres observations déjà publiées, combat la théorie — généralement admise — qui attribue une origine nerveuse aux eschares sacrées post-opératoires, pour lesquelles d'ailleurs on ne saurait parler de *decubitus acutus* que lorsqu'elles surviennent en quelques heures. M. Vanverts pense qu'il est des cas nombreux où l'infection est la cause de ces accidents et il estime que les soins de propreté à donner aux opérés ont une importance considérable au point de vue de la prévention des eschares.

M. Hartmann. — J'ai constaté des cas de *decubitus acutus* à une époque où l'on craignait de remuer les opérés et où l'on négligeait peut-être les soins de propreté; actuellement, je n'en observe plus.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion de voir 2 cas de *decubitus acutus* se produire en vingt-quatre heures, sans qu'on pût invoquer l'absence de soins de propreté.

M. Segond. — Quoi qu'en dise M. Hartmann, je pense que les eschares peuvent survenir en dehors de toute cause d'infection locale.

M. Pozzi. — J'ai vu récemment un cas de *decubitus acutus* chez une femme obèse, sans qu'il y eût lieu d'incriminer le manque de soins locaux.

M. Walther. — Il faut distinguer les eschares de *decubitus* d'avec les brûlures déterminées par l'alcool et l'éther qu'on emploie quelquefois à profusion dans les lavages, avant l'opération.

M. Legueu. — Dans les cas de *decubitus acutus* que j'ai observés, les lésions se sont produites avec une rapidité très grande, dans des conditions tout à fait différentes de celles qui caractérisent les eschares dues à la saleté ou à la brûlure par l'alcool ou l'éther.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mars 1904.

Deux cas de méningite lymphocytique au cours des oreillons.

M. Chauffard. — J'ai observé avec M. Boidin 2 malades atteints d'oreillons, chez lesquels le liquide céphalo-rachidien, extrait pendant la vie par ponction lombaire, contenait un très grand nombre de lymphocytes. Dans un cas même, ceux-ci étaient si nombreux que ce liquide était trouble, comme s'il s'était agi d'une véritable « suppuration lymphocytique ». Cette lymphocytose était pure dans les 2 cas; chez un de nos malades, que nous avons pu suivre assez longtemps, elle n'a disparu qu'au bout de trois mois.

Nous pensons que cette réaction méningée n'est pas le fait de l'infection ourlienne, mais qu'elle traduit une méningite vraie, qui, très fruste au point de vue clinique, est caractérisée seulement par de la fièvre, de la céphalée et surtout du ralentissement du pouls. Ce qui justifie cette interprétation, c'est que, dans un cas, la ponction faite à la période d'état de la maladie, en pleine fluxion ourlienne, a donné un liquide normal; c'est seulement lorsque le patient fut pris de fièvre, de céphalée et de tachycardie que le liquide céphalo-rachidien devint louche et se montra très riche en lymphocytes. D'autre part, ce liquide n'a jamais été fibrineux; il ne renfermait pas plus d'albumine qu'à l'état normal; sa tension ne nous a pas semblé accrue.

Ces faits prouvent enfin que l'infection ourlienne n'a pas toujours la bénignité qu'on lui attribue volontiers et qu'elle est peut être capable de jouer un rôle dans la genèse de certaines scléroses cérébro-spinales de pathogénie encore si obscure.

M. Dopter. — J'ai soigné également 2 malades atteints d'oreillons accompagnés de céphalée et de ralentissement du pouls : celui-ci, chez l'un d'eux, est descendu à 44. Chez ces patients, le liquide céphalo-rachidien, extrait par ponction lombaire, est sorti sans augmentation de pression : il était trouble, légèrement albumineux et ses ensemencements sont restés stériles. Un de ces malades avait de l'hyperthermie, et son liquide céphalo-rachidien contenait des lymphocytes en abondance; chez l'autre, qui est resté apyrétique, ce liquide renfermait bien quelques lymphocytes, mais les polynucléaires prédominaient.

Anévrysme de la crosse de l'aorte d'origine traumatique, avec myosis et signe d'Argyll, sans antécédent avéré de syphilis.

M. P. Merklen présente, en son nom et au nom de M. Pouliot, un homme de quarante-sept ans, qui fut pris, il y a sept mois, à la suite d'une violente contusion des régions aortique et précordiale, de vives douleurs avec état demi-syncopal. Ces douleurs se reproduisirent la nuit suivante sous forme d'accès anginiformes prolongés, et reparurent, après une rémission de quelques semaines, pour devenir bientôt permanentes. Le malade, qui exerce la profession de sellier, est entré à l'hôpital parce que ses douleurs thoraco-brachiales l'empêchent absolument de dormir. Il est atteint d'un anévrysme fusiforme de la portion transversale de la crosse de l'aorte, caractérisé par une tumeur pulsatile, sans souffle ni frémissement, facilement perceptible à la partie interne des troisième et quatrième espaces intercostaux gauches. Il a en même temps du myosis et le signe d'Argyll-Robertson.

L'association d'une lésion aortique et du signe d'Argyll, ajoute l'orateur, s'observe habituellement chez d'anciens syphilitiques atteints de tabes incipiens ou déjà caractérisé. Le malade présenté nie avec bonne foi tout antécédent de syphilis, et il n'a aucun autre symptôme de tabes que le signe d'Argyll : ses réflexes et sa sensibilité n'ont rien d'anormal. Y a-t-il lieu d'incriminer quand même une syphilis latente et ignorée? La discussion est d'autant plus permise que l'anévrysme est lui-même une conséquence de cette maladie, dans le plus grand nombre des cas. Toutefois, le traumatisme peut en être la cause occasionnelle et même déterminante, comme le prouvent une série d'exemples indiscutables; dans ces conditions, il est difficile, malgré toute la valeur du signe d'Argyll, d'affirmer l'origine syphilitique de l'ectasie anévrysmale dont ce malade est atteint, et de ne pas la considérer comme une conséquence directe du traumatisme, de l'accident de travail. C'est la conclusion qu'il serait juste, d'après M. Merklen, d'émettre dans une expertise médico-légale.

M. Vaquez. — Le myosis et le signe d'Argyll-Robertson présentés par le malade de M. Merklen sont indépendants de l'anévrysme dont il est porteur et doivent être rattachés, selon moi, à une syphilis antérieure, bien qu'on ne constate chez cet homme aucun autre signe de cette affection. L'absence de modifications des réflexes tendineux prouve seulement que le patient n'est pas tabétique, mais il n'en est pas moins atteint d'une méningite de la base qu'il serait facile de déceler par la ponction lombaire.

Je ne conteste pas pour cela le rôle du traumatisme dans la production de l'anévrysme dont ce patient est atteint, mais je pense que le traumatisme n'aurait pas été suffisant, à lui seul, pour provoquer l'ectasie de l'aorte, si ce vaisseau n'avait pas été le siège de lésions préalables, probablement de nature syphilitique.

Anémie pernicieuse aplastique.

M. Chauffard communique l'observation d'un malade atteint d'anémie pernicieuse progressive, chez lequel le chiffre des hématies tomba à 480,000, avec diminution de la richesse globulaire, sans qu'à aucun moment on eût pu constater la présence dans le sang d'éléments anormaux, globules rouges nucléés, myélocytes, etc. Il s'agissait donc d'un cas d'anémie aplastique analogue à celui qui a été relaté, au cours de la précédente séance, par M. Vaquez. Le malade est mort dans le marasme, mais l'autopsie n'a pu être pratiquée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 mars 1904.

Altérations cellulaires produites par les injections hypotoniques et hypertoniques.

MM. Achard et **Paisseau.** — Les injections intraveineuses de liquides fortement hypotoniques (congelant à — 0°20) altèrent les cellules des tubes contournés du rein : la lumière des tubes disparaît et est remplie de débris cellulaires, les noyaux se colorent à peine. Les injections fortement hypertoniques (solutions congelant à — 1°50) produisent, au contraire, le tassement des cellules contre la paroi et l'augmentation de la lumière des tubes, et laissent les noyaux se colorer.

Ces résultats sont fort semblables à ceux qui ont été constatés par MM. Castaigne et Rathery dans leurs expériences *in vitro*, avec les cellules des tubuli immergées dans des solutions de chlorure de sodium (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 309-312). Nous les avons obtenus avec des solutions de diverses substances : chlorure de sodium, sulfate de soude, glycose, urée. C'est donc la différence de concentration qui est le principal facteur de ces altérations, et la nature de la substance ne joue qu'un rôle secondaire.

Rapports du pancréas (îlots de Langerhans) avec la glande thyroïde.

M. Lorand. — Deux facteurs importants nous semblent devoir être invoqués dans la genèse du diabète : la dégénérescence des îlots de Langerhans dans le pancréas, et l'hyperactivité de la glande thyroïde, se manifestant par une exagération de la sécrétion de la substance colloïde dans les vésicules.

En comparant, en effet, les coupes de glande thyroïde provenant de 3 chiens rendus diabétiques par l'ablation du pancréas avec celles des glandes thyroïdes d'animaux témoins, nous avons noté un élargissement très considérable des follicules glandulaires et une sécrétion très abondante de la substance colloïde.

D'un autre côté, en examinant le pancréas d'un chien trois jours après l'ablation de la thyroïde, nous avons constaté une surabondance des îlots de Langerhans.

Il semble donc qu'il existe un véritable antagonisme entre le pancréas et la glande thyroïde.

Un autre fait intéressant à signaler, c'est que nous avons vu disparaître le diabète chez les chiens privés de pancréas deux jours après l'ablation de la thyroïde avec conservation des parathyroïdes. Les animaux qui avaient subi cette double opération n'ont pas survécu plus de cinq jours.

Il résulte enfin d'une série de recherches que nous avons pratiquées sur des acromégaliques que le diabète, assez fréquent chez ces sujets, est lié également à une perturbation fonctionnelle à la fois de la glande thyroïde et du pancréas.

Que devient l'adrénaline dans l'organisme?

M. Livon (de Marseille). — On sait que l'hypertension artérielle consécutive aux injections intraveineuses d'adrénaline est de très courte durée : il faut donc admettre, puisque cette substance ne s'élimine pas par les urines, qu'elle subit une transformation dans l'organisme. En pratiquant des injections lentes dans une des branches de la veine porte, j'ai constaté que le foie retenait la plus grande partie de l'adrénaline, mais il en passe toujours une certaine quantité dans la circulation générale; d'après mes expériences, l'adrénaline qui échappe ainsi à l'action du foie est détruite, en partie, sinon en totalité, dans le tissu musculaire.

La formule hémoleucocytaire du nouveau-né normal.

MM. Raybaud et **Vernet** (de Marseille). — Les auteurs qui ont étudié la formule hémoleucocytaire dans la première enfance concluent tous à l'existence d'une mononucléose physiologique chez le nourrisson. Nos recherches personnelles, portant sur 17 enfants sains âgés d'une demi-heure à un an, viennent pour une part à l'appui de cette opinion; nous avons constaté, cependant, que durant la première journée de l'existence, les polynucléaires neutrophiles étaient franchement prédominants (65.5 %).

Myiase gastrique due à l'Homalomyia canicularis.

M. Florentin (de Nancy) présente des larves d'*Homalomyia canicularis*, diptère de la famille des muscidés qui n'aurait encore jamais été observé comme parasite chez l'homme; elles ont été vomies par une jeune fille de onze ans, habitant le département du Doubs, chez laquelle ces parasites déterminaient des douleurs gastriques avec troubles généraux (tendances syncopales).

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 16 mars 1904.

Un cas de foie mobile.

M. Ernst Meyer relate l'observation d'un homme de trente-cinq ans, vigoureusement constitué, qui, à la suite d'une violente secousse — cet homme est employé de tramway —, commença à éprouver des douleurs dans l'abdomen. L'examen des viscères abdominaux ne révèle rien d'anormal tant que le malade est couché; mais dès qu'il se lève apparaît, dans la région supérieure du ventre, une volumineuse tumeur à surface lisse, qui descend à peu près jusqu'au niveau de l'ombilic. Au-dessus d'elle, la matité normale du foie est remplacée par un son tympanique; enfin l'examen radioscopique dans la position debout ne laisse apercevoir aucune ombre au-dessous du diaphragme, tandis que la tumeur elle-même est opaque. Il s'agit donc bien d'un cas de mobilité anormale du foie.

Transmission de la syphilis aux singes anthropoïdes.

M. Lassar dit que les lésions cutanées du chimpanzé auquel il a naguère inoculé la syphilis (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 7) se sont encore étendues, surtout aux régions palmaires et plantaires. En outre, avec les produits fournis par cet animal, l'orateur a inoculé, le 31 janvier, un autre chimpanzé qui a eu exactement les mêmes accidents que le premier. Malheureusement, cet animal est mort subitement, au bout de six semaines; l'autopsie a fait reconnaître chez lui l'existence d'une pneumonie caséeuse aiguë.

La transmission expérimentale de la maladie du premier chimpanzé au second donne, d'après M. Lassar, une grande vraisemblance à l'opinion que c'est bien la syphilis qui est en cause.

La prédisposition congénitale aux hernies.

M. Waldeyer fait une communication dans laquelle il s'efforce, en s'appuyant sur ses recherches anatomiques, de démontrer que les hernies ne se produisent qu'à la faveur d'une prédisposition congénitale. On sait, en effet, qu'elles empruntent des trajets qui existent — mais imperméables — chez l'individu normal, et dont la largeur exagérée constitue précisément la prédisposition aux hernies. Ce qui le prouve, c'est que, d'après l'orateur, chez les hernieux tous les trajets, même ceux qui demeurent libres, offrent des dimensions excessives.

M. von Bergmann croit aussi qu'il faut incriminer une certaine prédisposition aux hernies; celles-ci, en outre, apparaissent toujours progressivement. Aussi l'orateur est-il d'avis qu'une hernie ne peut se produire à la suite d'un accident que s'il y a eu des délabrements considérables de la paroi; c'est là, d'ailleurs, une éventualité fort rare, que M. von Bergmann dit n'avoir vu se réaliser qu'une fois.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 21 mars 1904.

Sur la transformation lymphadénoïde de la moelle osseuse.

M. Benda déclare, à propos de la récente communication de M. Senator sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 85), accepter pleinement les conclusions émises par cet auteur au point de vue de l'aplasie médullaire. Il croit, en effet, qu'il faut établir, dans les affections du sang, des distinctions purement morphologiques, qui répondent mieux à l'état actuel de nos connaissances que les essais de synthèse proposés par différents auteurs.

En outre, M. Benda insiste sur l'utilité que présente, pour l'étude de ces affections, la méthode des coupes de moelle osseuse : les préparations de sang ne donnent pas des renseignements suffisants et doivent être réservées à l'étude du sang vivant.

M. A. Plehn ne croit pas que l'on puisse avoir toute certitude, au point de vue du diagnostic des maladies du sang, en s'en tenant à l'examen des coupes, car des altérations médullaires semblables peuvent se rencontrer dans des affections diverses. En outre, les lésions sont parfois limitées à la moelle de certains os; c'est ainsi que dans un cas d'anémie pernicieuse observé par l'orateur, et ayant entraîné la mort en dix jours, la moelle du fémur droit présentait une aplasie totale par sclérose; or, un examen du sang recueilli le jour même de la mort montra de nombreux érythrocytes jeunes; il fallait donc bien qu'il y eût, en quelque point, de la moelle rouge ayant donné naissance à ces éléments.

M. Hirschfeld relate l'observation d'une jeune fille de vingt-huit ans, atteinte d'anémie progressive depuis neuf mois, avec hémorrhagies des divers organes; on ne comptait que 1,200,000 hématies par millimètre cube de sang, et 3,600 leucocytes dont 72 % de lymphocytes. La patiente ayant succombé douze jours après son admission à l'hôpital, on trouva à l'autopsie des hémorrhagies dans les séreuses et de la dégénérescence graisseuse du cœur; la moelle des côtes donnait à la pression une sérosité rose clair, renfermant de petits lymphocytes et quelques érythrocytes nucléés.

L'orateur préférerait voir employer l'expression d'atrophie médullaire, plutôt que celle d'aplasie, qui implique l'idée d'un processus congénital.

Anévrysme de l'aorte ouvert dans la veine cave supérieure.

M. von Leyden communique l'observation d'un homme de cinquante-sept ans qui, en plein travail, avait ressenti un jour comme un coup dans la région cardiaque; depuis lors, le malade avait du vertige, de la dyspnée et des œdèmes qui n'avaient fait que progresser. L'anasarque étant strictement localisé à la moitié supérieure du corps, il y avait tout lieu de supposer qu'il existait une cause de compression au niveau de la veine cave supérieure ou de l'oreillette droite : il s'agissait, ainsi que le prouva une radioscopie, d'un anévrysme aortique, dont M. von Leyden admit l'ouverture dans la veine cave, en raison du début subit des accidents.

Le patient ayant succombé, l'autopsie révéla en effet la présence d'un anévrysme sacciforme de l'aorte, ayant le volume d'un œuf et couché sur l'oreillette droite et la veine cave supérieure; il communiquait en outre par un petit pertuis avec ce dernier vaisseau.

M. A. Fränkel dit avoir observé 3 cas de ce genre; il considère aussi le début soudain des accidents comme absolument caractéristique; le plus souvent, c'est un effort physique qui détermine la rupture : ainsi, chez un de ses malades, celle-ci se produisit à l'occasion de l'ascension d'un escalier.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 mars 1904.

Cancer épidermoïde de la vésicule biliaire.

M. Ch. Firket. — Je puis vous communiquer une observation de cancer de la vésicule biliaire, où la prolifération épithéliale présente les caractères de l'épiderme dérivé du feuillet externe de l'embryon : prolongements intercellulaires semblables à ceux du corps muqueux de Malpighi, imbrication des cellules avec formation de globes perlés, tendance à la dégénérescence cornée, intéressant d'ailleurs très irrégulièrement les diverses cellules d'un territoire donné.

On ne connaît qu'un très petit nombre de faits de ce genre, une douzaine environ, et l'accord n'est pas fait sur l'interprétation qu'il convient de donner à ces particularités de structure et d'évolution, si différentes de ce que l'on constate dans les dérivés épithéliaux de l'endoderme, d'où provient l'épithélium de la vésicule biliaire.

Je rejette en tout cas l'hypothèse d'une anomalie du développement embryonnaire, ayant amené une inclusion ectodermique dans la vésicule biliaire. On ne saurait davantage admettre ici une prolifération partie de l'épiderme et se substituant par refoulement à l'épithélium cylindrique de la vésicule, comme on a pu le supposer pour des cas d'épidermisation de l'urèthre ou de la vessie à la suite de fistule uréthrocutanée. Il ne reste qu'à considérer ce fait comme l'expression d'une métaplasie vraie.

Quant à la cause possible de cette métaplasie, il ne semble pas qu'elle puisse se réduire simplement à des influences mécaniques, par exemple à l'action de calculs biliaires lésant la muqueuse. En effet, cette métaplasie de l'épithélium vésiculaire est absolument exceptionnelle, non seulement dans les cas si fréquents de lithiase, mais aussi dans ceux de cancer consécutif à cette lithiase.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 26 mars 1904.

Paralysie oculaire en rapport avec des lésions labyrinthiques.

Dans la séance du 24 mars de la Société de médecine interne et de pédiatrie, **M. K. von Stejskal** a présenté un homme qui, à la suite d'un coup sur la tête, fut pris d'accès répétés de vertige et de maux de tête, ainsi que d'une paralysie oculaire avec mouvements de nystagmus lorsque le regard était dirigé de côté; le fond de l'œil et le champ visuel sont normaux. En outre, il y a un trouble bilatéral de l'appareil de l'ouïe. La cause de ces symptômes paraît ressortir à des foyers bilatéraux symétriques au niveau du pli courbe, ou dans une lésion du pont de Varole; il est très probable qu'il s'agit d'une paralysie réflexe des muscles oculaires, ayant son origine dans les troubles du labyrinthe.

M. Sachs dit avoir observé une jeune fille, chez laquelle une paralysie bilatérale réflexe des yeux est survenue à la suite d'une opération sur l'oreille, pendant laquelle un des canaux semi-circulaires fut lésé. Lorsque la malade regarde de côté, les yeux exécutent le mouvement latéral de façon normale, puis l'action du nerf moteur oculaire externe faiblit et l'œil rétrocède un peu. La convergence est normale.

Traitement de la tuberculose par le sérum de Marmorek.

M. Bär a montré des pièces anatomiques provenant d'un cas de tuberculose pulmonaire traité dans le service de M. Schlesinger avec le sérum de Marmorek. Il s'agit d'un malade de quinze ans, qui remplissait les conditions exigées par M. Marmorek, car ses lésions

étaient récentes : lorsqu'il fut reçu à l'hôpital, le 21 novembre 1903, ce garçon n'était malade que depuis quelques mois. On constatait, au niveau du lobe supérieur du poumon gauche, de la submatité, de la rudesse du murmure vésiculaire, des râles à bulles petites et moyennes. La température variait de 37°8 à 39°2. Jusqu'au 2 décembre 1903, ce jeune homme reçut 7 injections de 15 c.c. de sérum de Marmorek sous la peau de l'abdomen. Bientôt après l'institution de ce traitement, la toux et les sueurs nocturnes augmentèrent, et l'examen objectif révéla, dès le 5 décembre, une aggravation des lésions; quelques jours plus tard, on notait au sommet droit et au lobe inférieur gauche de la rudesse respiratoire. On cessa les injections, mais le processus suivit sa marche progressive; des cavernes se formèrent et le 15 mars le malade succomba. A l'autopsie, on trouva dans le lobe supérieur gauche une caverne du volume d'un œuf d'oie; dans le lobe inférieur gauche et dans le poumon droit, la tuberculose affectait la forme miliaire. Les pièces anatomiques ne laissaient reconnaître aucune trace d'un processus de réparation dans les poumons.

Dans 2 autres cas, le sérum de Marmorek a également échoué et les malades succombèrent.

En outre, dans plusieurs flacons de sérum spécialement examinés à ce point de vue, on a trouvé des streptocoques et des staphylocoques virulents.

M. Friedjung dit avoir essayé le sérum de Marmorek dans 4 cas de méningite basilaire, sans le moindre succès.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la tuberculose du sac herniaire, par M. R. Lewisohn.

Le nombre des faits de tuberculose herniaire s'est notablement accru depuis quelques années : M. Lewisohn en réunit 58, auxquels il ajoute 4 observations inédites. Et cette série de 62 cas s'est grossie encore, dans ces dernières semaines, d'une observation de M. Abel (de Strasbourg) et de 3 autres, de M. Thoenes. Ce n'est donc plus là une affection exceptionnelle, une « trouvaille » opératoire ou nécropsique, et les documents rassemblés suffisent à en écrire l'histoire. Cette histoire, d'ailleurs, a déjà été faite dans ses grandes lignes, et nous ne signalerons, dans le présent travail, que certains points spéciaux.

Quelques chiffres, d'abord : des 62 cas, 55 sont des faits d'opération, 7 des faits d'autopsie; il y a 43 hommes et 16 femmes (pour 3 malades le sexe n'est pas indiqué); il s'agissait, 46 fois, de hernie inguinale, 8 fois de hernie crurale, 1 fois de hernie ombilicale (dans 7 observations, le siège de la hernie n'a pas été relevé). Enfin, plus de la moitié des patients étaient âgés de vingt à trente ans; 29 avaient moins de quinze ans, 9 avaient plus de cinquante ans.

Tout cela est intéressant à noter brièvement; ce qui l'est davantage, c'est de chercher une réponse à ces trois questions, souvent débattues : La tuberculose du sac herniaire est-elle toujours liée à la tuberculose généralisée du péritoine, ou peut-elle faire figure de tuberculose locale proprement dite? Est-il possible d'établir le diagnostic? Quels sont les résultats locaux et généraux de ces kélotomies ou de ces cures radicales pour hernies tuberculeuses ?

A la première question, l'auteur apporte une solution de valeur indiscutable : dans aucun des 7 faits d'autopsie, on n'a constaté que la tuberculose fût limitée au sac herniaire; il en fut de même chez 4 malades, opérés, qui succombèrent plus tard, et dont l'autopsie fut pratiquée. Cet argument de fait vaut mieux que tous les autres; il ne semble pas, d'ailleurs, qu'on ait jamais soutenu, dans toute la rigueur du terme, cette localisation au sac, assez peu compréhensible : on a voulu dire, surtout, que la tuberculose pouvait être plus confluente au niveau de la hernie, et l'hypothèse n'est pas invraisemblable, M. Lewisohn le reconnaît.

Quant au diagnostic, avant l'opération, il n'est pas courant, et l'auteur ne relève que 5 cas où il ait été fait, et un autre (c'est la première de ses observations personnelles) où il le fut presque. Un garçon de cinq ans avait « un gros ventre » depuis quelques mois; ce ventre contenait du liquide, et l'on y sentait, au-dessus de l'ombilic, un boudin transversal, résistant et bosselé; on trouvait, de plus, dans le scrotum, à droite, une tumeur dure, grosse comme une noix, reliée par un cordon au testicule, et se prolongeant, de l'autre côté, dans le canal inguinal. Péritonite tuberculeuse, épiploïte tuberculeuse probable, tel fut le diagnostic. L'opération le confirma : toutefois, il n'y avait pas d'épiploon dans le sac, et la tumeur était formée par le sac lui-même, semé de noyaux tuberculeux et rempli de liquide.

Cette coexistence d'une péritonite tuberculeuse manifeste fournit évidemment au diagnostic un de ses meilleurs appoints, mais elle ne se rencontre pas toujours avec une pareille netteté, et il arrive que la tuberculose péritonéale ne soit elle-même reconnue que pendant l'opération de la hernie : l'éventualité se réalisa 37 fois, dans les observations rassemblées par M. Lewisohn, alors que 16 fois seulement les phénomènes abdominaux étaient assez accusés pour que le diagnostic de péritonite tuberculeuse eût été porté d'emblée (sans qu'on eût, d'ailleurs, le plus souvent, étendu ce diagnostic de tuberculose à la hernie elle-même).

L'examen local fournit aussi des éléments : la présence d'un liquide abondant — et réductible — dans le sac; de gros noyaux, occupant le fond du sac et bien distincts du testicule et de l'épididyme; des noyaux plus petits, qui remontent en chapelet tout le long de la hernie, jusqu'au canal inguinal; ce sont là des signes de valeur, mais inconstants.

La tuberculose herniaire restera donc assez souvent « une surprise »; mais cette surprise ne doit pas faire regretter d'être intervenu. Sans parler même des cas où l'opération était imposée par des accidents d'étranglement (il n'y en a que 5 exemples, dans le mémoire de M. Lewisohn), la cure radicale des hernies tuberculeuses donne de bons résultats locaux et généraux (toute réserve faite, bien entendu, sur le degré de la tuberculisation du sujet). Le plus souvent, la guérison se maintient; il n'est pas rare que la péritonite tuberculeuse soit elle-même heureusement influencée, que l'ascite diminue et même disparaisse; enfin, lors de hernie tuberculeuse double, après l'opération pratiquée d'un côté, on a constaté parfois que le processus curateur, d'essence inconnue, pouvait s'étendre à la hernie restante : un garçon de cinq ans, dont parle l'auteur, avait un gros ventre et une hernie scrotale double; on l'opère à gauche : ascite abondante, sac parsemé de noyaux tuberculeux. Neuf mois après, la hernie droite avait perdu ses bosselures, il n'y avait plus d'ascite et l'état général était florissant. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XI, 5.) — L.

Contribution à la localisation de l'hémichorée, par M. Aufschlager.

Il existe encore de graves divergences concernant la localisation anatomique de l'hémichorée. Hammond considérait cette affection comme le résultat d'une lésion de l'écorce cérébrale, tandis que Charcot, se basant sur l'existence concomitante de symptômes d'hémianesthésie cérébrale, en plaçait l'origine dans le segment postérieur de la capsule interne. Si, d'autre part, on analyse les observations avec autopsie, jusqu'ici publiées, on constate que les lésions ayant provoqué l'hémichorée avaient leur siège dans une région assez étendue, comprenant le noyau caudé, le noyau lenticulaire et la couche optique, ainsi que la substance blanche intermédiaire à ces masses grises. MM. Kahler et Pick croient enfin que l'hémichorée est due à une lésion du faisceau pyramidal entre la couche optique et la partie postérieure du noyau lenticulaire. C'est une contribution à l'étude de cette question que M. Aufschlager apporte dans ce travail.

Dans le fait qu'il relate, l'hémichorée datait de quinze ans. Elle était survenue subitement, pendant que la malade était à table, sans perte de connaissance. Ce cas est en outre remarquable par l'absence totale d'hémianesthésie; il existait même une légère exagération de la sensibilité au toucher et à la douleur.

La patiente étant morte d'une affection tuberculeuse, l'autopsie révéla la présence d'un kyste aplati, de 3 centimètres de longueur, logé entièrement dans la couche optique droite, à l'exception de sa portion postérieure qui touchait à la substance blanche du lobe occipital.

L'hémichorée paraît donc, dans cette observation, avoir été sous la dépendance d'une lésion de la couche optique, sans la moindre participation du faisceau pyramidal, car ce dernier était intact sur tout son parcours. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 3-4.) — A. J.

L'alimentation artificielle, dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage, au moyen d'un drain à demeure, par M. G. W. Schiele.

La difficulté que l'on éprouve à pratiquer le cathétérisme — nécessaire pour l'alimentation du malade — d'un œsophage dévié et déformé par le cancer, avait dès 1881 donné à Krishaber l'idée de laisser à demeure, dans les cas de ce genre, une sonde molle en caoutchouc, introduite par l'une des fosses nasales. Plus tard, Simonds en Angleterre et, après lui, M. von Leyden en Allemagne (Voir *Semaine Médicale*, 1888, p. 160) préconisèrent l'emploi d'une simple canule pour remplacer la sonde de Krishaber. Mais ni l'une ni l'autre de ces méthodes n'est entrée dans la pratique générale.

M. Schiele a eu l'idée de substituer à la sonde ou à la canule œsophagienne employée par ces auteurs un simple drain qu'il laisse à demeure : c'est un tube en caoutchouc long de 30 centimètres et pourvu de nombreuses ouvertures latérales, qu'on introduit à l'aide d'une bougie en baleine avec olive terminale. Pour faciliter la manœuvre, on lie l'extrémité du drain avec un fil de catgut et l'on pratique une ouverture latérale près du bout du tube. On obtient ainsi une extrémité borgne dont se coiffe l'olive engagée par l'orifice situé près de l'extrémité du drain. Dès que le ressaut caractéristique avertit que le détroit cancéreux a été franchi, on retire le mandrin; le tube reste en place.

Une bonne précaution consiste à adapter à l'extrémité supérieure du drain un fil que l'on fixe d'autre part aux dents du malade. Celui-ci peut alors, en tirant sur le fil, remettre lui-même le tube en bonne position, si des mouvements de déglutition l'ont entraîné trop profondément. Il ne faut cependant pas que ce fil soit trop tendu, sans quoi les mouvements exécutés par la langue au moment de la mastication et de la déglutition risqueraient de faire remonter le drain en deçà du rétrécissement.

La ligature de catgut qui étrangle l'extrémité inférieure du tube ne tarde pas à se dissoudre au contact du suc gastrique et rend ainsi cette extrémité perméable. Pour attendre ce moment, et permettre aux liquides de passer dès le début, il faut avoir soin de donner des dimensions suffisantes à l'ouverture latérale inférieure dans laquelle on engage l'olive du mandrin au moment de l'introduction du drain. Les ouvertures en grand nombre dans la partie supérieure du tube sont également utiles, en ce qu'elles laissent passer dans le drain les liquides qui, ayant glissé à côté de l'extrémité supérieure du tube, ont tendance à s'accumuler dans la dilatation œsophagienne précancéreuse.

Dans le cas où M. Schiele a fait usage du drain à demeure, il en a obtenu un excellent résultat : son malade parvint rapidement à avaler non seulement des liquides, mais même une nourriture semi-liquide, composée de purées, d'œufs brouillés, etc. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 février 1904.) — F. M.

Coloration intense de la peau après injection d'extrait surrénal, par M. A. Schücking.

Appelé à opérer une femme pour un prolapsus de la matrice avec hypertrophie du col, l'auteur injecta dans la paroi postérieure du vagin et dans l'épaisseur de la portion vaginale un peu moins de 2 c.c. d'une solution d'extrait surrénal à 1 %. Sept minutes environ après, il fut tout surpris de voir que la peau de la patiente était devenue d'un bleu foncé. Cette coloration était très marquée et rappelait la mélanodermie que l'on observe au cours de la maladie d'Addison. Les mouvements respiratoires étant en même temps peu étendus, M. Schücking

pratiqua la respiration artificielle, qui eut pour effet de rendre la respiration profonde et régulière, sans faire pourtant disparaître la coloration anormale des téguments, laquelle persista pendant une demi-heure environ. La malade fut, en outre, prise de vomissements, qui se reproduisirent fréquemment le même jour et le lendemain.

Ainsi donc, une injection sous-muqueuse d'extrait surrénal à une dose juste suffisante pour produire une action hémostatique efficace peut déterminer l'apparition des phénomènes caractéristiques par lesquels se traduit habituellement l'altération chronique des capsules surrénales. Cela étant, l'auteur serait porté à croire que, dans la maladie d'Addison, il s'agit d'une hypersécrétion interne.

Quoi qu'il en soit, le fait de M. Schücking montre que les injections d'extrait surrénal ne sont pas exemptes d'inconvénients. A ce titre, il mérite d'être retenu, et cela d'autant plus que, dans un autre cas, l'auteur a également observé une cyanose passagère à la suite d'une injection de 1 c.c. $^1/_2$ de solution d'extrait surrénal à 1 %. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 février 1904.) — L. CH.

Un signe diagnostique de la grossesse dans un utérus bicorne, par M. J. HALBAN.

L'auteur attire l'attention sur un symptôme qu'il a eu l'occasion d'observer dans 2 cas d'utérus bicorne gravide et qui en faciliterait beaucoup le diagnostic.

Dans l'utérus bicorne, le fond du sillon séparant les deux parties de l'organe est relié par un double ligament, d'une part à la vessie et, d'autre part, au rectum; ce ligament est considéré comme le vestige du ligament vésicorectal. Si une grossesse survient, l'utérus augmente progressivement de volume et le sommet des cornes s'élève dans la cavité abdominale : entre elles persiste un sillon plus ou moins net, mais qui peut passer inaperçu, notamment dans le cas de présentation transversale. Pendant que le sommet des cornes utérines s'élève peu à peu dans l'abdomen, les ligaments attachés au fond du sillon qui les sépare s'allongent en proportion. Celui qui va vers le rectum est naturellement inaccessible au palper; par contre, celui qui s'étend vers la vessie se sent facilement sous forme d'une bride dont les caractères rappellent ceux du ligament rond. Comme cette bride se trouve placée au voisinage de la ligne médiane, on pourrait la confondre avec l'ouraque ou avec les bords des muscles droits; mais alors que le premier, exactement médian, est dirigé de la vessie vers l'ombilic et que les seconds se tendent quand on fait asseoir la malade, le ligament utéro-vésical de l'utérus bicorne a une direction plus ou moins oblique, est placé généralement en dehors de la ligne blanche et se relâche lorsque la patiente s'assied. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 janvier 1904.) — R. DE B.

La présence de cellules éosinophiles dans les crachats, par M. W. HILDEBRANDT.

Nombre d'auteurs ont signalé la présence de cellules éosinophiles dans les crachats des asthmatiques, et, d'après M. von Leyden, il existerait même des rapports intimes entre ces cellules et les cristaux octaédriques que l'on rencontre dans les cas d'asthme bronchique (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 295). D'autre part, M. Mandybur a cru pouvoir attacher à ces éléments une importance diagnostique, estimant que la constatation des cellules éosinophiles dans l'expectoration autorise à exclure le diagnostic de phtisie (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 51). Toutefois, comme cette opinion est loin d'être partagée par tous les cliniciens, M. Hildebrandt a jugé utile d'entreprendre une série de recherches en vue d'élucider la signification des cellules éosinophiles dans les crachats. Il a pu de la sorte se rendre compte que ces éléments se rencontrent très fréquemment dans l'expectoration et qu'ils peuvent y être très nombreux, quelle que soit, d'ailleurs, la nature de l'affection pulmonaire. Rien ne semble, par conséquent, autoriser à considérer la présence d'un grand nombre de cellules éosinophiles dans les crachats comme un signe positif en faveur du diagnostic d'asthme bronchique. Il en est, du reste, de même pour la constatation de ces éléments dans le mucus nasal, laquelle, non plus, n'a rien de caractéristique. D'autre part, la présence des mêmes cellules, en nombre plus ou moins considérable, dans l'expectoration n'est nullement incompatible avec la tuberculose pulmonaire. Si quelques auteurs n'ont trouvé, dans les crachats des phtisiques, que peu ou point de cellules éosinophiles, cela tiendrait, d'après M. Hildebrandt, à ce que leurs recherches avaient porté sur l'expectoration purulente des cavernes, dans laquelle la structure des cellules ne se laisse plus distinguer d'une manière suffisamment nette, tandis que les crachats muqueux contiennent de nombreuses cellules éosinophiles fort bien conservées. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janvier 1904.) — L. CH.

Actinomycose de l'ovaire, par M. H. GELDNER.

Une jeune fille de quinze ans présentait depuis un an, dans la fosse iliaque gauche, une tuméfaction qui s'était lentement abcédée en donnant lieu à de nombreuses fistules aussi bien dans la région iliaque qu'à la partie supérieure de la cuisse. Elle était très amaigrie et ses urines contenaient de l'albumine; elle n'offrait d'ailleurs aucun symptôme de tuberculose. On résolut de curer cet immense clapier.

Pour diminuer le shock opératoire, on eut tout d'abord recours à l'anesthésie locale, mais l'opération dut être achevée sous le chloroforme. Après incision de la fosse iliaque gauche à la partie supérieure de la cuisse, on se mit en devoir de nettoyer à la curette les trajets fistuleux, ce qui conduisit dans un vaste abcès abdominal en contact avec les anses intestinales, dont il n'était séparé que par des adhérences péritonéales. Dans les parois de l'abcès se trouvaient quelques petites granulations jaunâtres, qui firent songer à l'actinomycose, mais l'examen microscopique du pus recueilli à l'opération ne fournit aucun signe en faveur de cette hypothèse. La malade succomba dans le marasme dix jours après l'intervention.

L'autopsie montra que l'épiploon s'était soudé à la fosse iliaque gauche et séparait le petit bassin de la grande cavité péritonéale qui était intacte. Le pelvis était infiltré de pus dans presque toutes ses directions. Au milieu de ces trajets suppurés on finit par découvrir les deux ovaires : ils étaient de consistance mollasse et présentaient le volume, à droite, d'un œuf d'oie, à gauche, d'un œuf de poule. A la coupe, ils étaient tout infiltrés de pus. Le microscope ne permit plus de trouver trace de tissu ovarien, mais il révéla une infiltration généralisée de cellules rondes, s'agglomérant en d'innombrables petits abcès, et laissa voir en abondance les figures radiées de l'*actinomyces*.

La gravité des altérations au niveau des deux ovaires permet de supposer que ces organes étaient le siège initial des lésions. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, novembre 1903.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Vernis protecteur à base de gutta-percha pour remplacer les gants en caoutchouc.

Les inconvénients que comporte l'emploi des gants en caoutchouc ont engagé les chirurgiens à rechercher un procédé remplissant le même but, tout en étant d'une application plus commode. C'est ainsi que M. le docteur J. Lévai (de Budapest) a été amené à remplacer les gants par un vernis obtenu à l'aide d'une dissolution de copal (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 254).

De son côté, M. le docteur John B. Murphy, professeur de chirurgie à Northwestern University Medical School de Chicago, poursuit depuis quelques mois, tant au Mercy Hospital qu'au Cook County Hospital de la même ville, des recherches qui ont abouti à l'adoption d'un vernis à base de gutta-percha. Voici comment notre confrère procède à l'application de ce vernis :

Après s'être lavé les mains pendant cinq minutes à la teinture de savon, puis pendant trois minutes dans l'alcool, il les sèche avec soin. On verse alors une solution d'une partie de gutta-percha pour 25 parties de benzine dans le creux de la main, et on l'étend sur toute la surface des mains et des avant-bras, en prêtant une attention particulière à la région des ongles et aux espaces interdigitaux. On laisse sécher l'enduit, en maintenant les doigts écartés, ce qui demande en général de deux à trois minutes et demie. La peau se trouve ainsi recouverte d'une couche isolante, antiseptique, imperméable, mince, souple et transparente, qui est insoluble dans l'eau et dans l'alcool, de sorte qu'on peut en désinfecter la surface dans l'intervalle de deux interventions successives. Pour s'en débarrasser à la fin de la séance opératoire, il suffit de la dissoudre à l'aide de benzine : en dessous, l'épiderme reste lisse et souple. Cette couche est très adhérente; à la pulpe des doigts, il arrive cependant — surtout lorsque les opérations sont nombreuses ou prolongées — qu'elle s'effrite et tombe en écailles. Dans ce cas, M. Murphy se contente de compléter l'enduit en ajoutant un peu de solution qu'il laisse évaporer comme précédemment.

Lorsque notre confrère juge à propos de recouvrir également le champ opératoire d'une couche imperméable (pour une laparotomie, par exemple), il donne la préférence à l'acétone comme véhicule de la gutta-percha. La solution ainsi préparée sèche plus rapidement — en trois ou quatre secondes —, mais elle adhère moins bien aux téguments à protéger; aussi ne saurait-elle convenir pour les mains de l'opérateur, une adhérence parfaite du vernis étant ici d'une importance primordiale.

Le massage contre la kératite parenchymateuse.

Chez les malades atteints de kératite interstitielle diffuse, même dans les cas si nombreux où il s'agit de sujets hérédo-syphilitiques avérés, la médication générale, habituellement conseillée et pratiquée, n'a qu'une efficacité fort relative, et seules les applications locales semblent être d'une utilité réelle. Le traitement local qui actuellement est le plus communément employé en France consiste dans des injections sous-conjonctivales, principalement de cyanure de mercure. Ce procédé est cependant d'une application quelque peu délicate. C'est pourquoi il nous paraît intéressant de signaler un moyen thérapeutique qui aurait donné depuis plusieurs années, entre les mains de M. le docteur Grandclément (de Lyon), des effets aussi constants que rapides.

Notre confrère, en présence des excellents résultats obtenus par le massage dans les engorgements articulaires consécutifs aux entorses, aux luxations et aux fractures, a eu l'idée d'appliquer ce même procédé au traitement de la kératite parenchymateuse. Pour être efficace, le massage doit être très énergique, les infiltrations leucocytaires de la cornée se délitant d'autant plus vite que les séances sont plus rapprochées et plus prolongées. Aussi doit-on pratiquer le massage toutes les heures pendant quinze ou vingt minutes après avoir préalablement introduit sous la paupière un peu de vaseline boriquée ou de pommade au précipité jaune, afin de faciliter le glissement des paupières sur le globe oculaire. Cette méthode, absolument inoffensive si le massage n'est pas brutal, amènerait la guérison en soixante à soixante-dix jours chez les adolescents bien constitués et ne présentant aucune tare d'hérédo-syphilis. Chez les hérédo-syphilitiques manifestes (dents d'Hutchinson, palais en ogive, pharyngite chronique, demi-surdité, etc.), elle exigerait au moins cent jours.

La saignée dans le traitement de l'empoisonnement par le laudanum.

Parmi les intoxications aiguës, il n'est guère que l'empoisonnement par l'oxyde de carbone qui soit considéré comme une indication formelle de la saignée (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 412 et 1900, p. 302). Il semble cependant que l'émission sanguine soit susceptible de rendre également des services dans certaines autres intoxications. C'est ainsi que tout récemment, dans un cas d'empoisonnement consécutif à l'ingestion d'une trentaine de grammes de laudanum, M. le docteur W. A. Caskie (de Glasgow) a réussi, à l'aide d'une saignée, à ranimer la malade, alors que les procédés habituellement mis en œuvre en pareille occurrence avaient complètement échoué.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Néphrite aiguë ; rapide résorption des œdèmes avec éclampsie, par M. Bouveret.

On se rappelle que M. Merklen a naguère attiré l'attention sur les accidents cérébraux qui accompagnent parfois la résorption rapide de certains œdèmes (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 20). De son côté, M. Bouveret relate un cas où des phénomènes éclamptiques inquiétants se déroulèrent au moment de la crise d'une néphrite aiguë.

Un homme de trente-deux ans fut admis à l'hôpital le neuvième jour après le début d'un œdème rapidement généralisé avec ascite et hydrothorax double. Quatre jours plus tard, alors que sous l'influence du repos au lit et du régime lacté absolu les phénomènes critiques — se traduisant par la polyurie, la diarrhée, un léger mouvement fébrile — s'étaient installés, et que les épanchements avaient déjà notablement diminué, cet homme eut quelques secousses très brusques dans les membres, avec ébauche de déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite; le soir même, il avait une nouvelle crise limitée à ce dernier symptôme. Après trois jours écoulés sans incident notable, le malade fut pris, dans la même journée, de cinq accès convulsifs violents, avec perte de connaissance et déviation conjuguée de la tête et des yeux; entre les crises, il conservait un peu d'excitation cérébrale, sans paralysie motrice ni sensitive. Le lendemain survint derechef un paroxysme, mais moins intense que les précédents; ce fut d'ailleurs le dernier; la convalescence se fit dès lors régulièrement, et au bout de six ou sept semaines la guérison pouvait être considérée comme acquise, bien que la fatigue et l'alimentation fissent encore apparaître une très légère albuminurie.

Des deux interprétations qui ont été proposées pour expliquer les troubles cérébraux survenant en pareilles circonstances — à savoir l'œdème cérébral et la rétention de produits toxiques —, M. Bouveret croit pouvoir éliminer *a priori* la première : il serait assez surprenant, en effet, que l'œdème cérébral apparût au moment même où l'épanchement des divers autres organes est en voie de disparition; dans le cas particulier que nous venons de résumer, une constatation directe plaide du reste contre l'hypothèse d'œdème cérébral : l'examen du fond de l'œil montra une papille à contours parfaitement nets, nullement œdématiée. En faveur de la supposition qu'il s'agit d'une intoxication due à des principes contenus dans la sérosité épanchée, on peut, au contraire, invoquer une forte présomption : c'est que dans les faits où surviennent des troubles cérébraux on constate en général qu'au moment de la crise le rein se montre insuffisant à assurer la prompte évacuation du liquide résorbé, ainsi qu'en témoigne la diarrhée qui ne manque guère de se produire. Cela étant, M. Bouveret est d'avis qu'il convient, toutes les fois qu'on a lieu de craindre des accidents de ce genre, de favoriser par tous les moyens l'élimination rapide des épanchements en résorption, notamment par des mouchetures cutanées ou par l'emploi des tubes de Southey. (*Lyon méd.*, 21 février 1904.) — F. F.

L'actinomycose de l'oreille, par MM. A. Rivière et L. Thévenot.

Les auteurs relatent 3 observations d'actinomycose de l'oreille, dont une personnelle, relative à un cas de phlegmon actinomycosique suppuré des régions angulo-faciale et péri-mastoïdienne gauches, consécutif à une otite externe de même nature. Cette dernière localisation paraît être tout à fait exceptionnelle, même sous forme de propagation d'une actinomycose cervico-faciale, ce qu'on peut expliquer par l'existence du tissu cartilagineux du conduit auditif externe, qui constitue une barrière empêchant l'extension du champignon rayonné.

Au niveau de l'oreille moyenne, l'infection peut être primitive ou secondaire. Du reste, lorsqu'elle est primitive, elle doit toujours être la conséquence d'une affection latente du pharynx et l'on peut admettre que le champignon a été entraîné jusqu'aux amygdales pharyngiennes par les poussières en suspension dans l'air inspiré, ou apporté par les aliments. Secondaire, l'actinomycose de l'oreille moyenne est consécutive à une infection du poumon, le parasite étant alors entraîné au dehors par les crachats et aboutissant ainsi à la localisation pharyngée avec propagation à la trompe.

Consécutivement à l'otite moyenne, le champignon rayonné est conduit, par sa tendance à une extension progressive, à envahir la région mastoïdienne et à donner naissance à une mastoïdite totale, sans que d'ailleurs cette évolution détermine nécessairement des phénomènes généraux ou locaux qui appellent immédiatement de ce côté l'attention du praticien. D'autre part, pendant que la localisation otitique se développe, le foyer primitif diffuse, se propage au-dessous de la base du crâne, gagnant les muscles du cou et arrivant au contact de la colonne vertébrale; il s'étend de cette façon au voisinage de l'émergence des nerfs crâniens et trouve ainsi, indépendamment des complications intracrâniennes de l'otite, une voie d'infection méningo-encéphalique.

Le diagnostic de l'actinomycose de l'oreille est d'autant plus difficile que l'affection ne présente pas au début de symptômes particuliers. Plus tard elle se reconnaîtra, comme tous les accidents déterminés par le champignon rayonné, à la constatation d'une infiltration des parties voisines, infiltration d'une dureté ligneuse, faisant corps avec l'os, ramollie et fluctuante en certains points, offrant même souvent quelques trajets fistuleux.

En ce qui concerne le traitement, le patient devra être soumis au traitement ioduré, général et local; il sera nécessaire de pratiquer de larges incisions des foyers malades, afin de poursuivre le parasite dans les points les plus profonds. (*Rev. de chir.*, janvier 1904.) — M. C.

Etude sur la contagiosité et le traitement de la pelade, par M. P. Gary.

On sait combien les avis sont partagés, au sujet de l'étiologie de la pelade, les uns attribuant à cette affection une origine parasitaire, les autres y voyant un simple trouble trophique. S'il paraît en tout cas bien démontré que certaines pelades ne sont pas expérimentalement inoculables, il n'en reste pas moins qu'on a signalé dans des collectivités (écoles, casernes) de véritables épidémies, inexplicables en dehors de l'intervention d'un agent parasitaire, et justifiant les mesures prophylactiques établies en France par les règlements scolaires et militaires. C'est à une de ces épidémies, observée sur un bataillon de chasseurs à pied caserné à Vincennes, que l'auteur consacre le présent mémoire.

Trois jours après le retour du bataillon du camp de Satory, près Versailles, — il y avait séjourné dix jours, faisant usage d'objets de literie fournis par la place de Versailles où l'on constatait alors des cas de pelade dans les troupes de la garnison —, un homme était reconnu atteint de pelade récente, affection dont le bataillon était indemne depuis plus de huit mois; quelques jours après, on reconnaissait 4 autres cas chez des soldats n'appartenant pas à la même compagnie que le premier : mais les lésions paraissaient ici plus anciennes, de sorte que M. Gary admet que leur début devait dater aussi des premiers jours après le retour du camp de Satory. En présence de cette situation, les hommes furent minutieusement examinés, et les précautions prophylactiques d'usage furent prises; 8 soldats cependant étaient encore atteints de pelade, dans un délai moyen d'une quinzaine après la constatation des premiers cas; tous ces hommes ayant eu recours aux perruquiers du bataillon, on peut supposer qu'ils avaient été contaminés pendant les quelques jours qui s'étaient écoulés entre le retour du bataillon à Vincennes et le moment où les mesures de prévention furent appliquées dans toute leur rigueur. Il ne se produisit plus dès lors de nouvelle contagion.

Assurément, l'enchaînement des phénomènes paraît ici inexplicable si l'on n'admet pas l'existence d'une pelade parasitaire. Il est vrai que, sur les 13 sujets qui furent frappés, 12 présentaient des lésions de carie dentaire plus ou moins accusées, lésions auxquelles M. Jacquet fait jouer un grand rôle dans la pathogénie de la pelade. Mais l'auteur fait observer que, entre vingt et vingt-cinq ans, bien peu de sujets échappent à toute affection des dents : il a examiné à ce point de vue spécial 1,078 hommes et a constaté que 13.9 % d'entre eux seulement étaient indemnes de carie.

Enfin, l'examen de la courbe de la morbidité peladique dans l'armée française — elle a une rubrique spéciale dans la statistique du service de santé depuis 1891 — permet de reconnaître un premier *maximum* au mois de novembre (à cause des cas importés par les recrues), suivi d'une chute brusque, puis d'un relèvement progressif, par suite vraisemblablement des cas de nouvelle contagion, aboutissant à un nouvel acmé au mois de mai. Ces constatations cadrent donc tout à fait avec l'hypothèse d'une affection transmissible.

Au point de vue du traitement, M. Gary s'est particulièrement bien trouvé des applications de collodion iodé sur la plaque peladique, selon la méthode de Châtelain, le cuir chevelu étant préalablement rasé, puis savonné et enfin lotionné au sublimé : il a obtenu de la sorte la guérison dans un délai moyen de soixante et onze jours, et cela en l'absence de tout traitement dirigé contre les lésions dentaires. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, janvier 1904.) — F. F.

Des troubles médullaires de l'artériosclérose : la parésie spasmodique des athéromateux, par MM. A. Pic et S. Bonnamour.

Si les troubles cérébraux relevant de la sclérose généralisée des artères sont aujourd'hui bien connus, il semble qu'on se soit peu attaché à étudier le retentissement que peut avoir sur la moelle le même processus pathogénique; et cependant les troubles médullaires, au moins à l'état fruste (exagération des réflexes tendineux), sont d'une grande fréquence chez les artérioscléreux.

C'est à combler cette lacune que les auteurs s'efforcent dans le présent mémoire, basé sur une vingtaine de faits personnels — dont 7 avec autopsie —, recueillis à l'hospice de vieillards du Perron, à Lyon.

De leurs observations, ils concluent que le type le plus complet, et aussi le plus habituel, des déterminations médullaires de l'artériosclérose réalise une parésie avec tendance aux contractures qu'ils proposent d'appeler *parésie spasmodique des athéromateux*. Cette affection, caractérisée par son début et son évolution insidieux et torpides, se révèle surtout par une faiblesse, une maladresse des membres inférieurs, entraînant assez fréquemment des chutes; le malade progresse « à petits pas », et cette démarche tient autant à l'élément spasmodique qu'à l'affaiblissement musculaire : il traîne les pieds sur le sol, paraît avoir de la peine à les en détacher; la contracture ne faisant qu'augmenter avec les progrès de l'affection finit par confiner le patient au lit. Il va sans dire que cet état spasmodique s'accompagne de ses manifestations habituelles : exagération des réflexes tendineux, hypertonie musculaire, souvent clonus du pied, etc. La terminaison a lieu soit — et le plus fréquemment — par une des affections intercurrentes qui menacent tous les vieillards, soit par ictus, soit par affaiblissement progressif physique et psychique, démence sénile et gâtisme.

C'est là le type complet de la parésie spasmodique des athéromateux. Mais il en existerait aussi des formes plus ou moins frustes ou modifiées. C'est ainsi que la simple exagération des réflexes tendineux — que MM. Pic et Bonnamour ont constatée 9 fois sur 11 vieillards présentant de l'athérome périphérique — ne serait qu'un premier degré de l'affection. Que si le processus artérioscléreux poursuit son œuvre dans la moelle, on peut constater en outre de la faiblesse des membres inférieurs avec démarche lente, mais non encore spasmodique; ainsi se trouve constituée comme une ébauche de la parésie athéromateuse. Enfin, l'apparition des phénomènes de contracture donne au complet le tableau de la parésie spasmodique des athéromateux. Ici encore, cependant, on peut noter quelques variations : les lésions, tout en restant essentiellement diffuses, prédominent parfois d'un côté de la moelle, d'où une forme plus ou moins nettement hémi-

plégique, ou au niveau de tel ou tel système de fibres, réalisant une sorte de sclérose latérale amyotrophique ou de sclérose fasciculée des cordons latéraux.

Ces lésions elles-mêmes n'offrent rien de bien notable : assez variables comme intensité et comme localisation, elles consistent essentiellement en une artérite et une péri-artérite des vaisseaux médullaires avec sclérose diffuse de la moelle, portant de préférence sur les faisceaux pyramidaux croisés et les faisceaux postérieurs; il s'y ajoute parfois un certain degré de sclérose des racines postérieures. Au niveau du cerveau, les auteurs signalent comme constantes les altérations athéromateuses des vaisseaux de la base du crâne et les lacunes de désintégration récemment étudiées par M. P. Marie; ces lésions encéphaliques seraient de nature à expliquer certains symptômes surajoutés, traduisant une véritable « claudication intermittente du cerveau », tels que vertiges, perte momentanée de la mémoire, etc. (*Rev. de méd.*, janvier et février 1904.) — F. F.

De l'évidement du tibia syphilitique dans les formes d'ostéites névralgiques rebelles, par M. J. Guyot.

Généralement curables par la médication spécifique, les ostéites syphilitiques, surtout localisées au tibia, acquièrent parfois une gravité particulière en raison des violentes douleurs névralgiques qu'elles provoquent et de leur résistance au traitement iodo-hydrargyrique; devant la situation intolérable du malade, le médecin n'a plus alors de ressource que dans l'intervention opératoire. C'est un cas de ce genre que l'auteur a eu l'occasion d'observer.

Il s'agit d'un jeune garçon de sept ans, hérédo-syphilitique, chez lequel, cinq mois après un coup assez violent sur le tibia gauche — qui à la suite de ce traumatisme était demeuré sensible à la pression —, on constata que la jambe gauche avait assez notablement augmenté de volume; la cure mixte amena une certaine amélioration, puis, au bout de quelques mois, apparut une recrudescence avec gonflement du membre et douleurs violentes, arrachant pendant la nuit des cris au petit malade. Une couronne de trépan fut alors appliquée sur l'os, à titre d'exploration plutôt que dans un but thérapeutique. Cette intervention procura un peu de soulagement, mais bientôt la situation s'aggrava de nouveau, au point que l'enfant en arriva à ne pouvoir marcher sans béquille; le membre commençait en outre à s'atrophier en même temps qu'il s'allongeait et dépassait de 3 centim. $^1/_2$ le membre gauche; le tibia était volumineux, irrégulier; enfin la peau sus-jacente rougit et s'ulcéra en deux points différents.

C'est alors que M. Guyot résolut d'intervenir : il fit sur la face antéro-interne du tibia une incision de 20 centimètres de longueur et détacha le périoste, mettant ainsi à nu l'os qui apparut bourré de gommes mollasses; celles-ci furent enlevées à la curette, puis on fit sauter les ponts osseux qui les séparaient, de façon à transformer toute la diaphyse tibiale en une large gouttière ouverte en avant, dont les parois furent soigneusement cautérisées avec la solution de chlorure de zinc à $^1/_{10}$; on ne réunit la peau qu'aux deux extrémités de la plaie, non sans avoir tamponné cette dernière à la gaze aseptique. Par la suite, on dut faire des pansements à la vaseline au calomel, la perte de substance ayant pris un mauvais aspect d'ulcération syphilitique. La cicatrisation fut longue, mais, grâce à l'administration régulière du traitement ioduré, on obtint un résultat satisfaisant.

Se basant sur ce fait, appuyé de quelques observations analogues publiées par différents auteurs, M. Guyot tente la description de cette ostéite syphilitique à forme névralgique, justiciable de l'évidement du tibia. Les deux symptômes qui la caractérisent essentiellement sont les douleurs, excessivement intenses et rebelles aux moyens internes, et la tuméfaction de l'os qui, d'abord régulièrement augmenté de volume, prend par la suite un aspect bosselé. Cette variété clinique d'ostéite spécifique s'observe aussi bien dans la syphilis acquise que dans l'hérédo-syphilis; elle est particulièrement fréquente chez les jeunes sujets (chez la femme, notamment, il n'est pas rare qu'elle apparaisse à la puberté), ce qui s'explique par l'activité de croissance des os à cette époque de la vie. Les lésions sont exclusivement localisées à la diaphyse, et cette intégrité des épiphyses et par suite des jointures rendra la confusion à peu près impossible avec une tuberculose osseuse. Le diagnostic d'ostéomyélite chronique d'emblée pourrait plutôt se présenter à l'esprit, mais il est exceptionnel que cette affection ne soit pas traversée d'épisodes aigus, d'un état subfébrile, qui font défaut dans l'ostéite syphilitique à forme névralgique.

Au point de vue du traitement, c'est à l'évidement large du tibia qu'on devra avoir recours. Il faut s'attendre à rencontrer parfois des difficultés opératoires : la cavité médullaire est, dans certains cas, presque entièrement comblée par des formations osseuses extrêmement compactes, dont la gouge et le ciseau ne détachent qu'avec peine de minces copeaux. Le traitement post-opératoire offre toujours la plus grande importance, car, en l'absence de soins consécutifs minutieux, on peut voir survenir des infections secondaires entraînant des suppurations intarissables et nécessitant de nouvelles interventions sanglantes. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 et 27 décembre 1903.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur les cas de perforation de la vésicule biliaire calculeuse dans le péritoine libre, traités opératoirement, par M. Neck.

Les perforations de la vésicule biliaire calculeuse sont loin d'être exceptionnelles : leur pathogénie reconnaît, d'ailleurs, des causes multiples, d'ordinaire combinées : action mécanique des concrétions, distension de la vésicule lors de calcul cystique oblitérant, et surtout lésions inflammatoires et ramollissement septique de la paroi vésiculaire. Mais, en général, l'accident est précédé d'un long travail de péricystite; des adhérences étendues forment barrière, et la vésicule s'ouvre dans un organe creux voisin, l'estomac, le côlon, ou dans un foyer bien enkysté.

Ce qui est rare, c'est la *perforation en plein péritoine*, sans adhérences — du moins suffisantes —, et l'issue libre, la dissémination dans le ventre, du contenu septique de la vésicule. Plus rares encore (car des « trouvailles » de ce genre, à l'autopsie, sont signalées de temps en temps) sont les cas de perforation vésiculaire où l'on est intervenu; disons tout de suite que, pour être en petit nombre, ces faits opératoires n'en sont pas moins encourageants : M. Neck en a rassemblé 11, dont 9 se sont terminés par la guérison.

L'observation personnelle relatée par l'auteur peut servir d'exemple, et se résume en ces termes : femme de quarante-trois ans, sans antécédents nets de cholélithiase; depuis trois jours, nausées, vomissements, douleurs vives, plus accusées dans l'hypocondre droit et la zone ombilicale; météorisme progressif, aggravation de l'état général. Il existait une petite hernie ombilicale : aussi le diagnostic demeura-t-il hésitant, bien que la prédominance des douleurs dans l'hypocondre et le flanc droits, ainsi que la présence d'une matité à ce niveau, fissent penser à un accident d'origine vésiculaire. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale: le sac herniaire est vide, mais du liquide muco-purulent sourd du côté droit du ventre. Une incision complémentaire, le long du rebord costal, met à découvert la zone sous-hépatique : on trouve du pus et des fausses membranes en grande quantité, et, libre d'adhérences, la vésicule, présentant, à sa base, une perforation du diamètre d'un pois, de limbe aminci et irrégulier. On agrandit l'orifice, et l'on extrait douze calculs; la muqueuse est épaissie, d'un rouge foncé et ulcérée; on cherche à fixer la vésicule à la paroi, mais elle se déchire sous les fils, et l'on prend le parti de laisser dans la cavité un drain, autour duquel on fronce et on applique le pourtour de l'ouverture vésiculaire; les anses intestinales détergées, on tamponne le foyer. L'opérée, après quelques incidents, guérit.

L'anatomie pathologique de ces perforations ne manque pas d'intérêt : elles sont toujours uniques, elles occupent le fond, l'une des faces, ou même le col de la vésicule, sans qu'on puisse leur reconnaître un siège de prédilection; elles sont arrondies ou allongées en forme de fente, et leurs dimensions varient de celles d'un pois à 2 centimètres. Quant aux lésions de péritonite consécutive, elles paraissent assez souvent progressives, limitées d'abord à la région périvésiculaire, et fusant au loin plus ou moins vite, ce qui est la marque d'une infection de virulence moyenne. Ajoutons que, dans tous les cas, la vésicule contenait des calculs, que 5 fois il y avait un calcul enclavé dans la perforation, que 2 fois on en découvrit en plein ventre, entre les anses intestinales.

Mais ce qui nous intéresse plus encore, c'est la « clinique » de ces accidents, et leur traitement. Il est rare, d'après M. Neck, que l'on ne soit conduit, par l'examen du malade et ses antécédents, à supposer une affection des voies biliaires : coliques hépatiques, typiques ou frustes, « crampes d'estomac », prédominance des douleurs à droite, vers le rebord costal, matité dans le flanc droit. Toujours est-il que l'on n'a jamais été au delà d'un diagnostic de probabilité; d'ailleurs, il n'est pas indispensable, pour poser les indications opératoires, de préciser d'avance le point de départ exact de cette péritonite par perforation. Elle suffit à commander la laparotomie d'urgence : en dehors de l'intervention opératoire, il n'y a aucun cas de guérison.

Nous avons vu que 9 fois sur 11 ce traitement chirurgical avait été suivi de succès; qu'il doive toujours être aussi précoce que possible, cela n'est pas douteux; pourtant, un malade de Schönborn, opéré au bout de trois jours, a guéri; un autre de M. Weigel, opéré à la quatrième heure, a succombé, mais il s'agissait, dans ce dernier cas, d'une déchirure longue de 6 centimètres, qui avait été suivie d'une abondante hémorrhagie. Du reste, le degré de septicité du contenu vésiculaire est certainement variable, bien que l'évolution habituelle des accidents témoigne d'une virulence plutôt atténuée.

Une fois le ventre ouvert — et, dans le doute, c'est la laparotomie médiane que l'on a pratiquée d'ordinaire —, on a reconnu, en général, sans peine la vésicule perforée, sauf dans un cas, où M. Reichel, ne voulant pas prolonger l'intervention, se borna à évacuer l'épanchement et à drainer; la vésicule fut enlevée — et un calcul extrait du canal cholédoque — au cours d'une séance ultérieure; la guérison fut complète. La suture pure et simple de la perforation, tentée plusieurs fois, ne semble guère recommandable; d'ailleurs, la friabilité de la paroi vésiculaire la rend souvent impraticable. L'ablation de la vésicule calculeuse, ulcérée et perforée, ou la fixation à la paroi abdominale des bords de la perte de substance, représentent les deux méthodes de choix : d'après l'auteur, la cholécystectomie pourrait offrir quelques risques, les gros conduits biliaires contenant souvent aussi des calculs; le mieux serait donc d'agrandir la perforation, d'extraire les concrétions vésiculaires, et de faire la cholécystostomie d'urgence, directe ou par l'intermédiaire d'un drain sur lequel on applique en bourse le pourtour de l'incision vésiculaire. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.) — L.

Die progressive Myoklonus-Epilepsie (Unverricht's Myoklonie). In-8°, 207 p. Upsal, 1903. — **La myoclonie épileptique progressive,** par M. H. Lundborg.

Lorsque les spasmes musculaires plus ou moins réguliers, fréquents ou marqués que l'on rencontre assez souvent dans une certaine mesure chez les épileptiques prennent une importance et une fréquence assez considérables, on doit, d'après M. Lundborg, admettre l'existence d'une sorte d'association morbide où la myoclonie est assez intimement unie à l'épilepsie pour mériter d'être constituée en une entité spéciale, dite myoclonie épileptique. Cette affection serait loin d'être exceptionnelle, puisque l'auteur a pu en réunir 66 observations relatées depuis 1891, époque à laquelle Unverricht publia sa première description.

Suivant que l'épilepsie ou la myoclonie prédomine dans le tableau clinique, celui-ci peut revêtir des caractères différents. Dans une variété relativement peu sévère, qui se rapproche de l'épilepsie essentielle, les contractions myocloniques surviennent par accès au moment de l'attaque comitiale, qu'elles précèdent ou qu'elles

suivent (*forme intermittente*). Dans un autre type, qui se distingue par la gravité de son évolution, l'affection est familiale et débute dès le jeune âge; avec les progrès de la maladie, les attaques myocloniques se rapprochent au point de devenir subcontinues. C'est à cette catégorie de faits que M. Lundborg réserve plus particulièrement l'appellation de *myoclonie épileptique progressive* ou *cyclique;* c'est la myoclonie d'Unverricht.

Les deux variétés, intermittente et progressive, que reconnaît M. Lundborg sont cependant loin de constituer des types absolument tranchés. L'auteur cite différents cas qui ne rentrent à proprement parler ni dans l'une ni dans l'autre catégorie et qu'il groupe en formes atypiques ou de transition.

Au point de vue de l'évolution clinique, il convient, d'après l'auteur, de distinguer dans la myoclonie épileptique trois périodes successives.

Dans la première, *stade épilepto-tétaniforme*, qui peut être franchie en un bref délai ou au contraire se prolonger pendant longtemps, les accès ne surviennent guère que la nuit, pendant le sommeil. Les spasmes musculaires y sont cloniques, quelquefois associés à des contractions toniques, et leurs caractères les rapprochent beaucoup d'une attaque de tétanie. Rarement il y a perte de connaissance et les sphincters sont le plus souvent intacts.

Le passage à la deuxième période est marqué par l'augmentation de nombre des attaques qui deviennent de plus en plus fréquentes, puis subintrantes, reparaissent alors presque chaque nuit et affectent dans leur intensité une certaine périodicité.

Dès que les journées ne sont plus exemptes de crises, on entre dans la deuxième période, ou stade *myoclono-épileptiforme*. Ici les principaux phénomènes se manifestent de jour, tandis que les nuits s'améliorent progressivement. Au début, il existe encore des journées libres de toute manifestation morbide, mais bientôt les contractures myocloniques, devenant de plus en plus fréquentes et plus marquées, s'accompagnent, au maximum de leur intensité, d'une ou de plusieurs attaques épileptiformes; puis elles décroissent progressivement jusqu'à ce qu'un nouveau cycle recommence. La durée de chacun de ces cycles est variable; elle peut n'être que de quelques jours ou, au contraire, s'étendre à plusieurs semaines. Avec les progrès de l'affection, les cycles deviennent plus graves, mais il est exceptionnel que le patient succombe dès cette deuxième période, si ce n'est du fait d'une maladie intercurrente, au cours d'une attaque de convulsion myoclonique ou d'un état de mal épileptique.

La troisième période, ou période *terminale*, ne survient généralement qu'après de longues années. L'épuisement et la cachexie en sont les éléments essentiels. Les attaques épileptiformes diminuent de gravité et de fréquence et disparaissent finalement tout à fait. Par contre, les troubles moteurs s'accentuent; les cycles deviennent moins réguliers et les périodes intercalaires plus courtes. En même temps se manifeste une certaine rigidité catatonique.

Au point de vue thérapeutique, M. Lundborg recommande à titre sédatif les bromures (jusqu'à 20 grammes par jour) et le chloral (de préférence la nuit comme hypnagogue), sans qu'il soit d'ailleurs possible d'attendre beaucoup d'une pareille médication. — F. M.

Sur les dangers de l'infection des plaies par la parole au cours des opérations, par M. Mendes de Leon.

La question est ancienne, et l'emploi des masques et du *Mundsperrer*, qui date déjà de plusieurs années, est précisément basé sur les dangers de l'infection par l'air expiré et surtout par la salive projetée. On sait, en effet, depuis longtemps, que l'air expiré renferme beaucoup moins de germes que l'air atmosphérique : ce qui est surtout dangereux, ce sont les petites gouttelettes microscopiques de salive qu'il entraîne toujours, et qui, elles, comme le contenu buccal, sont constamment imprégnées de microbes.

Des expériences assez nombreuses ont mis ces faits en pleine lumière; le travail de M. Mendes de Leon n'apporte, en somme, qu'une confirmation de ces résultats acquis, mais il l'appuie sur un certain nombre de données précises et originales, d'un réel intérêt.

Et d'abord, l'auteur s'est attaché à faire compter le nombre de mots que prononcent, au cours d'une opération, le chirurgien et son aide immédiat; alors même que leur attention est éveillée, qu'ils s'observent du mieux possible, ce nombre est beaucoup plus élevé qu'on ne le croirait; et les « sténogrammes » qui sont donnés comme exemples sont très frappants. Pour une opération sans à-coups, d'une durée maxima de quarante-cinq minutes, le nombre de mots varie de 110 à 254, et, comme le fait remarquer l'auteur, on pourrait quintupler ce chiffre, s'il s'agissait d'une intervention longue, accidentée, et non « surveillée ». Il y a donc là une source d'infection qui ne saurait être négligeable.

Pour le mieux démontrer, M. Mendes de Leon a recours au dispositif suivant : on parle, pendant une minute et demie, à phrases courtes, avec des pauses, à 30 centimètres d'une plaque de Petri; sur cette plaque, mise à l'étuve, se développent toujours de nombreuses colonies. Sans entrer dans le détail expérimental, disons encore que l'auteur s'est efforcé de compter les gouttelettes salivaires projetées au cours de la parole : il en trouva au moins 60, pour une émission de 300 mots, la surface sur laquelle on les recueillait étant placée à 35 centimètres de la bouche, autrement dit, à la distance ordinaire qui sépare la bouche de l'opérateur du champ de la plaie. Or, chacune de ces gouttelettes contient en moyenne 4,375 microorganismes. Tous ne sont pas pathogènes, sans doute, mais les streptocoques sont toujours en quantité majeure, puis les diplocoques et les staphylocoques; et des expériences ont montré qu'un assez grand nombre étaient virulents.

La conclusion que tire M. Mendes de Leon de ces observations est facile à deviner; mais, d'après lui, les masques ordinaires ne suffisent pas, ils laissent passer des gouttelettes liquides à travers les mailles du tissu, et les expériences de « parole » faites avec eux, sur le modèle de celles que nous venons de résumer, aboutissent toujours au développement, sur la plaque de Petri, d'un nombre notable de colonies. Aussi l'auteur recommande-t-il l'emploi d'un fermebouche comportant une couche d'ouate assez épaisse. Celle-ci arrête complètement la projection salivaire, et l'expérience montre qu'il ne passe plus de microbes : à peine si quelques rares colonies apparaissent encore, de temps en temps. Une autre conclusion, plus générale et plus pratique encore, est à déduire de ces curieuses recherches : la nécessité absolue de ne pas parler, de ne pas laisser parler autour de soi, au cours d'une opération. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — L.

Contribution à l'étude des échanges minéraux dans la phtisie pulmonaire, par M. A. Ott.

L'auteur a étudié les échanges minéraux de 3 phtisiques à différents degrés. Le premier était atteint d'une tuberculose du sommet droit, avec bacilles dans les crachats, mais sans fièvre ni sueurs nocturnes; le second, très anémique, avait aussi une infiltration d'un sommet, beaucoup de bacilles de Koch dans son expectoration, de la fièvre et un peu de transpiration nocturne; dans le troisième cas, enfin, il s'agissait d'une phtisie avancée, avec fièvre hectique et sueurs.

Les 3 malades furent soumis à un régime sévère et soigneusement dosé, consistant en lait, biscuit et cognac. Après deux jours de ce régime, l'expérience proprement dite commença : elle dura quatre jours, pendant lesquels on recueillit soigneusement l'urine et les selles; la même alimentation fut continuée deux jours encore, jusqu'à ce que les fèces appartenant à la période d'expérience (reconnaissables à ce qu'elles étaient colorées au moyen de carmin) eussent été complètement éliminées. Les patients restèrent couchés pendant tout ce temps.

Au point de vue des échanges azotés, le premier malade eut une rétention de 10 gr. 13 centigrammes d'azote; le second resta à peu près en équilibre; le troisième perdit près de 3 grammes d'azote.

Le bilan des échanges minéraux *in toto* fut positif dans le premier cas, négatif dans les deux autres. Celui du soufre fut négatif dans les 3 cas. Il n'existait aucun parallélisme entre les échanges azotés et ceux du soufre : la perte de soufre dépassa notablement, chez les 3 malades, la quantité attribuable à la dénutrition protéique. Le rapport normal paraissait cependant conservé, à ne considérer que le soufre et l'azote de l'urine; c'est que l'excès de soufre était éliminé par les fèces.

Le bilan de la chaux fut nettement négatif chez le second patient, positif pour les deux autres. Le troisième cas confirme donc l'opinion que M. Ott a déjà défendue dans un précédent travail, à savoir qu'un bilan azoté négatif n'est pas nécessairement accompagné d'une perte de chaux chez les tuberculeux (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 249). L'observation du second malade démontre, en outre, qu'il peut y avoir déminéralisation chez les tuberculeux, c'est-à-dire que des sujets en équilibre de nutrition azotée peuvent perdre plus de matières minérales qu'ils n'en absorbent. Mais cette déminéralisation n'est pas un phénomène constant; elle ne saurait non plus être considérée comme un signe précoce de tuberculose.

Les échanges de la potasse et du phosphore ne donnent lieu à aucune remarque particulières. Dans les 3 cas, il y eut rétention de chlore et de soude; cette rétention, il est vrai, n'était peut-être qu'apparente, car les patients éliminèrent, par la sueur, des quantités appréciables de chlorure de sodium dont on n'a pas tenu compte. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.) — A. J.

Pathologie et traitement du cardiospasme, par M. J. von Mikulicz.

L'affection à laquelle M. von Mikulicz applique le nom de *cardiospasme* est relativement rare puisqu'il n'en existe encore guère plus d'une centaine de cas dans la littérature. La dilatation diffuse des deux tiers inférieurs de l'organe constitue à la fois le substratum anatomique et le signe primordial de l'affection dont il s'agit; aussi celle-ci est-elle le plus souvent désignée par le terme de *dilatation essentielle de l'œsophage*. A côté de ce symptôme fondamental, dont la constatation ne peut être faite qu'à l'aide de l'œsophagoscopie, il en est un autre, non moins important au point de vue clinique, et qui consiste en une dysphagie spéciale, dite cardiaque, parce que l'obstacle qui s'oppose au passage des aliments de l'œsophage dans l'estomac paraît dû à une contraction spasmodique du cardia. C'est ce phénomène qui, pour M. von Mikulicz, serait le point de départ de l'affection et entraînerait successivement la stase alimentaire au deuxième temps de la déglutition avec ses conséquences ; œsophagite, dilatation, dénutrition générale, etc.

Dans la majorité des cas de cardiospasme, on obtient une amélioration très sensible en prescrivant un régime approprié et en évacuant régulièrement les résidus alimentaires par la pompe stomacale. Même lorsqu'il subsiste alors de la dilatation et de la rétention, ces phénomènes ne constituent plus une gêne suffisante pour légitimer une opération importante. L'intervention chirurgicale doit, au contraire, être pratiquée lorsque le traitement hygiéno-diététique complété par le sondage œsophagien ne donne pas de résultat appréciable. C'est ainsi que dans un fait où toutes les tentatives thérapeutiques avaient échoué, M. von Mikulicz a récemment essayé d'un procédé de dilatation forcée calqué sur celui que Récamier préconisait contre la fissure anale.

Il s'agit d'une femme de trente ans qui souffrait déjà depuis un certain nombre d'années d'un cardiospasme et chez laquelle l'état général était devenu tellement précaire que M. von Mikulicz avait dû établir une fistule stomacale par la gastrostomie.

Pour pratiquer la dilatation forcée du sphincter cardiaque, M. von Mikulicz commença par circonscrire par une incision la fistule stomacale, puis il divisa la paroi abdominale au niveau de l'épigastre.

La région cardiaque de l'estomac étant alors attirée au dehors et le champ opératoire protégé par des compresses, l'auteur fendit l'organe longitudinalement. La main introduite par cette incision reconnut aisément la contracture de l'orifice cardiaque, lequel n'admettait que l'extrémité de la pulpe de l'index. Guidée par la main intra-stomacale, une pince à pansement,

dont les mors étaient munis de manchons en caoutchouc, fut ensuite introduite dans l'orifice cardiaque et engagée d'environ 4 centimètres. Pour pratiquer la divulsion graduelle de l'anneau, il suffit alors d'ouvrir les branches de la pince et de répéter cette manœuvre en augmentant progressivement l'écartement. On obtint ainsi un écartement de 6 centimètres sans entraîner de rupture ni de la muqueuse ni du sphincter. La dilatation était dès lors suffisante pour que l'index et le médius pussent pénétrer facilement dans l'anneau. On termina l'opération par la suture des plaies gastrique et abdominale. Les suites de l'intervention furent des plus simples.

Depuis — l'opération remonte au 7 février dernier — la malade n'a plus été incommodée du fait de la lésion œsophagienne; elle supporte tous les aliments et son poids a augmenté de 8 kilogrammes.

Dans 3 autres cas analogues au précédent, M. von Mikulicz a eu recours au même mode de traitement avec un résultat également satisfaisant. Il est donc disposé à considérer la dilatation forcée du cardia comme la méthode de choix dans les cas rebelles de cardiospasme. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 7 janv. 1904.)

PUBLICATIONS ANGLAISES

Sténose congénitale hypertrophique du pylore, par M. E. Cautley.

L'observation publiée par l'auteur mérite d'être signalée non seulement à cause de la symptomatologie quelque peu insolite qui caractérisa la sténose congénitale du pylore, mais encore en raison des enseignements pratiques qu'elle comporte au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique de cette affection.

On sait que, dans sa forme typique, la sténose pylorique congénitale se traduit par des vomissements survenant même après l'ingestion d'une petite quantité d'aliments, par des mouvements péristaltiques visibles de l'estomac, par la perception d'une tumeur résistante au niveau de la région pylorique avec dilatation secondaire de l'estomac, constipation plus ou moins opiniâtre et amaigrissement. Or, dans le cas relaté par M. Cautley et où il s'agissait d'un enfant de trois mois, les vomissements, qui avaient débuté trois semaines après la naissance, ne présentaient rien de caractéristique, sans compter que, pendant toute la durée du séjour du petit patient à l'hôpital (douze jours), ils furent fort peu marqués. D'autre part, cet enfant avait des selles assez fréquentes et, une huitaine de jours avant sa mort, il eut une évacuation alvine abondante et presque normale. La dilatation de l'estomac, peu accentuée, n'augmenta guère au cours de la maladie, et le péristaltisme gastrique, quoique visible, n'était cependant pas très prononcé. Enfin, chose tout à fait extraordinaire, au lieu de subir un amaigrissement régulièrement progressif, le nourrisson en question présenta, à deux reprises, une augmentation du poids du corps : la première fois, il augmenta, en l'espace de deux semaines, de 400 grammes environ; puis, cinq jours avant la mort, on constata une augmentation nouvelle de plus de 180 grammes, survenue en quarante-huit heures.

Malgré cette symptomatologie fruste, l'auteur, après avoir constaté, par la palpation, la présence d'une tumeur mobile dans la région pylorique, porta le diagnostic de sténose congénitale hypertrophique du pylore. Mais, en l'absence des vomissements caractéristiques, les selles étant assez copieuses et le poids du corps ayant présenté, comme nous venons de le dire, deux augmentations successives, M. Cautley supposa avoir affaire à une occlusion *partielle* du pylore, insuffisante pour empêcher une alimentation susceptible d'assurer la nutrition. Cela étant, il crut pouvoir différer l'intervention opératoire, peut-être même s'en passer complètement. Or, sur ces entrefaites, le petit patient commença à maigrir très rapidement et il ne tarda pas à succomber à la cachexie par inanition. L'auteur estime qu'une opération, pratiquée à temps, aurait pu le sauver : tel a été le cas dans 4 autres faits de sténose pylorique qu'il a eu l'occasion d'observer.

Cette observation montre que, pour revêtir une forme plus ou moins atypique, la sténose congénitale du pylore n'en doit pas moins comporter un pronostic réservé, un cas en apparence léger pouvant parfaitement aboutir à l'inanition. C'est assez dire que l'intervention opératoire reste indiquée alors même que les aliments peuvent encore passer à travers le pylore rétréci. Le fait relaté par M. Cautley met, par conséquent, une fois de plus en évidence l'opportunité du traitement chirurgical, démentant ainsi les vues théoriques de M. Pfaundler (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 261-263). Ajoutons que le cas dont il s'agit va nettement à l'encontre de la conception de ce dernier auteur, l'absence de vomissements caractéristiques devant, d'après M. Cautley, être mise sur le compte du manque de tout trouble purement fonctionnel : l'occlusion était bien due ici à une véritable hypertrophie du pylore, comme on a, du reste, pu s'en rendre compte à l'autopsie du petit patient. (*Lancet*, 5 mars 1904.) — L. CH.

Fièvre scarlatine; corpuscules trouvés dans 4 cas et ressemblant à des protozoaires, par M. F. B. Mallory.

En examinant des fragments de peau provenant de 4 cas de fièvre scarlatine, fixés au liquide de Zenker et colorés à l'éosine et au bleu de méthylène, l'auteur a reconnu la présence de certains éléments microscopiques qu'il croit pouvoir considérer comme l'agent pathogène spécifique de cette pyrexie.

Des deux catégories de corpuscules que distingue M. Mallory, l'une correspond à des éléments ronds ou ovoïdes, quelquefois plus ou moins étirés. Leurs dimensions varient de 2 à 7 μ; rarement le grand diamètre atteint 10 ou 12 μ. Ces éléments se rencontrent dans les couches profondes de l'épiderme, parfois disposés en séries qui plongent dans le derme. Il existe également des corpuscules en nombre dans l'intérieur des cellules épidermiques, où ils occupent le plus ordinairement le pôle superficiel.

Au contraire des éléments globulaires du premier genre, les corpuscules que l'auteur range dans la seconde catégorie sont caractérisés par la disposition rayonnée de leur protoplasma. Mesurant de 4 à 6 μ, ces corpuscules se voient, comme les précédents, dans l'intérieur des cellules épithéliales. Mais, en outre, on les rencontre également, quelquefois, agglomérés par groupe de deux, trois ou quatre, dans les espaces et vaisseaux lymphatiques sous-épidermiques. Ils sont essentiellement constitués par un corpuscule rond central, autour duquel se groupent, comme les rayons d'une roue, de dix à dix-huit étroits bâtonnets.

Les éléments de l'une et l'autre catégorie semblent s'accumuler de préférence au niveau des papilles dermiques et des couches épithéliales voisines. Ils sont très rares dans les follicules pileux où on ne les trouve guère que dans les parties les plus superficielles; ils font entièrement défaut dans les glandes sébacées et sudoripares. M. Mallory ne les a constatés ni dans la langue, ni dans les viscères, ni dans les ganglions lymphatiques. L'examen d'un caillot de sang recueilli dans le cœur *post mortem* est également demeuré négatif.

En raison des analogies que présentent les éléments décrits par lui avec l'hématozoaire du paludisme, l'auteur est disposé à admettre que les deux catégories de corpuscules qu'il a observées — éléments globulaires et rosettes — correspondent à des phases successives du cycle évolutif d'un même protozoaire, parasite de la scarlatine. Quelque séduisante que soit une pareille hypothèse, elle ne saurait d'ailleurs être admise qu'à titre provisoire jusqu'à ce que de nouvelles recherches viennent en prouver ou le bien fondé ou l'inanité : M. Mallory est d'ailleurs le premier à le proclamer. (*Journ. of Med. Research*, janvier 1904.) — F. M.

L'emploi du formol pour la conservation des urines, par M. F. W. Kenney.

On utilise assez couramment l'aldéhyde formique, en solution à 40 %, pour la conservation des urines destinées à être analysées ultérieurement. Or, M. Kenney a eu l'occasion de se convaincre que cette pratique est loin d'être exempte d'inconvénients et qu'elle expose à commettre des erreurs sérieuses dans l'examen des urines.

Appelé à examiner un individu en vue d'une assurance sur la vie, et ne pouvant pas procéder immédiatement à l'analyse de l'urine, l'auteur fit uriner le patient dans un flacon stérilisé contenant quelques gouttes de formaldéhyde. Le lendemain, en pratiquant l'analyse, il constata que le liquide urinaire était limpide et qu'il donnait la réaction de Heller, comme s'il s'agissait d'une urine albumineuse. En traitant l'urine par la chaleur et par l'addition d'acide nitrique, on n'obtenait d'abord aucune modification apparente, mais il suffisait de laisser reposer le liquide pendant quelques minutes pour voir apparaître à sa surface un trouble qui envahissait peu à peu toute la masse, et au bout de plusieurs heures on trouvait au fond du tube un précipité rappelant, par son aspect, l'albumine. Or, en examinant un autre échantillon d'urine du même sujet, cette fois sans addition de formol et trois heures seulement après la miction, M. Kenney le trouva trouble (excès d'urates amorphes) et n'y décela aucune trace d'albumine, pas plus par la réaction de Heller que par l'emploi de la chaleur.

Frappé de ce fait, l'auteur institua une série de recherches sur des urines non albumineuses traitées par l'aldéhyde formique, et il put de la sorte constater que l'addition de quelques gouttes de formaline suffit toujours pour fausser complètement le résultat de la recherche de l'albumine, l'urine formolée donnant, sous l'influence de la chaleur ou de l'acide nitrique, un coagulum que rien ne permet de différencier d'avec l'albumine.

D'autre part, M. Kenney a également cherché à se rendre compte jusqu'à quel point la formaldéhyde convient en tant que réactif de l'albumine. On a, en effet, récemment proposé de se servir de formol tant pour la recherche qualitative de l'albumine que pour son dosage : il suffirait d'additionner 56 c.c. d'urine albumineuse de 1 c.c. de formol pour voir l'albumine se coaguler et former, à la longue, un précipité floconneux; on pourrait, d'ailleurs, hâter la réaction, en portant l'urine à l'ébullition, auquel cas le précipité se déposerait immédiatement. En se basant sur ses recherches personnelles, l'auteur ne croit pas pouvoir admettre la valeur pratique du procédé en question, et cela non seulement en raison des faits susmentionnés, mais encore parce que l'expérience lui a montré que l'addition de formaline est, le plus souvent, insuffisante pour produire, *à elle seule*, une réaction typique dans un liquide albumineux. C'est ainsi que si l'on additionne 56 c.c. d'une solution d'albumine d'œuf à 1 % de 1 à 4 c.c. de formaldéhyde, sans faire intervenir la chaleur, on ne voit se former aucun trouble, ni aussitôt, ni après avoir laissé reposer le mélange pendant vingt-quatre heures. D'autre part, en traitant une urine contenant de 0.5 à 1 % d'albumine par la simple addition de formol (sans chaleur ni acide), M. Kenney n'a vu survenir aucune modification dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, et ce n'est qu'au bout de ce laps de temps qu'apparaissait un précipité. Enfin, une urine albumineuse, additionnée de formol et traitée ensuite par la chaleur, réagit *plus lentement* et donna un coagulum plus dense et plus étroit que dans le cas où l'on n'y ajoutait pas de formaline. (*New York Med. Journ.*, 27 février 1904.) — L. CH.

Anévrysme traumatique de l'artère sous-clavière gauche par suite de fracture de la clavicule, par M. William Taylor.

L'extrême rareté des complications vasculaires des fractures de la clavicule — M. Taylor n'a pu en relever que 4 cas — nous autorise à résumer l'observation relatée dans le présent travail.

Un homme de soixante-deux ans s'était, en tombant, brisé la clavicule gauche. Quinze jours après l'accident, on voyait dans la région sus-claviculaire une tumeur qui débordait largement les limites de cette région et offrait la plupart des caractères habituels aux anévrysmes traumatiques. Une radiographie montrait distinctement une fracture du tiers moyen de la clavicule et un fragment s'enfonçant perpendiculairement dans la direction de l'artère.

Deux semaines de traitement par le repos et l'iodure de potassium n'ayant produit aucune amélioration, on se décida à intervenir, par

crainte de voir la poche se rompre ou suppurer. Après une incision en potence, dont une branche suivait la clavicule et l'autre le bord postérieur du sterno-mastoïdien, la clavicule fut sciée dans son tiers interne et l'extrémité articulaire réséquée. On se trouva alors en présence d'une plaie parcourue par de nombreux nerfs ou vaisseaux, ainsi que du sac anévrysmal qui recouvrait complètement la portion afférente de l'artère sous-clavière. Les manœuvres que l'on fit pour découvrir celle-ci n'ayant abouti qu'à provoquer une forte hémorrhagie par la veine vertébrale, on se résolut à fendre le sac anévrysmal et à tenter l'obturation directe de l'artère. Après avoir rapidement débarrassé le sac de tous les caillots qui le remplissaient, on enfonça les doigts dans la direction supposée de l'artère que l'on parvint à pincer entre le pouce et l'index. Il ne restait plus alors qu'à nettoyer et à essuyer le champ opératoire : on découvrit ainsi une petite plaie sur la face antéro-supérieure de l'artère sous-clavière. Ce vaisseau était malheureusement devenu adhérent à la veine; pour le lier, il aurait fallu l'en séparer, au risque de perforer la veine et d'amener ainsi presque fatalement la gangrène du membre. On se contenta donc de placer des pinces à demeure sur l'artère sous-clavière.

Les suites opératoires furent excellentes et le malade n'eut aucun trouble de la sensibilité. Au début, les muscles étaient comme paralysés, sans doute par suite de l'anémie musculaire, mais, depuis lors, leur fonctionnement s'est amélioré graduellement. A l'heure actuelle (neuf ou dix mois après l'intervention), les mouvements des doigts, du poignet, du coude s'accomplissent d'une manière satisfaisante; ceux du bras et de l'épaule laissent seuls encore à désirer. (*Ann. of Surgery*, novembre 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

A propos d'un cas d'aménorrhée, par M. E. Escande.

L'observation relatée dans le présent travail est un exemple curieux de la transposition sur un autre organe de la congestion menstruelle.

Une jeune fille de dix-huit ans, sans antécédents personnels bien notables, mais dont la mère était morte asthmatique, se trouvait un jour en voiture quand les chevaux s'emportèrent. Elle en était au deuxième jour de ses règles et, quand elle rentra chez elle après cet incident qui lui avait causé une vive frayeur, elle s'aperçut que les menstrues s'étaient complètement arrêtées. Jusque-là ses époques avaient été régulières, abondantes et d'une durée de cinq à six jours. Lors de la menstruation suivante, elle fut prise de tous les symptômes habituels à cet état, mais sans qu'apparût d'hémorrhagie; par contre, elle eut une crise d'asthme qui, dans la suite, pendant cinq ans et demi, se reproduisit chaque mois, l'écoulement menstruel faisant toujours défaut. Trois ans après le début de la maladie, son médecin permit à cette jeune fille de se marier, espérant voir l'aménorrhée s'améliorer ainsi. Il n'en fut rien, voire qu'au bout d'un an ou deux la mémoire se mit à faiblir, et que tous les deux ou trois mois apparaissait une attaque typique de grande hystérie : antérieurement la patiente n'avait jamais eu d'accidents nerveux. Au point de vue objectif, on ne découvrait chez elle rien d'anormal, sauf les symptômes évidents d'une bronchite asthmatique.

M. Escande fut assez heureux pour guérir cette malade — traitée en vain jusque-là — par l'opothérapie ovarienne et l'usage de quelques injections chaudes. L'époque qui devait suivre le début de ce traitement fut en effet marqué par le retour des règles : d'abord peu abondantes et de courte durée, elles revinrent peu à peu à ce qu'elles étaient avant. Au bout de cinq mois de traitement la guérison semblait complète; les attaques d'hystérie avaient également disparu. (*Rev. méd. del Uruguay*, septembre 1903.) — R. DE B.

Tétanos chez un nouveau-né; traitement par le sérum antitétanique; guérison, par M. L. Morquio.

Bien que la valeur curative du sérum antitétanique soit discutée, nous pensons qu'il n'est pas sans utilité de résumer l'observation de M. Morquio, où pareil traitement fut appliqué avec succès à un nouveau-né.

Un enfant de douze jours avait été admis à la crèche de Montevideo. Il pesait à ce moment 2,730 grammes, avait l'air souffreteux, présentait du muguet et par sa plaie ombilicale suintait un peu de liquide séro-purulent. Confié à une nourrice, le petit malade semblait déjà en voie d'amélioration, quand le quatrième jour qui suivit son admission il fut pris de fièvre et de raideurs musculaires qui aboutirent le lendemain à un tétanos absolument typique : ce jour-là et les jours suivants la température atteignit 40° et 41°. Dès le second jour de la maladie, cet enfant reçut une injection de sérum correspondant à 0 gr. 05 centigr. d'antitoxine, injection qui fut répétée au cinquième et au huitième jour. A partir de la deuxième injection, l'intensité des phénomènes tétaniques parut diminuer et quarante-huit heures après la dernière, les contractures disparaissaient et la fièvre tombait brusquement. La guérison se fit ensuite sans incidents. Pendant la durée de l'affection, le petit malade n'avait pu prendre que quelques grammes de lait et son poids était descendu à 2,200 grammes.

En l'espèce, vu surtout l'intensité des accidents et l'âge du sujet, les injections antitétaniques semblent donc avoir exercé une action favorable. Le sérum employé n'avait aucune action toxique; une dose d'un centimètre cube suffisait à immuniser le cobaye. (*Rev. méd. del Uruguay*, novembre 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

De l'usure des dents, en particulier dans l'ulcère chronique de l'estomac, par M. J. Rotgans.

Dans le présent travail, M. Rotgans signale certaines altérations dentaires dont l'existence peut contribuer à faciliter le diagnostic de l'ulcère de l'estomac.

Ces altérations se caractérisent par une sorte d'usure d'une forme assez particulière : le sommet de la dent s'aplatit et se polit de façon à constituer un méplat lisse et uni; puis l'émail s'use peu à peu à la surface de ce méplat et laisse voir au-dessous la dentine qu'on reconnaît facilement à sa teinte plus jaune — brunâtre chez les fumeurs —; enfin la dentine s'use à son tour, à tel point que la dent finit par se trouver de niveau avec la gencive alvéolaire. Ce clivage se fait le plus souvent suivant un plan horizontal, mais quelquefois oblique; dans ce cas la dent figure une sorte de croc dont la pointe diminue progressivement de hauteur. La marche de ces altérations est chronique.

Il est possible que des influences trophiques, mécaniques — aliments trop durs — ou toxiques (présence dans la salive d'une substance anormale) puissent provoquer le développement de pareilles déformations. Expérimentalement, on peut, en effet, rendre les dents extrêmement molles en nourrissant un animal avec du lait additionné de 2 ‰ d'acide chlorhydrique. D'autre part, l'auteur a observé cette usure des dents chez une femme nerveuse, atteinte de gangrènes neuroparalytiques multiples, chez quelques hommes abusant du tabac et de l'alcool, enfin chez un enfant dont le père offrait des altérations dentaires analogues. En pareils cas, on peut admettre qu'il s'agit d'une influence trophique.

Mais c'est dans l'ulcère de l'estomac que l'affection paraît être le plus commune : sur 10 personnes qui consultèrent M. Rotgans au cours d'une année et qui présentaient ou avaient présenté le syndrome de l'ulcère gastrique, 9 étaient atteintes de cette usure des dents. La seule exception concernait une femme ayant un estomac en sablier comme conséquence d'un ulcère ancien, cicatrisé et de faible étendue; le chimisme et la motricité gastriques étaient intacts; cependant, chez cette malade, presque toutes les dents étaient cariées. Deux autres sujets, atteints de cancer de l'estomac, offraient aussi ce polissage des dents par usure; or, précisément, dans ces 2 cas, l'histoire clinique ou les constatations opératoires permirent de supposer que le cancer s'était développé sur un ancien ulcère. La plupart de ces patients étaient du sexe masculin.

Au point de vue pathogénique, il est tout d'abord à remarquer que le plus ou moins d'usure des dents ne semblait être en rapport ni avec l'intensité de la sténose gastrique, ni avec l'ancienneté de la maladie, ni avec les vomissements. Ce n'est donc pas le reflux des matières acides par la bouche qui pouvait être mis en cause. D'autre part, si le contenu buccal se montra plusieurs fois acide, il est à noter que l'acide chlorhydrique y fit toujours défaut. Il est donc à supposer que ces altérations sont la conséquence de l'oxydation insuffisante du sang chez les malades atteints d'ulcère gastrique : leurs dents comme leurs autres organes souffrent plus ou moins de cet état pathologique, mais, contrairement à ce qui a lieu pour les altérations des autres organes, les lésions dentaires qui en résultent ne sont pas susceptibles de réparation. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 décembre 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Une épidémie de néphrite, par M. G. Bonanome.

Si la réalité d'un mal de Bright infectieux primitif, susceptible de se traduire par de petites épidémies et tel que l'ont établi notamment, en France, les travaux de M. Ch. Fiessinger (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 221-223), est assez généralement admise, le nombre des faits de ce genre publiés dans ces dernières années est demeuré assez faible, soit parce que cette affection est effectivement rare, soit parce qu'elle reste facilement méconnue. C'est ce qui fait l'intérêt de la petite épidémie que M. Bonanome a observée à Rocca di Papa, près Rome, en 1898, et dont il a différé jusqu'ici la relation, dans l'espoir de pouvoir recueillir de nouveaux faits.

Cette petite épidémie débuta au mois d'août et se prolongea jusqu'au mois de novembre, frappant une vingtaine d'individus; la distribution des cas offrit ceci de particulier que, bien que la maladie se fût manifestée en divers points de la localité, en chacun de ces points elle constitua nettement des foyers, se propageant aux parents ou aux voisins des premiers sujets atteints. Comme la chose a déjà été signalée, ce sont les enfants et les adolescents (de quinze à vingt ans) qui payèrent le plus lourd tribut à l'affection : un seul cas concerne un homme de vingt-huit ans. Chez tous les malades, le type morbide fut à peu près identique, réalisant le tableau de la néphrite aiguë : œdème du visage, parfois généralisé à tout le corps; urines rares, avec albuminurie plus ou moins prononcée : céphalalgie et vomissements presque constants; fièvre modérée, etc.

L'objection qui vient naturellement à l'esprit, en présence des faits de ce genre, est qu'il s'agit d'épidémies de scarlatine fruste, dont la vraie nature a été méconnue. A cette hypothèse, M. Bonanome oppose que, en l'absence de tout cas de scarlatine confirmée — et il n'y en avait pas éu dans le pays depuis cinq ans —, il faudrait admettre que, dans certaines épidémies, la scarlatine pût se manifester exclusivement par des formes frustes. Et, s'il était démontré que la conception d'un pareil génie épidémique n'est pas purement théorique, on devrait encore accepter que *tous* ces cas de scarlatine, cependant atténuée, s'accompagnent de néphrite, alors que, dans les scarlatines les mieux confirmées, les complications rénales s'observent avec une fréquence variable selon les épidémies, mais jamais avec une constance absolue. Enfin, les recherches bactériologiques positives de certains auteurs, entre autres de M. Baginsky, ont confirmé l'existence de néphrites microbiennes primitives chez les enfants; rien d'étonnant dès lors à ce que ces néphrites infectieuses puissent, dans certaines circonstances, prendre un caractère nettement épidémique. (*Policlinico*, 9 janvier 1904.) — F. F.

Néarthroses à soutiens métalliques, par M. G. Pascale.

Divers chirurgiens ont eu l'occasion de rapprocher par des fils métalliques des extrémités osseuses plus ou moins distantes et dont les surfaces articulaires avaient été détruites soit par un processus morbide, soit par une inter-

vention thérapeutique. Mais ces tentatives sont demeurées peu nombreuses, et dans plusieurs d'entre elles le but que se proposait l'opérateur était moins d'obtenir une « articulation nouvelle » utile au malade que d'immobiliser une pseudarthrose ballante, annihilant le membre au point de vue fonctionnel. C'est au contraire de propos délibéré que M. Pascale, dans 2 cas, a rapproché par une anse métallique — sans toutefois les mettre absolument en contact — les extrémités osseuses qu'il venait de réséquer.

Sa première observation concerne un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'un ostéosarcome de la tête humérale. A l'opération, la cavité glénoïde fut trouvée intacte, mais il fallut réséquer toute la tête de l'humérus et la portion attenante de cet os. Pour obvier aux inconvénients résultant de cette perte de substance, l'auteur conduisit un fort fil d'argent, de haut en bas et un peu de dedans en dehors, au-dessous de la surface articulaire de la cavité glénoïde, puis il le fit passer à travers la diaphyse humérale et le noua en dehors; les divers plans furent ensuite suturés isolément. La cicatrisation était complète au douzième jour. Une semaine plus tard, on commença la mobilisation de la néarthrose et, au bout d'un mois, les fonctions du membre étaient en majeure partie rétablies : les mouvements de projection du bras en avant et en arrière, ainsi que l'adduction, s'accomplissent normalement; seules l'abduction et l'élévation sont notablement diminuées d'amplitude, par suite de l'absence du sus-épineux, que l'on avait dû réséquer à l'opération.

Le second fait a trait à un homme de trente-quatre ans qui, ayant reçu sur le dos une botte de paille du poids de cent kilos, s'était en tombant fait une subluxation de la hanche en arrière, avec arrachement du rebord cotyloïdien et fracture engrenée du col du fémur — autant du moins que l'auteur put en juger quand il vit le malade, plusieurs mois après l'accident. Insuffisamment soignées, ces lésions avaient abouti à la perte fonctionnelle totale du membre, raccourci de 4 ou 5 centimètres et parfaitement immobile; la cuisse se trouvait légèrement fléchie sur le bassin, en adduction et rotation interne.

L'opération montra qu'il s'était formé autour de la tête fémorale effectivement déplacée en arrière et du col fémoral fracturé, une véritable capsule osseuse, qui mettait obstacle au moindre mouvement. Cela étant, M. Pascale décida de conserver la partie supérieure de cette capsule et de l'utiliser comme une nouvelle cavité articulaire, de laquelle il rapprocha l'extrémité supérieure du fémur soigneusement régularisée après résection de la tête fémorale; les parties furent maintenues en bonne position au moyen d'une anse de fil d'argent double. Le succès de cette restauration fut complet; le malade peut marcher, se tenir debout sur une seule jambe, même du côté opéré; la flexion de la cuisse est seulement assez limitée.

L'auteur estime que dans la création de ces néarthroses les « soutiens métalliques » ont une triple utilité : ils fixent le segment périphérique de l'articulation, l'empêchant de prendre une mobilité exagérée et de s'éloigner du segment central; ils s'opposent à l'atrophie musculaire, en permettant aux muscles de conserver leurs fonctions; enfin ils favorisent l'ostéogenèse et la régénération des tissus. (*Riforma med.*, 2, 16 et 23 décembre 1903.) — F. F.

L'opothérapie thymique dans la maladie de Basedow chez les enfants, par M. O. Zorzi.

Il y a quelques années, M. Blondel signalait, parmi les emplois thérapeutiques du thymus, son utilisation contre le goitre exophtalmique, déjà indiquée par Owen : il aurait obtenu des résultats fort encourageants, chez 4 malades atteints de maladie de Basedow, au moyen de thymus *peptonisé* par digestion artificielle (pour éviter le dégoût), à la dose de 1 à 2 grammes par jour (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 276).

De son côté, l'auteur a eu recours à l'opothérapie thymique chez 3 fillettes âgées de huit à neuf ans, hospitalisées à la clinique pédiatrique de M. le professeur V. Tedeschi (de Padoue), et offrant les symptômes caractéristiques du goitre exophtalmique (corps thyroïde turgescent, tachycardie, palpitations, etc.). Il s'est servi pour cela de la préparation déjà expérimentée avec succès, dans le même service, par M. Marcolongo, contre la chloro-anémie des enfants et des adolescents, et consistant en une émulsion glycérinée de thymus (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 412), dont il administrait chaque jour de 20 à 25 grammes.

La première des petites malades traitées de la sorte avait d'abord été soumise sans résultats à l'opothérapie thyroïdienne; elle fut retirée de l'hôpital par sa famille six semaines environ après l'institution de la médication thymique, sans que celle-ci eût paru exercer la moindre action sur les manifestations morbides. Chez les deux autres, au contraire, l'ingestion de la préparation de thymus amena la disparition complète des troubles basedowiens : l'une fut soumise à la cure pendant trois mois et demi, l'autre durant deux mois environ. C'est surtout sur les palpitations et la tachycardie que ce traitement sembla avoir la plus heureuse influence.

Quelque favorables que soient ces résultats, M. Zorzi reconnaît lui-même que le délai assez court pendant lequel il a pu observer ses petites malades depuis leur guérison apparente (deux mois et demi) ne permet pas d'affirmer qu'il s'agisse là de guérisons définitives. On sait, en effet, que les rechutes tardives ne sont pas rares dans le goitre exophtalmique; on les a vu survenir, dans certains cas, après plusieurs années de complète rémission. (*Pediatria*, décembre 1903.) — F. F.

Les effets de l'anopsie sur le développement de l'appareil visuel, par M. G. Lodato.

Il a été établi par les recherches expérimentales de M. H. Berger que la cécité temporaire déterminée chez des animaux nouveau-nés par l'occlusion des deux yeux, maintenue permanente durant un certain temps (au moyen de la tarsorrhaphie), a pour effet d'entraîner un arrêt de développement des parties centrales de l'appareil visuel. Il était intéressant de rechercher si l'anopsie unilatérale obtenue par le même moyen exerce une influence identique sur la moitié correspondante de l'appareil de la vision; c'est ce qu'a fait M. Lodato dans les expériences dont il fait connaître les résultats par le présent travail.

Sur les 5 jeunes chiens d'une même portée, 4 furent soumis à la tarsorrhaphie d'un seul côté, le cinquième devant servir de témoin; mais une suppuration conjonctivale entraîna la formation d'un leucome du côté opéré, chez un des animaux anopsiques, qui fut dès lors éliminé. Pour les 3 autres, on leur rendit l'usage de l'œil oblitéré, au bout de huit mois, en même temps qu'on pratiquait chez eux la tarsorrhaphie du côté jusqu'alors « voyant ». Il fut ainsi facile de se convaincre que l'œil qui avait été mis, pendant toute la première partie de l'expérience, hors d'état d'exercer ses fonctions, était à peu près complètement perdu pour la vision, encore qu'il n'offrît aucune altération apparente; les animaux se comportaient, en effet, absolument comme des aveugles, se montrant incapables d'éviter un obstacle, ne voyant pas la nourriture qu'on leur présentait, etc., etc.; seulement, quand une excitation lumineuse suffisamment intense était dirigée sur l'œil précédemment oblitéré, les paupières se fermaient, signe que toute perception n'était pas abolie.

Les chiens furent alors sacrifiés, et tout leur appareil optique fut débité en coupes minces. L'auteur put de la sorte reconnaître, par comparaison avec les préparations provenant du témoin, lequel avait été simultanément abattu, qu'il existait chez eux un arrêt de développement, du côté correspondant à l'anopsie, portant sur toutes les parties de l'appareil de la vision, depuis l'organe périphérique jusqu'aux centres corticaux. (*Arch. d'ottalmol.*, XI, 3-4.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

Quelques remarques sur le rein mobile chez les enfants, à propos d'un cas de faux rein mobile chez un garçon, par M. J. Brudzinski.

Si les troubles fonctionnels auxquels donne lieu l'ectopie rénale sont, le plus souvent, insuffisants pour faire reconnaître ce déplacement, l'étude méthodique de la tumeur formée par l'organe ectopié fournit habituellement des données assez nettes pour assurer le diagnostic. On a, cependant, enregistré des faits où le rein mobile a pu — en raison de sa situation et des déformations qu'il avait subies — en imposer pour une tumeur de l'épiploon, du mésentère, du pancréas, de la rate, etc. L'erreur commise dans le cas qui fait l'objet du mémoire de M. Brudzinski est de toute autre nature : il s'agit, non pas d'un rein mobile méconnu, mais d'une pseudo-ectopie rénale. Le fait est assez rare pour mériter d'être signalé; il est, de plus, particulièrement instructif, car il montre combien le diagnostic différentiel du rein flottant est délicat, surtout chez l'enfant.

L'observation a trait à un garçon de treize ans, chez lequel l'exploration de l'abdomen révélait la présence, au niveau et à gauche de l'ombilic, d'une tumeur solide rappelant le rein, par ses dimensions et sa forme, et se déplaçant suivant les changements d'attitude du corps. Cette tumeur se laissait facilement ramener vers la colonne vertébrale pour s'échapper aussitôt, sous l'influence des mouvements respiratoires. Enfin, à la percussion de la région rénale gauche, on obtenait un son tantôt mat, tantôt clair, suivant que la tumeur était réduite ou non. Tous ces signes physiques militaient en faveur de l'existence d'une ectopie du rein gauche, diagnostic qui fut, du reste, confirmé par l'examen radioscopique. Or, ce garçon ayant succombé à une méningite tuberculeuse, on ne fut pas peu surpris de constater, à l'autopsie, que les deux reins n'étaient nullement déplacés et que la tumeur constatée pendant la vie était, en réalité, constituée par une agglomération de ganglions mésentériques. Cet amas ganglionnaire simulait, d'ailleurs, d'une façon si parfaite la forme du rein que, même à la nécropsie, on avait d'abord cru avoir affaire à un rein ectopié. (*Gaz. lekarska*, 16 janvier 1904.) — L. CH.

L'amputation interscapulo-thoracique, par M. K. Niedzielski.

A propos d'un cas d'amputation interscapulo-thoracique qu'il a eu l'occasion d'observer à la clinique de M. le professeur Kouznetzov, à Varsovie, l'auteur étudie les indications, la technique et les résultats de cette intervention opératoire.

L'observation personnelle relatée par M. Niedzielski a trait à un homme de trente ans, qui, après avoir subi l'amputation du bras au niveau du col chirurgical de l'humérus pour un néoplasme de l'épaule droite, vit la récidive survenir, au bout d'environ neuf mois, dans la région du moignon. La tumeur ayant rapidement progressé et occasionnant de très vives douleurs lancinantes, le malade se fit admettre, quatre mois plus tard, dans le service de M. Kouznetzov, où l'on constata la présence d'un ostéosarcome englobant toute la moitié externe de la clavicule et de l'épine de l'omoplate. La partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate et la fosse sous-épineuse étaient occupées par la tumeur, qui en bas s'étendait jusqu'au milieu de l'omoplate. Le néoplasme adhérait, d'ailleurs, intimement à cet os, dont il suivait les mouvements passifs; il ne pouvait, non plus, être séparé de la clavicule. Cela étant, on se décida à pratiquer l'amputation interscapulo-thoracique. Les suites opératoires ne présentèrent rien d'anormal. La plaie cicatrisa par première intention, sauf dans une petite étendue, le long de la région sous-claviculaire, où l'on avait placé un tampon. Un mois environ après l'intervention, l'opéré quitta l'hôpital, la plaie étant complètement cicatrisée et l'état général ne laissant rien à désirer. D'après les renseignements reçus au bout de neuf mois, cet homme se porte toujours bien, et la cicatrice de sa plaie est très solide.

En se basant sur ce fait, ainsi que sur les observations analogues publiées antérieurement, l'auteur conclut que l'amputation interscapulo-thoracique, pratiquée suivant toutes les règles de l'asepsie, ne saurait être considérée comme une opération dangereuse, surtout si l'on intervient d'une façon assez précoce. Elle permet de prolonger la vie du malade dans 96 % des cas, dont 33 % de guérisons durables. L'amputation interscapulo-thoracique d'emblée est, d'ailleurs, beaucoup mieux supportée que les « amputations pathologiques consécutives », sans

compter que celles-ci mettent moins le patient à l'abri de la récidive. (*Kronika lekarska*, 15 janvier, 1[er] et 15 février et 1[er] mars 1904.) — L. CH.

38 cas de scarlatine traités par le sérum antistreptococcique, par M. A. Kosinski.

D'après l'expérience de l'auteur, l'action du sérum antistreptococcique sur l'évolution de la scarlatine se traduirait par un abaissement rapide de la température, ainsi que par la disparition de l'exanthème. Cette disparition serait définitive, tandis que les effets antipyrétiques du sérum, qui se manifesteraient en général dans l'espace de dix à vingt-quatre heures, ne seraient pas toujours durables, la fièvre pouvant réapparaître ultérieurement sous l'influence d'une recrudescence des phénomènes inflammatoires du côté de la gorge et du nez. Il importe, en effet, de remarquer que l'injection de sérum antistreptococcique semble exercer une action moins efficace sur l'énanthème que sur l'éruption cutanée.

La sérothérapie n'empêcherait pas la production de lésions rénales, celles-ci pouvant, du reste, survenir beaucoup plus tard, lorsque le malade paraît déjà complètement guéri.

Sur les 38 cas où M. Kosinski a eu recours aux injections de sérum antistreptococcique, il a eu à enregistrer 3 décès : un nourrisson de neuf mois succomba à une diphtérie grave et deux enfants, âgés respectivement de trois et de cinq ans, furent emportés par des complications rénales, survenues au cours du deuxième septénaire de la maladie. (*Gaz. lekarska*, 10 octobre 1903.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Contribution à l'étude des récidives de la scarlatine, par M. S. Yasny.

Considérées autrefois comme assez fréquentes, les récidives de la scarlatine sont à peine mentionnées dans les traités récents, et quelques auteurs contestent même leur existence, estimant que les cas pris pour des récidives de cette maladie se rapportent, en réalité, à des affections autres que la scarlatine. Cela étant, il nous paraît utile de signaler ici le fait publié par M. Yasny et qui a trait à une double récidive de la scarlatine, dûment constatée, les trois atteintes successives de la maladie ayant été observées dans un même service hospitalier.

Il s'agit d'une fillette, âgée de quatre ans et neuf mois, qui fut admise à l'hôpital d'enfants de Kharkhov pour une fièvre éruptive caractérisée par un érythème généralisé en pointillé très fin, avec vomissements, rougeur framboisée de la gorge et hypertrophie des papilles linguales. Au bout d'une quinzaine de jours, la petite malade commença à desquamer et la convalescence suivit son cours normal, sans que l'on eût à enregistrer la moindre complication du côté des reins. Or, au cours de deux séjours que cette fillette avait déjà faits au même hôpital, à l'âge de deux ans et demi et de trois ans et demi, on avait noté à peu près les mêmes symptômes.

Les trois atteintes ayant été assez légères et quelques signes caractéristiques de la scarlatine ayant fait défaut, on pourrait se demander si l'on avait réellement eu affaire à la fièvre éruptive en question. L'observation de M. Yasny ne se rapporterait-elle pas plutôt à ce que Filatov désignait sous la dénomination de *rubéole scarlatineuse?* Mais, outre que l'existence de cette entité morbide est loin d'être admise par tous les cliniciens, il convient de faire remarquer que, d'après Filatov lui-même, l'angine, l'hyperthermie atteignant 39° dans l'espace des deux premiers jours, la langue scarlatineuse et la desquamation militent en faveur de la scarlatine et permettent de rejeter le diagnostic de rubéole scarlatineuse. Or, dans le cas dont il s'agit, tous ces signes étaient présents; la desquamation seule avait manqué la première fois, mais, l'enfant ayant alors fait un séjour de trois semaines dans un service de scarlatineux, il serait difficile d'admettre qu'elle eût pu échapper à la contagion, si elle n'avait pas été atteinte elle-même de scarlatine. D'autre part, la présence d'une angine nettement caractérisée et, dans les deux dernières atteintes, d'une desquamation tardive autorisent à exclure l'hypothèse d'un érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant : on sait que dans cette affection l'angine manque habituellement et que la desquamation, lamelleuse et abondante, débute pendant que l'exanthème est encore dans son plein. L'auteur arrive ainsi à conclure que, les trois fois, il s'est bien agi, chez cette fillette, d'une scarlatine : la première atteinte du mal, ayant été peu accentuée, n'aurait pas donné lieu à une élaboration suffisante d'antitoxines pour assurer l'immunité. Les infections ultérieures ont dû, d'ailleurs, être facilitées par l'état général précaire (scrofule) de la petite patiente et, peut-être, aussi par l'ablation des amygdales qu'elle avait subie peu avant sa troisième maladie, alors qu'une épidémie grave de scarlatine sévissait dans la ville.

Au point de vue pratique, M. Yasny s'autorise de ce fait pour recommander, en présence d'un cas de scarlatine, d'isoler soigneusement les enfants anémiques ou scrofuleux même ayant déjà eu la scarlatine, surtout si celle-ci a été légère. D'autre part, il convient, au cours d'une épidémie scarlatineuse, de s'abstenir de toute intervention chirurgicale chez les enfants, notamment des opérations sur la cavité buccopharyngienne, telles qu'ablation des amygdales, extirpation de végétations adénoïdes, etc. (*Prakt. Vratch*, 7 février 1904.) — L. CH.

La toxine du bacille du chancre mou, par M. Z. Sovinsky.

L'auteur a été à même de se rendre compte qu'en précipitant en masse une culture liquide de bacilles de Ducrey au moyen de l'alcool, on obtient une toxine qui possède des propriétés pathogènes. L'inoculation de cette toxine dans la cavité péritonéale détermine la formation de collections purulentes et amène la mort de l'animal au bout de douze à quinze heures; l'injection de la même toxine dans le tissu cellulaire sous-cutané produit, au niveau de la piqûre, une tuméfaction circonscrite; enfin, en introduisant quelques gouttes de la toxine en question dans les cornes de l'utérus de lapines ou de cobayes femelles, on obtient des pyométrites.

A en juger d'après les expériences de M. Sovinsky, le principe pyogène appartiendrait au corps même du bacille ; l'injection des produits de filtration des cultures liquides ne donne pas lieu à des abcès et ne se traduit que par des phénomènes peu intenses d'intoxication générale. Par contre, l'inoculation de cadavres bacillaires, dilués dans de l'eau stérilisée, amène à la fois des accidents locaux (collections purulentes) et généraux (hyperthermie, diminution du poids du corps, etc.). Injectée dans la cavité péritonéale, cette dilution ne tarde pas à déterminer la mort de l'animal, au milieu des symptômes d'une péritonite purulente suraiguë.

Les suppurations dues à l'inoculation de la toxine ou de corps bacillaires seuls tendent à se résorber, alors même que l'expérience porte sur une cavité close (corne utérine comprise entre deux ligatures). D'autre part, il importe de remarquer que le pus de ces abcès, réinoculé même en grande quantité, ne détermine aucune altération pathologique. Ces faits semblent démontrer qu'au sein des collections purulentes auxquelles elle a donné lieu, la toxine subit rapidement une destruction ou perd tout au moins son pouvoir pyogène. L'auteur a, d'ailleurs, été à même de se convaincre que le pus de bubons, injecté aux animaux, ne provoque aucune réaction locale.

En ce qui concerne la pathogénie de l'adénopathie chancrelleuse, M. Sovinsky estime que la formation du bubon ne saurait être mise sur le compte de l'absorption des produits toxiques du bacille de Ducrey : la présence même de ce bacille vivant *in loco* serait absolument nécessaire, et si habituellement on ne retrouve pas le diplo-bacille dans le pus des bubons, c'est que, chez l'homme tout comme dans l'organisme animal, ce microorganisme est rapidement détruit. (*Roussk. Vratch*, 24 janvier 1904.) — L. CH.

27 cas de formation osseuse intra-oculaire, par M. I. Pojarisky.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, à la clinique ophtalmologique de Kharkov, 27 cas d'ossification intra-oculaire.

Le plus souvent, l'œil atteint de cette transformation osseuse est atrophié, dur et fortement déformé, ne mesurant en surface que 1 centimètre à 1 centim. 1/2; parfois, cependant, il conserve ses dimensions normales.

La rétine est habituellement décollée et ratatinée. Sur la face interne de la choroïde, on voit une couche blanche plus ou moins épaisse et de consistance osseuse, qui s'étend à toute la membrane, ou se présente, au contraire, sous forme d'îlots isolés. A l'examen microscopique, on constate qu'il s'agit de tissu osseux véritable, avec ostéoplastes, cellules osseuses, canaux de Havers, etc.

Au sein même de ce tissu osseux, ainsi que dans les parties limitrophes, on obtient, par endroits, la réaction caractéristique de la matière amyloïde, ce qui porterait à admettre que le processus d'ossification est précédé de dégénérescence amyloïde.

Dans aucun cas, M. Pojarisky n'a trouvé dans l'œil de formation cartilagineuse : l'os se développe directement dans le tissu conjonctif. Primitivement, l'ossification a lieu au niveau de la choroïde et jamais l'auteur ne l'a vu débuter par le corps vitré, le cristallin, la rétine ou la sclérotique. Mais le processus morbide peut ultérieurement s'étendre au corps vitré; quant à la sclérotique et à la rétine, elles sont toujours restées indemnes de toute ossification.

La lésion qui constitue le point de départ de cette transformation osseuse intra-oculaire est l'irido-cyclite, surtout lorsque celle-ci est d'origine traumatique. Un an après le début de l'affection, il n'existe pas encore de tissu osseux, mais au bout de trois années ce tissu est déjà parfaitement développé. (*Méd. Obozr.*, LX, 19.) — L. CH.

Traitement de quelques affections oculaires par les bains de mer, par M. S. Rochtchevsky.

En présence d'une affection oculaire banale, comme le trachome ou les lésions scrofuleuses de la conjonctive et de la cornée, nombre de praticiens se bornent à prescrire un traitement local, sans tenir compte des avantages que pourraient procurer au malade des mesures hygiéniques, telles que l'utilisation des propriétés curatives du climat marin et des bains de mer. Or, d'après l'expérience de M. Rochtchevsky, ces agents thérapeutiques seraient susceptibles de rendre d'excellents services.

Les bains de mer, particulièrement efficaces dans les cas de catarrhe folliculaire de la conjonctive, exerceraient également une influence favorable sur l'évolution du trachome, surtout lorsque cette affection est de date récente; et même quand il s'agit de formes invétérées de conjonctivite granuleuse, compliquée ou non de pannus de la cornée, le traitement local gagnerait à être associé à la thalassothérapie. C'est ainsi que chez une femme atteinte d'un trachome qui était traité sans succès depuis vingt ans, la guérison complète survint après six mois de séjour au bord de la mer.

La conjonctivite phlycténulaire et les infiltrations scrofuleuses de la cornée, si fréquentes chez les enfants et chez les adolescents, se laisseraient aussi très rapidement influencer par les bains de mer.

L'auteur estime que les bons effets de l'eau marine sont dus surtout à l'action désinfectante des sels contenus dans cette eau. D'autre part, étant donné le grand pouvoir d'absorption que possèdent la conjonctive et la cornée, on comprend que la balnéation dont il s'agit puisse exercer une action quelque peu analogue à celle des injections sous-conjonctivales de solutions salines, qui donnent, comme on le sait, d'excellents résultats dans un certain nombre d'affections oculaires. (*Roussk. Vratch*, 3 janvier 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Recherches sur le contenu de l'estomac des personnes âgées, par M. H. Seidelin.

La rareté des observations concernant le chimisme stomacal des personnes âgées a engagé M. Seidelin à étudier cette question sur un nombre plus considérable de sujets.

Ses recherches ont porté sur 70 individus des deux sexes, âgés de plus de cinquante

ans, malades d'hôpitaux pour la plupart, mais indemnes, au moins en apparence, de toute affection gastrique. Malgré les très grandes variations qui se rencontrent chez le même sujet ou d'un sujet à un autre, l'auteur a pu cependant tirer de ses investigations un certain nombre de conclusions générales.

Sur ces 70 vieillards, 28 (40 %) manquaient constamment d'acide chlorhydrique libre : dans 2 cas l'acidité était même si basse qu'on pouvait penser à de l'achylie gastrique, mais le pouvoir digestif de la pepsine était par contre assez énergique et, inversement, là où la pepsine laissait à désirer, l'acidité était généralement assez élevée; M. Seidelin n'a donc jamais rencontré d'achylie typique.

Sur les 42 malades à suc gastrique contenant de l'acide chlorhydrique, l'acidité était normale 6 fois; 7 fois il y avait de l'hypochlorhydrie et 7 fois de l'hyperchlorhydrie constantes; chez les 22 autres patients, l'acidité varia tellement, lors de différents examens, qu'on ne peut classer ces cas sous une rubrique quelconque.

Au point de vue de l'âge, il est à noter que de soixante à soixante-dix-neuf ans l'achlorhydrie se rencontrait dans 39 à 40 % des cas; de cinquante à cinquante-neuf ans, elle s'observait dans 45 % des cas et de quatre-vingts à quatre-vingt-neuf ans dans 30 % des cas. Chez les femmes, l'achlorhydrie ne fut constatée que dans la proportion de 33 %, alors que 55 % des hommes en étaient atteints. Parmi les sujets du sexe masculin se trouvaient 16 alcooliques, dont 7 (44 %) seulement étaient achlorhydriques. Quant à l'artériosclérose, elle existait, cliniquement au moins, chez 48 malades, dont 24 (50 %) étaient dépourvus d'acidité gastrique. Enfin, lorsqu'on étudie simultanément l'âge et l'artériosclérose au point de vue de l'acidité gastrique, on observe ce fait assez curieux que l'artériosclérose semble avoir sur l'estomac une influence d'autant plus marquée que le sujet est plus jeune, tout comme si la sclérose artérielle, chez les individus d'un âge plus avancé, avait quelque chose de physiologique. (*Hospitalstidende*, 25 novembre 1903.) — R. DE B.

La sensation de poussée abdominale,
par M. B. VEDELER.

Beaucoup de femmes se plaignent de ressentir une pression, une poussée dans le bas du ventre : les unes accusent une sensation de poids dans la région du périnée, d'autres disent que « quelque chose » ou « la matrice » leur paraît vouloir sortir par les parties génitales, certaines éprouvent comme une sensation de vide au travers duquel les organes internes ont l'air de vouloir se précipiter, etc.

D'après M. Vedeler, la plupart de ces impressions, en l'absence de lésions gynécologiques sérieuses, sont à mettre au compte de l'hystérie. En effet, quand on vient à examiner ces femmes, on découvre chez elles des points génitaux douloureux, offrant les particularités cliniques bien connues de l'anesthésie douloureuse. On note, en outre, une sensibilité exagérée de l'urèthre ou de l'anus lors du passage de la sonde ou du doigt. Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, on réveille une irritabilité analogue et on sent le muscle releveur de l'anus se contracter avec force, au point d'emprisonner le doigt explorateur, qui, pour peu que la pression abdominale entre secondairement en jeu, se trouve littéralement chassé. Cependant, si l'on arrive à exécuter le toucher vaginal en évitant d'appuyer sur les points douloureux, on peut pénétrer profondément sans réveiller les spasmes du releveur de l'anus.

Il est probable que c'est l'irritation partie des points douloureux de la sphère génitale qui provoque une contracture réflexe du muscle releveur de l'anus et de tout le plancher périnéal. Cette contracture ayant pour antagoniste la poussée abdominale qui cherche à en triompher, et qui n'aboutit peut-être qu'à l'augmenter, on s'explique la sensation de poussée éprouvée par ces malades.

A de telles patientes, surtout si elles offrent un léger degré de prolapsus, de rectocèle ou de cystocèle — ou si le médecin croit trouver quelqu'une de ces lésions —, on prescrit volontiers un pessaire. Mais cet appareil ne leur rend le plus souvent qu'un mauvais service, car il vient peser sur les points douloureux. Le mieux est de recourir à la faradisation avec un conducteur introduit dans le vagin et l'autre placé sur l'abdomen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, novembre 1903.) — R. DE B.

Un cas inexpliqué de mort subite,
par M. V. LANGE.

Le cas de mort subite relaté dans le présent travail, et survenu à la suite d'un simple examen laryngoscopique, nous paraît assez extraordinaire pour mériter d'être signalé.

Un enfant de quatre ans avait dû subir la trachéotomie pour croup. Quelques bourgeons charnus s'étant développés dans la plaie trachéale, les premières tentatives faites pour enlever la canule furent suivies de crises de suffocation et on dut laisser celle-ci en place six semaines après l'opération. A ce moment on crut pouvoir la retirer et renvoyer l'enfant chez ses parents, mais, à la suite d'un accès de colère, la suffocation reparut et il fallut ramener le petit malade à l'hôpital où il avait été opéré. Là les accidents dyspnéiques semblèrent se calmer; toutefois, la respiration s'accompagnait toujours d'un sifflement particulier. L'enfant fut alors mené à Copenhague chez l'auteur, auquel il fut présenté le jour même après un trajet de quelques heures en chemin de fer.

M. Lange se mit tout d'abord en devoir de procéder à un examen laryngoscopique. L'enfant prit place sur un siège : il semblait en bon état, pas trop intimidé, et le jet de lumière de la lampe exploratrice fut la seule chose qui parût le surprendre un peu. Sur l'ordre qu'il en reçut, il tira de lui-même la langue, mais à peine avait-on introduit le laryngoscope dans la bouche qu'il fut pris d'un violent spasme de la glotte. L'auteur attendit un instant, pensant voir le spasme, suivant l'usage, se dissiper spontanément. Il n'en fut rien : l'enfant devint de plus en plus cyanotique, ses muscles masticateurs se contracturèrent au point qu'il fut impossible de desserrer les mâchoires. Une pile électrique en marche se trouvant à portée, on eut recours à la faradisation, ainsi qu'à la respiration artificielle, le tout en vain. Peu après la mort, le menton s'étant relâché, M. Lange introduisit aussitôt son doigt dans le larynx, mais il ne rencontra que des cordes vocales unies, sans aucune tumeur. La catastrophe avait été si rapide qu'on n'avait pu songer à la moindre intervention opératoire. L'autopsie ne put être pratiquée. (*Ugeskrift for Læger*, 20 novembre 1903.) — R. DE B.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

L'auscultation dorsale du cœur et sa signification diagnostique, par M. V. LIBENSKY.

Ayant eu l'occasion d'observer 2 cas de rétrécissement mitral, dans lesquels le bruit de souffle était plus intense au niveau de la région dorsale que du côté de la région précordiale, M. Thomayer a engagé M. Libensky à étudier ce phénomène de plus près. Aussi l'auteur examina-t-il à cet égard, d'une façon systématique, tous les malades atteints d'affections cardiaques et hospitalisés à la clinique de M. Thomayer pendant l'année scolaire 1902-1903. Il a pu de la sorte se rendre compte que, dans les affections de l'orifice mitral, le maximum d'intensité du souffle dorsal est toujours localisé au même point, tout près de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. L'intensité de ce souffle dorsal varie, du reste, suivant l'étendue de la matité précordiale : lorsque celle-ci est très élargie dans le sens horizontal, le souffle en question est tout à fait net, tandis que dans les cas où l'étendue de la matité précordiale est limitée, il est beaucoup moins perceptible.

Comme l'exagération transversale de la matité cardiaque s'accompagne souvent de diffusion du choc de la pointe et que ce dernier phénomène tient surtout à la dilatation du cœur droit, qui, en pareille occurrence, touche par une surface plus large à la paroi thoracique antérieure, l'auteur estime que l'existence d'un souffle dorsal intense doit également être interprétée en faveur de la dilatation du cœur droit. Celle-ci entraînerait la pointe du cœur et le ventricule gauche en arrière et en dedans, en les rapprochant de la paroi postérieure du thorax : plus le cœur droit sera dilaté, plus le ventricule gauche sera tourné en arrière et mieux on pourra percevoir les bruits du cœur gauche au niveau de la région dorsale du thorax.

Ces considérations théoriques se sont trouvées pleinement confirmées à l'autopsie de 4 malades, chez lesquels les bruits du cœur se laissaient très nettement entendre du côté de la paroi thoracique postérieure : dans ces cas, la dilatation du cœur droit était très accentuée, la surface du viscère qui était en contact avec la paroi antérieure du thorax étant presque entièrement formée par le cœur droit, tandis que le ventricule gauche, tourné en arrière et en dedans, était rapproché de la paroi postérieure du thorax.

Ainsi donc, dans les affections mitrales, l'auscultation dorsale du cœur permettrait de juger, suivant l'intensité des bruits, le degré de la dilatation du cœur droit. Il va de soi qu'il importe d'ailleurs de toujours tenir compte du diamètre antéro-postérieur du thorax, une dilatation relativement peu considérable du cœur droit pouvant amener, dans un thorax étroit, les mêmes effets qu'une dilatation très prononcée chez les malades dont le diamètre antéro-postérieur du thorax est beaucoup plus grand.

En ce qui concerne les affections de l'orifice aortique, l'auteur a examiné 3 cas de rétrécissement de cet orifice et 22 cas d'insuffisance aortique, sans avoir jamais noté le moindre signe du côté de l'angle inférieur de l'omoplate. Dans les lésions avancées, le maximum d'intensité des bruits perçus à l'auscultation dorsale siégeait au niveau des deux fosses sus-épineuses, surtout du côté droit. Il y aurait là, par conséquent, un signe de diagnostic différentiel entre les affections mitrales et les affections aortiques.

En présence de ces données, l'auscultation dorsale du cœur paraît susceptible de rendre, dans certains cas, de bons services, surtout chez les femmes, l'examen du cœur étant presque toujours assez difficile à pratiquer chez elles avec toute la précision voulue. (*Sbornik klinicky*, V, 3.) — L. CH.

Contribution à l'étude de l'intoxication chronique par le sulfure de carbone, par M. R. VANYSEK.

Le présent mémoire est basé sur 4 observations recueillies à la clinique de M. le professeur Thomayer et qui méritent d'être signalées non seulement parce qu'elles constituent les premiers cas d'intoxication chronique par le sulfure de carbone décrits en Bohême, mais encore en raison de quelques traits particuliers que 3 d'entre elles présentent au point de vue de la symptomatologie.

Dans un de ces faits, il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, exempt de tout antécédent héréditaire névropathique, qui, après avoir travaillé pendant sept ans dans un atelier de vulcanisation du caoutchouc, fut pris de toute une série de troubles nerveux caractérisés par une dépression psychique avec parésie des extrémités inférieures et supérieures, signe de Lasègue, diminution de la réaction électrique, tremblement de la tête et des membres supérieurs, anesthésie tactile complète des extrémités supérieures et des extrémités inférieures au-dessous des genoux, exagération de l'excitabilité mécanique des muscles, etc. Pendant le séjour du malade à l'hôpital, on vit, en outre, se déclarer chez lui un tremblement des membres inférieurs avec rigidité musculaire et exagération des réflexes tendineux, le réflexe plantaire restant normal : on assista de la sorte au développement lent d'un syndrome reproduisant parfaitement — surtout pendant la marche — les traits essentiels de la *parésie pseudo-spastique avec tremblement* (Fürstner-Nonne), syndrome qui ne paraît pas avoir encore été observé dans l'intoxication sulfocarbonée.

Dans deux autres cas, on a noté, à côté des symptômes banaux de l'empoisonnement chronique par le sulfure de carbone (engourdissement des extrémités, parésies, exagération de l'irritabilité mécanique des muscles, etc.), des troubles de la circulation, tels que le phénomène d'Erben (*Vaguspuls*), ainsi que la tachycardie orthostatique et le ralentissement expiratoire du pouls, deux symptômes décrits récemment par M. Thomayer et que nous avons déjà eu l'occasion de signaler (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 284 et 428). (*Sbornik klinicky*, V, 3.) — L. CH.

RÉPERTOIRE CLINIQUE

La paralysie périodique familiale.

I

Il y a une vingtaine d'années, le professeur Westphal fit connaître « un cas remarquable de paralysie périodique des quatre membres, avec disparition de l'excitabilité électrique pendant la paralysie » (1). Mais — par suite d'une de ces inexactitudes qui, malheureusement, ne sont que trop fréquentes dans les recueils d'analyses —, il advint que ce fait reçut, en France, une interprétation complètement fausse. C'est ainsi que MM. Grasset et Rauzier le mentionnent dans le chapitre de leur traité consacré aux paralysies paludéennes; après avoir décrit la catégorie de manifestations malariques où la paralysie « produite par un accès de fièvre disparaît avec l'accès qui lui a donné naissance, pour reparaître avec l'accès suivant » — manifestations qui « ont pour caractère commun d'être intermittentes et d'être justiciables du sulfate de quinine » —, ils ajoutent : « Westphal a rapporté il y a quelques années (*Berl. kl. Woch.*, août 1885; *Revue des sciences médicales*, XXIX, p. 112) un cas très net de paralysie périodique, à type irrégulier, des quatre membres, et résumé l'histoire des manifestations de même ordre. » (2). Et, de fait, si l'on se reporte à la page 112 du tome XXIX de la *Revue des sciences médicales*, on voit que le titre (incomplet d'ailleurs) du mémoire allemand y est suivi de la traduction... libre que voici : « Paralysie périodique des quatre membres, d'origine palustre ». Or, le cas dont il s'agit était, en réalité, si peu d'*origine palustre* que, deux pages plus loin, l'auteur de l'analyse en question déclare ce qui suit : « Westphal a rassemblé les cas plus ou moins analogues de la littérature médicale qui ont été rapportés à une fièvre paludéenne larvée et traités avec succès par la quinine. Malgré de nombreuses ressemblances, ces faits sont différents de celui de Westphal... Bien qu'il n'ait pas essayé la quinine chez son malade, Westphal *rejette l'idée d'une fièvre paludéenne larvée*, à cause du retour irrégulier des attaques et de l'absence d'hypertrophie de la rate. »

Si Westphal crut pouvoir qualifier son observation de *remarquable*, c'est que précisément, loin de la rattacher au paludisme, il y voyait un fait unique en son genre. Cette opinion, du reste, n'était pas fondée, et bien que quelques auteurs persistent à attribuer à Westphal le mérite d'avoir, le premier, décrit la *paralysie périodique*, il convient de noter que, trois ans avant la publication du mémoire en question, un médecin russe, M. Chakhnovitch (3), avait relaté un cas de « paraplégie spinale intermittente nerveuse » chez un homme de quarante-quatre ans, robuste et exempt de tout antécédent malarique, paraplégie survenant par accès, depuis vingt-cinq ans, et rebelle à la quinine. Les troubles de la motilité, chez ce malade, se montraient et disparaissaient pendant la nuit, en laissant subsister un engourdissement transitoire dans les extrémités. Chose remarquable, au dire du patient, son père avait également été atteint, dès le jeune âge, d'une paralysie périodique, et avait succombé au cours d'un accès de ce genre, à cinquante-quatre ans.

(1) Westphal. Ueber einen merkwürdigen Fall von periodischer Lähmung aller vier Extremitäten mit gleichzeitigem Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit während der Lähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 et 10 août 1885) — Nachtrag zu dem Aufsatze « über einen merkwürdigen Fall von periodischer Lähmung aller vier Extremitäten » u. s. w. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 mars 1886.)

Voir également : H. Oppenheim. Neue Mitteilungen über den von Professor Westphal beschriebenen Fall von periodischer Lähmung aller vier Extremitäten. (*Charité-Annalen*, 1891, XVI, p. 351.)

(2) J. Grasset et G. Rauzier. Traité pratique des maladies du système nerveux. 4e éd. T. II, p. 1005, note. Paris, 1894.

(3) Chakhnovitch. Un cas rare de paraplégie intermittente (en russe). (*Vratch*, 12 août 1882, p. 537.)

En analysant comparativement cette observation et celle de Westphal, on voit que l'une et l'autre ont trait à un même syndrome. La description donnée par l'auteur allemand est toutefois plus complète, et présente l'avantage de mettre en relief un des caractères les plus étranges de la paralysie périodique, à savoir l'abolition complète de l'excitabilité électrique, sans trace de réaction de dégénérescence, dans tous les muscles paralysés, et seulement pendant la durée de la paralysie. Ce symptôme lui parut, à juste titre, tellement bizarre que, tout d'abord, Westphal avait douté du fonctionnement régulier des appareils électriques employés.

Quelle que soit la singularité des phénomènes en question, il s'en faut que le cas relaté par Westphal soit réellement sans analogues : en dehors même de l'observation susmentionnée de M. Chakhnovitch, on trouve, dans la littérature médicale de ces vingt dernières années, un certain nombre de faits épars qui témoignent que, pour être assez rare, la paralysie périodique est loin cependant de constituer une simple curiosité pathologique et qu'elle mérite de prendre une place à part dans la pathologie du système nerveux, sinon à titre d'entité morbide, du moins en tant que syndrome clinique parfaitement défini.

II

Dans sa forme typique, le syndrome en question est caractérisé par des accès de paralysie avec diminution ou perte complète de l'excitabilité électrique et des réflexes, mais sans le moindre trouble de la sensibilité ni de l'intelligence. A l'encontre de ce que l'on observe pour les paralysies d'origine paludéenne, le retour de ces accès n'est soumis à aucune loi fixe d'intermittence : chez le même patient, les paroxysmes peuvent être tantôt quotidiens, tantôt séparés par des intervalles beaucoup plus longs. Dans une des observations de M. Goldflam (1), les accès se reproduisaient une ou deux fois par semaine en été, et tous les deux mois en hiver. Il peut, d'ailleurs, n'y avoir qu'une seule crise, à en juger d'après l'histoire de la mère du premier malade de M. Goldflam, femme de cinquante ans, qui eut un unique accès à l'âge de trente-six ans. En général, les paroxysmes se montrent assez rarement au début, comme en témoigne, entre autres, le cas publié tout récemment par M. Chtchepinsky (2); puis la fréquence des crises augmente progressivement et, après s'être maintenue pendant de longues années à un niveau très élevé, elle subit une nouvelle diminution. Quant à la durée de l'accès, elle varie aussi non seulement suivant les individus, mais encore chez le même sujet : généralement de quelques heures, la crise peut se prolonger plusieurs jours, voire même toute une semaine (3), comme elle peut aussi se terminer en un quart d'heure (4).

(1) S. Goldflam. Ueber eine eigentümliche Form von periodischer, familiärer, wahrscheinlich autointoxicatorischer Paralyse. (*Wien. med. Presse*, 7, 14, 21 et 28 sept. 1890 et *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1891, XIX, fasc. suppl.) — Weitere Mitteilung über die paroxysmale, familiäre Lähmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1895, VII, 1-2.) — Dritte Mitteilung über die paroxysmale, familiäre Lähmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1897, XI, 3-4.) — Voir également *Semaine Médicale*, 1890, p. 307.

(2) A. Chtchepinsky. La paraplégie périodique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 nov. 1903.)

(3) Burr. Periodic paralysis with the report of a case. (*University Med. Magazine*, 1892-1893, p. 836.) — Cité par E. W. Taylor. (*Journ. of Nervous and Mental Disease*, sept. et oct. 1898.)

(4) A. Pulawski. Zupelne porazenie wszystkich konczyn, trwajace dwie doby. (*Gaz. lekarska*, 4 oct. 1890.) — Le malade, âgé de vingt et un ans, eut, en tout, trois accès, dont les deux premiers durèrent un quart d'heure environ, tandis que le troisième persista deux jours.

Souvent, la paralysie survient pendant le sommeil, de sorte qu'au réveil le patient s'aperçoit qu'il ne peut plus bouger. Lorsque l'accès se produit à l'état de veille, il est annoncé par quelques phénomènes précurseurs, tels que faiblesse dans les membres, sensation de fatigue, somnolence, picotements, fourmillements, soif ardente, etc. Chez un des malades de M. Cousot, « la paralysie s'annonce par une faiblesse dans les articulations; grâce à cet avertissement, jamais il n'a été surpris pendant le travail. Quand cette faiblesse se fait sentir, le malade éprouve le besoin de marcher, d'agir; il y a comme une inquiétude physique » (1). Chose singulière, déclare le même auteur, les accès peuvent être momentanément incomplets. Le patient s'occupe-t-il, par exemple, à copier de la musique, les jambes et le bras inactif se paralysent, tandis que le bras actif n'est saisi qu'après la cessation du travail, ou bien encore une marche forcée peut, au début, limiter quelque temps les phénomènes aux bras. D'une façon générale, autant le repos semble favoriser la production de l'accès (fréquence plus grande des crises pendant la nuit), autant le mouvement paraît entraver et retarder son éclosion. L'influence de l'immobilité a été nettement mise en évidence par M. Goldflam, qui a été à même de provoquer artificiellement des accès incomplets de paralysie des quatre membres et du tronc avec diminution de l'excitabilité électrique et idio-musculaire, etc., simplement en maintenant longtemps le patient dans la position assise. Quelques auteurs ont, il est vrai, observé des accès à la suite d'une grande fatigue physique, mais toujours est-il que, même dans ces cas, les crises se produisaient seulement après une période de repos.

Sans survenir d'emblée, la paralysie s'établit cependant assez rapidement. Le plus souvent, autant que l'on peut s'en rendre compte, elle semble débuter par les membres inférieurs pour s'étendre ensuite au tronc et aux extrémités supérieures. M. Cousot (2) et M. Hirsch (3) ont pourtant noté des accès ayant débuté par les bras, et chez le malade de M. Crafts (4), les troubles moteurs avaient assez souvent pour point de départ les mains et les poignets, le paroxysme étant provoqué par la pression prolongée des mains sur les poignées de la bicyclette.

Rarement limitée aux membres inférieurs, la paralysie porte habituellement sur les muscles du tronc et des quatre extrémités. Lorsque les muscles inspirateurs et expirateurs sont pris, le malade éprouve de la difficulté à tousser et à éternuer. Parfois, les muscles du cou participent aussi à l'affection, ce qui entrave plus ou moins les mouvements de la tête. Il est rare que la musculature de la langue et du pharynx soit compromise, encore que Westphal et M. Cousot aient constaté, chez leurs malades, quelques troubles de la déglutition et de la parole. Dans l'une des deux observations de M. Taylor (5), la branche motrice de la cinquième paire était légèrement atteinte au cours des crises intenses, mais habituellement — et c'est là précisément un des caractères distinctifs du syndrome en question — les nerfs crâniens restent indemnes : alors même que toute la musculature volontaire participe à la paralysie, les mouvements des yeux et des muscles de la face ne subissent aucune

(1) G. Cousot. Paralysie périodique. (*Rev. de méd.*, mars 1887, p. 192.)

(2) G. Cousot. Cas de paralysie périodique. (*Acad. de méd. de Belgique*, séance du 31 juillet 1886, et *Semaine Médicale*, 1886, p. 310.) — Voir également le mémoire précité de cet auteur.

(3) K. Hirsch. Ueber einen Fall von periodischer familiärer Paralyse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 août 1894.)

(4) L. M. Crafts. A fifth case of family periodic paralysis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin 1900.)

(5) E. W. Taylor. Family periodic paralysis. (*Journ. of Nervous and Mental Disease*, sept. et oct. 1898; obs. II.)

modification. Les muscles lisses paraissent également échapper au processus morbide, et si, dans quelques cas, on a noté de la constipation, celle-ci était due plutôt à la paralysie de la presse abdominale qu'à une parésie de la musculature intestinale. Le fonctionnement de la vessie reste toujours parfait. M. Taylor signale, il est vrai, l'absence complète de miction pendant toute la durée de l'accès, alors même que celui-ci persiste trente-six heures, mais il reconnaît qu'il ne s'agit point là d'une véritable rétention : c'est plutôt un manque de besoin d'uriner, dû peut-être à une activité moindre des reins et à la difficulté qu'éprouve le malade à se mouvoir.

L'intensité de la paralysie est fort variable, les troubles moteurs pouvant aller d'une simple parésie légère à la paralysie la plus absolue. D'une façon générale, elle est, d'ailleurs, moins marquée dans la moitié supérieure du corps que dans la moitié inférieure.

Un des caractères distinctifs les plus importants de la paralysie en question consiste dans l'abolition transitoire de l'excitabilité faradique et galvanique, abolition plus ou moins complète suivant l'intensité de la paralysie, et qui porte tant sur les muscles que sur les nerfs. Ce symptôme — qui, comme l'a judicieusement fait remarquer Westphal, est « tout à fait unique en son genre », puisque rien d'analogue n'a jamais été observé dans aucune maladie de la moelle épinière, pas plus que dans les affections des nerfs spinaux — a été noté dans tous les cas de paralysie périodique qui ont été soumis à l'exploration électrique. Lorsque les muscles sont complètement paralysés, on n'obtient aucune contraction, quelle que soit l'intensité du courant utilisé; si la paralysie est moins prononcée, l'excitabilité électrique est simplement diminuée. Aussi peut-on voir, au cours d'un même accès, des groupes musculaires réagir encore à l'électricité, alors que d'autres muscles présentent une perte complète de cette excitabilité.

M. Goldflam a constaté que l'excitabilité idio-musculaire diminue, tout comme l'excitabilité électrique, suivant l'intensité de la paralysie, et peut également être tout à fait abolie.

Les réflexes profonds sont, le plus souvent, diminués ou complètement supprimés pendant l'accès; les réflexes superficiels sont moins influencés. Ces troubles, d'ailleurs, dépendent essentiellement de la localisation et du degré d'intensité des phénomènes paralytiques : comme les membres inférieurs sont presque toujours beaucoup plus atteints que le reste du corps, on comprend que le réflexe rotulien fasse défaut dans la plupart des cas et que l'abolition du réflexe plantaire soit plus fréquente que celle des autres réflexes cutanés.

Habituellement, la paralysie est flasque, avec résolution complète; seuls, M. Chakhnovitch et M. Greidenberg (1) ont noté un certain degré de contracture dans quelques groupes musculaires.

L'importance et l'extension que prennent, dans la plupart des cas, les troubles moteurs forment un singulier contraste avec l'intégrité absolue des sens et de la sensibilité. C'est à peine si l'on note parfois, et seulement au début de l'accès, des picotements ou des fourmillements. Exceptionnellement, on trouve signalée, dans l'observation de M. Fischl (2), une diminution de la sensibilité.

De même que la paralysie s'établit progressivement, de même elle se dissipe d'une manière graduelle. Mais, en général, sa disparition suit une marche inverse de celle de l'invasion, de sorte que les membres supérieurs sont les derniers à perdre et les premiers à recouvrer leur motilité.

(1) B. Greidenberg. Un cas de paralysie spinale périodique (en russe). (*Vratch*, 26 nov. 1887.)

(2) J. Fischl. Ueber einen Fall von periodisch auftretender Lähmung der unteren Extremitäten. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 oct. 1885.)

Le retour de l'excitabilité électrique se fait parallèlement à la réapparition des mouvements et, au fur et à mesure que les muscles reprennent leur force, on voit aussi augmenter cette excitabilité jusqu'à ce qu'elle revienne à la normale. D'après M. Cousot, c'est l'excitation galvanique du nerf qui reparaît la première quand les phénomènes paralytiques diminuent.

Quoi qu'il en soit, en dehors des accès, les réactions électriques ne présentent ordinairement rien d'irrégulier. M. Goldflam a, toutefois, noté chez son malade, même dans l'intervalle des crises, un certain degré de diminution de l'excitabilité électrique des petits muscles de la main, ainsi que quelques anomalies qualitatives de l'excitabilité galvanique, dans lesquelles il serait porté à voir une modalité de la forme moyenne de la réaction de dégénérescence.

Il convient, du reste, de faire remarquer qu'en dehors de leurs paroxysmes, la plupart des malades atteints de paralysie périodique ne présentent rien d'anormal et jouissent d'une santé parfaite (1).

III

Comme on le voit, le tableau symptomatologique que nous venons de tracer présente des caractères suffisamment nets et constants pour qu'il soit facile de ne pas le confondre avec celui d'une paralysie paludéenne. Au surplus, afin d'éviter toute erreur d'interprétation, nous avons, de parti pris, laissé de côté les observations susceptibles d'être mises sur le compte de la malaria. C'est ainsi que nous avons passé sous silence les cas de Cavaré (2), de M. Hartwig et de M. Gibney (cités et discutés dans le mémoire de Westphal), soit en raison du succès obtenu par l'emploi de la quinine, soit à cause d'antécédents avérés de paludisme, sans compter que, sauf le fait relaté par M. Hartwig (3), les cas en question sont loin de présenter la symptomatologie propre à la paralysie périodique, telle que nous venons de la décrire : on y voit des troubles de la sensibilité générale, des réactions fébriles avec stades de frisson et de chaleur, etc.

Pour les mêmes raisons, nous croyons devoir écarter une observation ancienne et fort curieuse, publiée par Seiler sous le nom de paralysie périodique (4), ainsi que les faits de Bataille (5) et de M. Rockwell (6), lesquels ont trait à des *hémiplégies* intermittentes et probablement paludéennes, à en juger par les bons effets de la quinine.

D'autre part, les cas relatés par M. Samuelsohn (7) et par M. Bennett (8) nous semblent devoir être rattachés plutôt à la catégorie des paralysies hystériques. Le même diagnostic convient encore mieux pour l'observation de M. Catrin (1). Enfin, l'hystéro-traumatisme est à incriminer chez la malade de M. Donath (2).

Les cas décrits par M. Lenoble (3) ont trait à une variété particulière de *paraplégie spasmodique transitoire avec phénomènes douloureux* et ne sauraient, partant, être confondus avec la paralysie périodique, pas plus que l'observation analogue de M. Orléansky (4).

En ce qui concerne les faits communiqués par Brown-Séquard (5) et dans lesquels « la faiblesse paralytique, allant presque au degré d'une perte complète du mouvement volontaire », se montrait par accès et occupait les quatre membres chez 2 malades et seulement les membres inférieurs chez un troisième, il est difficile, faute de renseignements cliniques suffisants, de les identifier avec le syndrome que nous envisageons, et cela d'autant plus que la « nouvelle espèce de paralysie » décrite par Brown-Séquard ne paraît pas avoir été toujours exempte de troubles de la sensibilité.

Pour être complet, nous devons encore mentionner une note de M. Rich (6), dans laquelle l'auteur décrit un phénomène singulier observé chez un grand nombre de membres de sa famille et qui consiste dans une sorte de paralysie transitoire « par spasme tonique », survenant à la suite de l'exposition au froid et surtout au froid humide. Cette paralysie porte sur les muscles le plus exposés, notamment sur ceux de la face, et semble relever d'un processus qui intéresse probablement les terminaisons nerveuses. Tout comme la paralysie périodique familiale, qui fait l'objet de notre travail, elle paraît présenter certains rapports de parenté avec la myotonie congénitale.

IV

Si la paralysie périodique, dont nous avons, au cours de cet article, cité de nombreux exemples, n'a rien à voir avec la paralysie produite par un accès de fièvre intermittente, elle ne saurait davantage être mise sur le compte d'une cachexie malarienne, puisque les observations que nous venons de passer en revue ont trait à des sujets vigoureux et exempts de tout antécédent paludique.

Reste à savoir si d'autres maladies infectieuses ne joueraient pas un rôle plus ou moins actif dans l'étiologie de l'affection en question. A examiner les faits de près, la chose paraît peu probable : la seule maladie infectieuse que l'on retrouve, à la fois, dans les antécédents de plusieurs sujets atteints de paralysie périodique est la scarlatine; mais, le cas de M. Fischl mis à part, celle-ci avait toujours précédé de longtemps (7) l'apparition de l'infirmité; or, le virus scarlatineux n'agit pas à si longue échéance et, de plus, les paralysies consécutives à la scarlatine, très rares d'ailleurs, sont généralement cérébrales.

En ce qui concerne les causes prédisposantes,

(1) Chez le malade de Westphal, M. Oppenheim a noté l'existence d'un léger degré de dilatation du cœur avec signes d'insuffisance mitrale *pendant les accès seulement*; la paralysie une fois disparue, tout rentrait dans l'ordre. Une constatation analogue a été faite dans le cas de M. Hirsch.

(2) Cavaré. Observation d'une paralysie générale du sentiment et du mouvement affectant le type intermittent; administration du sulfate de quinine (guérison). (*Gaz. méd. de Toulouse*, 1853, p. 228.) — Cette observation est souvent citée, à tort, sous le nom de Macario, qui l'intercala dans un « Mémoire sur les paralysies dynamiques ou nerveuses ». (*Gaz. méd. de Paris*, 7 fév. 1857, p. 89.)

(3) H. Hartwig. Ueber einen Fall von intermittirender Paralysis spinalis. (*Thèse de Halle*, 1874.)

(4) Seiler. Periodische Lähmung. (*Arch. f. med. Erfahrung*, janv.-fév. 1815, p. 117.)

(5) Bataille. Observation de paralysie intermittente (congestion cérébrale) à type double quotidien, consécutive à une hématémèse grave. (*Ann. de la méd. physiol.*, 1829, XVI, p. 645.)

(6) A. D. Rockwell. Intermittent hemiplegia, with results of a post-mortem examination. (*New York Med. Journ.*, sept. 1877, p. 296.)

(7) Samuelsohn. Fall von intermittirender Paraplegie. (*Verein f. wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg*, séance du 27 nov. 1876, in *Berlin. klin. Wochensch.*, 8 oct. 1877, p. 607.)

(8) A. H. Bennett. Case in which attacks of intermittent tonic muscular spasms, immediately followed by complete temporary paralysis, have frequently and periodically occurred during the entire life of the patient, the health in the intervals being normal. (*Brain*, 1884-1885, VII, p. 492.)

(1) Catrin. Fulguration; monoplégie brachiale intermittente survenue consécutivement à un accident de fulguration. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 15 fév. 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 82.)

(2) J. Donath. Ein Fall von traumatischer periodischer Lähmung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 janv. 1900.)

(3) E. Lenoble. Etude sur trois cas de maladie nerveuse familiale, mal définie, à allures de paraplégie spasmodique transitoire. (*Arch. de neurol.*, mars 1901.)

(4) L. Orléansky. Paralysie fonctionnelle douloureuse et motrice entre-croisée (en russe). (*Roussk. méd. viéstnik*, 15 oct. et 1er nov. 1899; obs. II.)

(5) Brown-Séquard. Sur une nouvelle espèce de paralysie, locale ou générale, avec ou sans altération des sens et de la sensibilité générale. (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biol.*, séance du 20 mars 1886, p. 131, et *Semaine Médicale*, 1886, p. 117.)

(6) E. C. Rich. A unique form of motor paralysis due to cold. (*Med. News*, 25 août 1894.)

(7) Quatre ou cinq ans dans le cas de Westphal et treize ans chez le malade de M. Goldflam.

le sexe ne paraît avoir aucune importance, mais il est loin d'en être de même pour l'âge : l'affection débute presque toujours dans l'adolescence, entre dix et vingt-cinq ans.

Un des côtés les plus intéressants de la paralysie périodique est son caractère *familial* et *héréditaire*. Cette particularité — déjà notée, comme nous l'avons vu, dans l'observation de M. Chakhnovitch (même maladie chez le père et le fils) — a été surtout mise en évidence dans le travail de M. Cousot, où, sur 8 enfants d'une même famille, on en trouve 4 qui sont atteints de paralysie périodique, comme l'est, du reste, aussi leur mère. Le caractère familial du syndrome en question est ensuite signalé dans le premier mémoire de M. Goldflam, concernant 11 membres d'une même famille (tous du côté maternel). Les 2 malades (frère et sœur) de M. Taylor appartenaient à une famille où l'on comptait, en tout, 11 cas de paralysie périodique, répartis sur cinq générations successives du côté maternel. Chose curieuse, la transmission de l'affection a toujours été directe, c'est-à-dire que, chez les membres exempts de paralysie, tous les enfants sont également restés indemnes.

Ces faits méritent d'autant plus d'être pris en considération qu'aucune tare nerveuse n'a pu être relevée dans la famille en question (pas plus, d'ailleurs, que dans celle qui a fait l'objet des observations de M. Goldflam), sauf des accès d'épilepsie chez un seul individu (indemne de paralysie), ce qui ne diminue en rien la signification de cette série de cas, puisqu'il n'en reste pas moins que la paralysie périodique s'était déjà montrée dans trois générations successives d'une famille apparemment exempte d'autres tendances névropathiques.

On retrouve, d'ailleurs, l'hérédité similaire dans les faits de MM. Hirsch, Mitchell (1), Buzzard (2), Oddo et Audibert (3).

Ainsi donc, il s'agit ici d'une affection familiale, avec véritable hérédité homologue.

V

Cela étant, il nous paraît rationnel de rattacher la paralysie périodique, comme le fait M. Goldflam, à la catégorie des maladies familiales, telles que la myopathie primitive progressive, la myotonie congénitale, etc., d'autant plus que, au point de vue clinique, la paralysie en question n'est pas sans quelques analogies avec la maladie de Thomsen. D'autre part, il convient de tenir compte des constatations anatomiques faites par le même auteur sur de petits fragments musculaires fraîchement excisés : M. Goldflam a pu de la sorte se convaincre de l'existence de certaines altérations (hypertrophie des fibres musculaires, raréfaction des fibrilles primitives et vacuolisation), qui sont également de nature à faire rapprocher la paralysie périodique de la myotonie congénitale. Ces constatations ont, d'ailleurs, été confirmées par les recherches de M. Crafts et de MM. Singer et Goodbody (4).

Quoi qu'il en soit, on ne saurait guère accepter, à l'heure actuelle, l'hypothèse formulée par M. Chakhnovitch et d'après laquelle la paralysie en question serait une simple névrose intéressant surtout les faisceaux antéro-latéraux de la moelle. L'interprétation fournie par M. Cousot, qui cherche à expliquer la paralysie transitoire par une sorte d'inhibition des centres médullaires, ne nous paraît guère plus satisfaisante, bien qu'une hypothèse analogue ait été plus récemment soutenue par M. Putnam (1). Par contre, à l'appui de l'opinion qu'il s'agit d'une affection musculaire proprement dite, on peut invoquer non seulement les analogies de la paralysie périodique avec la maladie de Thomsen, et la présence des lésions musculaires susmentionnées, mais encore le fait relaté par M. Bernhardt (2), dans lequel les phénomènes de paralysie par accès *étaient associés à une atrophie musculaire progressive à forme familiale.*

Toutefois, alors même que l'on admet cette interprétation, il reste encore à savoir quelle est la cause du processus morbide qui s'attaquerait ainsi à l'élément musculaire. D'après M. Goldflam, il s'agirait d'une auto-intoxication par des substances s'accumulant dans l'économie à la faveur de l'immobilité, hypothèse que cet auteur a, du reste, tenté d'étayer par l'expérimentation, en injectant à des animaux l'urine excrétée pendant l'accès de paralysie. M. Goldflam a pu de la sorte se rendre compte que le coefficient urotoxique est beaucoup plus élevé pendant les paroxysmes que dans l'intervalle des crises. D'autre part, il a constaté que la disparition du réflexe rotulien — qui survient seulement peu de temps avant la mort chez les animaux traités par l'urine excrétée en dehors des accès — est, au contraire, très précoce à la suite d'une injection d'urine recueillie au cours de la crise; il en est de même, d'ailleurs, pour la paralysie des extrémités. Mais les expériences en question sont restées sans le moindre effet sur l'excitabilité électrique des muscles.

Encore que les résultats de ces recherches soient loin d'être probants, M. Goldflam n'ayant pas réussi à reproduire expérimentalement le syndrome caractéristique de la paralysie *avec perte de l'excitabilité électrique*, il faut cependant avouer que l'hypothèse d'une auto-intoxication paraît la plus plausible et la plus apte à rendre compte à la fois de la périodicité des phénomènes paralytiques et de l'influence défavorable du repos (élimination moins rapide des toxines).

L'étiologie et la pathogénie de l'affection dont il s'agit étant encore obscures, il n'est guère surprenant de voir combien les moyens employés pour la combattre (bromures, iodure de potassium, strychnine, ésérine, courants galvaniques, etc.) sont peu efficaces. Il est à signaler, pourtant, que M. Chakhnovitch, après avoir vainement essayé toutes ces médications, parvint à rendre les accès moins fréquents, en prescrivant de l'atropine à la dose quotidienne de 0 gr. 002 milligr.; mais, des phénomènes d'intoxication étant survenus, il fut obligé de renoncer à l'usage de cet alcaloïde.

Ajoutons qu'en raison de ce que l'on sait relativement à l'influence de l'immobilité sur l'apparition des accès, on pourra essayer le massage et une gymnastique appropriée, dès que les prodromes habituels annonceront l'imminence de la crise; il est toutefois assez difficile de faire avorter celle-ci : le plus souvent, on ne parviendra, tout au plus, qu'à la retarder. Enfin, si l'on tient compte que, d'après les recherches faites par MM. Oddo et Darcourt (3), les muscles faradisés durant la crise récupèrent plus rapidement leur motricité, il y aurait peut-être lieu d'essayer l'emploi suffisamment prolongé des courants faradiques appliqués sur les masses musculaires, les unes après les autres.

Dr L. Cheinisse (de Paris).

(1) J. K. Mitchell. A study of a case of family periodic paralysis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov. 1899.)

(2) E. F. Buzzard. Three cases of family periodic paralysis, with a consideration of the pathology of the disease. (*Lancet*, 7 déc. 1901.)

(3) C. Oddo et V. Audibert. La paralysie périodique familiale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 13 déc. 1901, et *Arch. gén. de méd.*, janv, fév. mars, avril et mai 1902.)

(4) H. D. Singer et F. W. Goodbody. A case of family periodic paralysis, with a critical digest of the literature. (*Brain*, 1901, XXIV, p. 257.)

(1) J. J. Putnam. A case of « family periodic paralysis ». (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév. 1900.)

(2) M. Bernhardt. Notiz über die familiäre Form der Dystrophia muscularis progressiva und deren Combination mit periodisch auftretender paroxysmaler Lähmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1895, VIII, 1-2.)

(3) Oddo et Darcourt. Les réactions électriques dans la paralysie familiale périodique. (*Arch. d'électricité méd.*, janv. 1902.)

TRENTE-TROISIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 6 au 9 avril 1904.

Des opérations intra-thoraciques à l'aide de la chambre pneumatique.

M. Sauerbruch (de Breslau). — Le collapsus pulmonaire étant l'obstacle principal dans les interventions opératoires sur le poumon, les physiologistes et, après eux, les chirurgiens, comme M. Tuffier, ont essayé d'y remédier par la respiration artificielle à l'aide d'une trachéotomie. Ce procédé présente cependant de nombreux inconvénients. Aussi me suis-je demandé s'il ne serait pas possible de supprimer le collapsus pulmonaire en maintenant la cavité pleurale, au moment de l'opération, sous une pression inférieure à la pression barométrique.

Nous sommes arrivés, après de nombreuses expériences préliminaires, à construire, à la clinique chirurgicale de Breslau, une chambre pneumatique de 14 mètres cubes environ. Le maintien du corps entier dans cet appareil amenant, pour des raisons physiologiques, une stase veineuse très accentuée, nous avons modifié notre installation, de manière à pouvoir laisser à la pression atmosphérique normale non seulement la tête, mais aussi l'abdomen et les extrémités inférieures du patient. Ce dispositif nous permet d'ouvrir une cavité pleurale, ou même les deux, sans entraver en quoi que ce soit la respiration du sujet et sans voir survenir le moindre collapsus du poumon. Ajoutons encore que le séjour dans cette chambre pneumatique ne présente aucun inconvénient pour l'opérateur, étant donné que la faible diminution de pression (10 millimètres) ne représente autre chose que les conditions barométriques d'une altitude de 300 mètres.

Notre appareil étant trop compliqué pour entrer dans la pratique courante, nous nous sommes efforcés de le simplifier et nous avons essayé à cet effet d'augmenter la pression intrapulmonaire, au lieu de diminuer la pression de la cavité pleurale. Nos essais, faits chez les animaux à l'aide de la trachéotomie, nous ont pleinement satisfaits dans nos expériences de laboratoire, bien que les troubles circulatoires soient plus considérables que lors des interventions dans la chambre pneumatique. Ces troubles, facilement supportés par des animaux à cœur sain, pourraient cependant être préjudiciables chez l'homme.

Ces recherches nous ont donné l'occasion d'étudier les causes réelles du danger du collapsus pulmonaire. Ce danger ne réside pas, comme on l'a cru jusqu'à présent, dans l'influence du pneumothorax unilatéral sur le diaphragme et sur le pouvoir aspirateur de l'autre poumon, mais essentiellement dans la dilatation des vaisseaux du poumon affaissé. Ce poumon laissant passer une quantité de sang plus grande que le poumon normal, ce dernier, tout en travaillant normalement, ne reçoit plus la quantité de sang voulue, ce qui amène inévitablement l'asphyxie. Ajoutons qu'à ces causes purement mécaniques s'adjoignent des causes nerveuses, provenant d'une certaine corrélation dans le fonctionnement des deux poumons.

M. von Mikulicz (de Breslau). — En chargeant mon assistant, M. Sauerbruch, de faire des recherches sur la possibilité d'éviter le collapsus pulmonaire, j'espérais parvenir à pouvoir supprimer l'obstacle essentiel qui s'oppose à nos interventions sur le poumon. Je ne veux pas développer ici en détail les perspectives que ce procédé promet de nous ouvrir pour la chirurgie pulmonaire; je me bornerai à quelques considérations essentiellement pratiques.

Nous pouvons désormais exécuter plus aisément qu'autrefois de larges thoracotomies exploratrices. Point n'est besoin, à cet effet, de recourir à la résection costale : il suffit d'inciser les muscles intercostaux et d'écarter ensuite les côtes à l'aide d'un instrument permettant d'introduire aisément la main et de procéder aux explorations nécessaires. La fermeture de cette plaie exploratrice est d'une extrême simplicité et ce procédé présente le minimum d'inconvénients pour le patient. Je ne parlerai

pas ici des avantages qu'en peut tirer la chirurgie des poumons et du cœur.

Quant au médiastin, les néoplasmes de cette région sont malheureusement inopérables lorsqu'ils commencent à se traduire par des symptômes cliniques manifestes.

Pour ce qui est de l'œsophage, le nouveau procédé sera surtout applicable à l'extraction des corps étrangers, tandis que l'ablation d'un cancer sera moins aisée, étant donné que toute résection de l'œsophage thoracique supprime inévitablement le fonctionnement ultérieur de ce conduit. La suture de l'œsophage est difficile même lorsqu'il s'agit d'une simple incision, vu la tension notable des deux extrémités sectionnées. Elle est facilitée, il est vrai, par la résistance de la tunique musculaire et, au niveau de l'extrémité inférieure de l'œsophage, par la possibilité d'attirer l'estomac vers la cavité thoracique. Je conseille, d'une manière générale, de se borner à la suture de la tunique musculeuse, sans y comprendre la muqueuse, afin de ne pas compromettre le drainage spontané vers l'intérieur de l'œsophage en cas d'abcès localisé.

En ce qui concerne les voies d'accès de l'œsophage, je préconise les deux voies suivantes : 1° pour la portion voisine du cardia, l'incision antérieure au niveau du sixième espace intercostal droit; 2° pour la portion supérieure, l'incision postérieure également du côté droit, au niveau du troisième ou du quatrième espace intercostal.

Nous nous sommes jusqu'à présent servi de la chambre pneumatique pour un seul cas de ce genre, malheureusement sans en obtenir le succès espéré. Il s'agissait d'une femme de quarante ans, atteinte d'un cancer de l'œsophage. La patiente, très affaiblie, avait été nourrie pendant plusieurs semaines à l'aide d'une gastrostomie. Son état s'étant amélioré, nous nous décidâmes, sur ses instances, à tenter l'opération radicale, bien qu'elle eût présenté de légers troubles cardiaques. Nous pûmes éviter facilement, grâce à la chambre pneumatique, le collapsus du poumon et nous arrivâmes à isoler complètement le néoplasme, mais la malade succomba subitement au moment où nous nous apprêtions à enlever ce dernier. Cette expérience malheureuse nous a servi toutefois à déterminer la pression barométrique nécessaire pour éviter le collapsus pulmonaire, pression qui est inférieure de 12 millimètres à la pression ambiante, contrairement à l'indication donnée par les physiologistes, à savoir 10 millimètres.

M. Brauer (de Heidelberg). — De concert avec M. Petersen, je me suis attaché à perfectionner l'idée de M. Sauerbruch, en partant de ce point de vue que l'emploi de la chambre pneumatique n'entrera pas facilement dans la pratique chirurgicale, et qu'il serait préférable de lui substituer un appareil plus à la portée de tous les services hospitaliers. J'ai pris comme point de départ, ainsi d'ailleurs que l'a fait M. Sauerbruch dans sa seconde série de recherches, le principe d'augmenter la pression intra-pulmonaire, plutôt que de diminuer la pression de la cavité pleurale. J'ai tâché enfin de combiner cette méthode avec l'administration de l'anesthésique en introduisant dans les voies respiratoires, sous une pression donnée, de l'oxygène mélangé de vapeurs chloroformiques; l'appareil est relié à une chambre à air munie d'un manomètre, ce qui permet d'assurer une pression constante. Pour les expériences sur l'animal, j'ai fait la trachéotomie, mais chez l'homme on peut plus simplement se servir d'un masque s'adaptant hermétiquement sur le visage. Je pense qu'il serait facile de remplacer ainsi la chambre pneumatique de M. Sauerbruch et de rendre cette méthode ingénieuse utilisable même pour des cas d'urgence nécessitant une intervention au niveau du thorax. Le traitement du pneumothorax des tuberculeux pourrait entrer de la sorte, plus que ce n'est maintenant le cas, dans le domaine de la chirurgie.

Au point de vue théorique, je ne crois pas, contrairement à l'avis de M. Sauerbruch, que la méthode d'augmentation de la pression intrapulmonaire soit plus préjudiciable pour la circulation en général que la diminution de la pression intra-pleurale.

M. Petersen (de Heidelberg). — J'ai modifié le dispositif indiqué par M. Brauer en établissant deux chambres à air séparées pour l'inspiration et pour l'expiration. J'estime, d'après mes expériences sur les animaux, que ce procédé n'est pas inférieur à celui de la chambre pneumatique. Il présente, en outre, l'avantage que l'on peut facilement faire varier les conditions de pression, ce qui peut être d'une grande utilité pour ranimer le cœur. J'ai constaté, en effet, que, chez les animaux dont le cœur s'est arrêté, des variations successives de pression constituent un excellent stimulant. En outre, le collapsus passager du poumon, obtenu par l'interruption de la « surpression », pourrait être d'une grande utilité pour la palpation exacte du poumon et pour la localisation d'un abcès ou d'un néoplasme. Jusqu'à présent, j'ai employé cette méthode une seule fois chez l'homme, dans un cas de sarcome partant de la colonne vertébrale et empiétant sur la cavité thoracique. L'opération, qui nécessitait la résection du tissu pulmonaire, put être exécutée, grâce à ce nouveau procédé, sans formation d'un pneumothorax. Une légère hémorrhagie post-opératoire m'engagea cependant à tamponner la plaie fermée préalablement par la suture. Malheureusement, ce tamponnement fut établi sans qu'on eût soin d'augmenter de nouveau la pression intra-pulmonaire, et cette omission suffit à permettre la formation d'un pneumothorax immédiat, suivi d'un collapsus mortel.

Je puis ajouter que, contrairement aux résultats de l'expérience relatée par M. von Mikulicz, la différence de pression nécessaire pour prévenir le collapsus pulmonaire n'a été, chez mon malade, que de 7 millimètres.

M. W. Müller (de Rostock) estime que, pour éviter, au cours d'une intervention, le pneumothorax subit, il suffit d'attirer le poumon dans la plaie.

Des greffes cancéreuses.

M. Petersen signale les causes d'erreurs dont il est nécessaire de tenir compte dans l'appréciation des greffes cancéreuses. Dans certains cas, où il paraît bien s'agir, au premier abord, de l'implantation de cellules néoplasiques sur une surface épithéliale, on a, en réalité, affaire à des cancers multiples d'emblée, ou encore à des métastases rétrogrades par la voie lymphatique, dues peut-être en partie à l'obstruction des voies lymphatiques centripètes. Chez d'autres malades, il semble qu'un processus inflammatoire localisé à la périphérie du système lymphatique attire pour ainsi dire les cellules cancéreuses. On n'admettra donc l'existence d'une greffe cancéreuse sur une surface épithéliale qu'après avoir exclu, à l'aide de coupes en séries, tout apport de cellules cancéreuses par les voies lymphatiques.

L'orateur estime qu'un contact passager de tissus avivés avec des éléments cancéreux ne saurait suffire à produire une greffe cancéreuse, tandis qu'on ne peut nier cette possibilité pour un contact prolongé. Quant à l'implantation néoplasique sur des surfaces épithéliales, il la croit d'une grande rareté, exception faite pour la muqueuse utérine qui est destinée, de par ses fonctions physiologiques, à fixer des éléments cellulaires.

La greffe cancéreuse doit donc, grâce à une observation rigoureuse, être considérée comme peu fréquente. Aussi M. Petersen pense-t-il que la transmission du cancer d'un individu à un autre, c'est-à-dire l' « infection » cancéreuse, sans être absolument impossible, doit cependant être d'une très grande rareté.

Des récidives tardives du cancer.

M. Jordan (de Heidelberg) attire l'attention sur les récidives tardives du cancer et par suite sur la circonspection avec laquelle on doit parler de guérison définitive de cette affection. C'est ainsi que le laps de temps de trois ans ou même de cinq ans, qui pour nombre d'opérateurs représente le délai après lequel le patient peut être considéré comme guéri, est évidemment insuffisant. Tout dépend de la prolifération plus ou moins active des cellules néoplasiques : dans les cas de cancer à marche lente, les cellules néoplasiques, offrant une activité de prolifération atténuée, détermineront des récidives tardives, tandis que l'on devra s'attendre à une récidive prompte quand le cancer primitif a présenté un développement rapide.

M. Jordan cite 2 observations à l'appui de sa manière de voir : la première a trait à un cancer de la langue, récidivé au niveau de la cicatrice dix-neuf ans après l'intervention; la deuxième, à un cancer du sein opéré pour la première fois il y a quinze ans et soumis depuis lors à 5 opérations successives pour récidive, sans qu'on ait observé jusqu'ici de signes de métastase interne.

La radiothérapie du cancer.

M. Perthes (de Leipzig). — J'ai eu l'occasion de traiter, en un an et demi, 29 cas de cancer à l'aide des rayons de Röntgen.

Il s'agissait, dans 13 observations, de cancers de la peau, qui furent traités tous en une à trois séances, avec une durée totale de cinquante à soixante minutes. Le néoplasme diminuait généralement de volume au bout de deux ou trois semaines et était remplacé par des granulations saines qui se cicatrisaient normalement. Une seule fois, j'ai enregistré un échec relatif : le malade fut amélioré, mais non guéri radicalement. Je dispose de 3 guérisons datant de dix mois, sans récidive. L'examen histologique pratiqué au bout de deux semaines m'a permis de noter la disparition presque complète des amas de cellules néoplasiques constatés lors d'un premier examen, avant le début du traitement.

Pour ce qui est des ganglions lymphatiques cancéreux, j'ai pu m'assurer qu'ils ne sont point influencés par les ampoules à pénétration faible, tandis qu'ils subissent une diminution sensible et une transformation histologique analogue à celle que je viens de mentionner, après l'emploi d'ampoules à rayons pénétrants.

Dans les 16 autres observations, ayant trait à des cancers de la langue, du plancher de la bouche et du sein, je n'ai pas obtenu une seule guérison. Il est à noter cependant que des noyaux superficiels de cancer inopérable du sein furent influencés favorablement par le traitement; on a pu démontrer expérimentalement, du reste, qu'à partir d'une profondeur de 2 ou 3 centimètres, l'effet des rayons X devient nul.

L'ensemble de ces faits me porte à croire que les rayons de Röntgen exercent une influence spécifique sur les cellules épithéliales, principalement sur les cellules cancéreuses.

M. Lassar (de Berlin). — Tout en reconnaissant l'efficacité de la radiothérapie contre le cancer cutané, je crois cependant qu'il ne s'agit pas là d'une influence spécifique à proprement parler, étant donné que d'autres affections de la peau, telles que certains eczémas chroniques, sont guéries également par ce traitement. Je crois qu'il est essentiel de recourir à un dosage excessivement prudent des rayons X, afin d'éviter toute lésion fâcheuse (1), et d'interrompre le traitement dès l'apparition d'un début de dermatite. Enfin, il est bon, à mon avis, de combiner la radiothérapie, dans les cas de cancer cutané, avec l'administration interne de préparations arsenicales.

De la sarcomatose généralisée avec ostéite déformante.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein) communique l'observation d'une femme qui, durant neuf ans, subit de nombreuses interventions pour des sarcomes osseux multiples offrant les caractères histologiques du sarcome à myéloplaxes. Petit à petit, le squelette entier finit par présenter les signes d'une ostéite déformante très caractérisée. A l'autopsie, on put constater une stricte localisation des néoplasmes aux os, avec transformation fibreuse et osseuse des foyers néoplasiques.

En présence de ces faits, l'orateur se de-

(1) A ce propos, nous croyons devoir signaler que, dans la séance du 8 avril dernier de la Société des médecins de Vienne, M. Leopold Freund a fait connaître un nouveau procédé radiométrique, reposant sur le changement de couleur que subit une solution à 2 % d'iodoforme dans le chloroforme sous l'influence des rayons de Röntgen; ce virage est dû à la mise en liberté de l'iode. En comparant la teinte du liquide ainsi modifié avec celle de solutions chloroformiques d'iode à divers titres, on peut mesurer l'action des rayons X. Les expériences de M. Freund ont en effet démontré que la quantité d'iode mise en liberté est en rapport direct avec la durée de l'action des rayons de Röntgen : c'est ainsi qu'après une exposition de six minutes, 0 gr. 059 milligr. d'iode sont mis en liberté pour 5 c.c. de liqueur radiométrique. — N. D. L. R.

mande s'il convient réellement de considérer ce cas, de même que les cas analogues publiés par M. von Recklinghausen et par M. Schönberg, comme des néoplasmes proprement dits et s'il ne faudrait pas plutôt les rapprocher des affections inflammatoires.

De l'anévrysme artério-veineux.

M. W. Körte (de Berlin) relate un cas d'anévrysme artério-veineux du creux poplité, survenu à la suite d'une lésion traumatique chez un jeune garçon de treize ans. L'orateur réussit, après extirpation de l'anévrysme, à pratiquer la suture séparée de l'artère et de la veine, à l'aide d'un surjet au catgut. La persistance du pouls au niveau du pied lui démontra que l'artère poplitée était restée perméable.

M. Franz (de Berlin) s'est appliqué à produire des anévrysmes artério-veineux chez le chien, afin de pouvoir étudier expérimentalement les conditions physiologiques de cette affection. Il établit tout d'abord un abouchement latéral direct entre l'artère fémorale et la veine, puis il créa une poche anévrysmale reliant les deux vaisseaux, en donnant à cette poche une direction favorisant plus ou moins l'afflux du sang artériel vers la veine. Il dut faire dans ses expériences des sutures pénétrant toute l'épaisseur de la paroi vasculaire et put constater que la thrombose ne survenait que dans les cas d'infection de la plaie. Dès l'établissement de la communication, le sang artériel se projette dans le segment périphérique de la veine, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'on constate une dilatation du segment centripète. La dilatation du système veineux s'étend généralement jusqu'au genou, région à partir de laquelle le reflux du sang veineux est capable de contre-balancer l'afflux du sang artériel.

La courbe sphygmographique, chez les animaux ainsi traités, présente au bout d'un certain temps l'anacrotisme signalé par plusieurs auteurs. Ce phénomène serait dû, comme le supposait déjà M. von Bramann, à l'influence du sang artériel. Les veines sous-cutanées sont parfois le siège de pulsations manifestes; toutefois, en les sectionnant, on voit s'écouler du sang veineux.

Pour ce qui est de la température du membre affecté d'anévrysme, l'orateur a constaté qu'elle est légèrement élevée au bout d'un certain temps à proximité de la communication artério-veineuse, mais elle est abaissée d'ordinaire dans la partie périphérique du membre.

Quant aux phénomènes d'auscultation, le souffle continu perçu généralement au niveau de ces anévrysmes disparaît régulièrement dès que l'on comprime le segment central de la veine, tandis qu'il persiste malgré la compression du segment périphérique. Il s'agit donc évidemment d'un souffle d'origine purement veineuse et indépendant de l'afflux de sang artériel. M. Franz en conclut que le traitement proposé jadis par Stromeyer, à savoir la ligature des deux extrémités de la veine, ne saurait être conseillé, et qu'il est préférable de pratiquer la suture isolée de chaque vaisseau.

M. Riese (de Britz) montre un anévrysme artério-veineux traumatique de la région inguinale, provoqué par la pénétration dans l'artère d'une esquille osseuse provenant du fémur. Cette esquille fut retrouvée fixée dans le tissu péri-artériel au moment de l'opération, qui eut lieu cinq ans après l'accident.

De la cardiolyse.

M. von Beck (de Carlsruhe). — J'ai eu l'occasion, depuis l'année passée, de pratiquer dans 3 cas la cardiolyse recommandée par MM. Brauer et Petersen pour combattre les conséquences fâcheuses de la symphyse cardiaque (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 194). Mes 3 malades présentaient tous les symptômes d'une insuffisance cardiaque avec cyanose, ascite et action cardiaque très irrégulière. Chez le premier, un jeune garçon de huit ans, il s'agissait des suites d'une pleurésie tuberculeuse; chez le deuxième, âgé de vingt-sept ans, des conséquences d'un empyème gauche; enfin, chez le troisième, âgé de vingt-deux ans, c'était encore une pleurésie tuberculeuse gauche qui était à la base de la symphyse. L'intervalle entre le début de la pleurésie et l'apparition des symptômes cardiaques fut d'un à deux ans.

Chez ces 3 malades, qui furent traités par la résection des troisième, quatrième, cinquième et sixième côtes avec leur périoste, l'intervention fut suivie, après des troubles cardiaques ayant duré deux ou trois jours, d'une disparition complète des symptômes de stase et d'un rétablissement parfait du fonctionnement du cœur. Dans ces 3 cas, l'opération a permis de constater les traces d'une pleurésie localisée dans l'angle formé par la plèvre costale et diaphragmatique, à proximité immédiate du péricarde.

De la transplantation tendineuse.

M. Hoffa (de Berlin) présente un certain nombre de patients qui ont été soumis à la transplantation tendineuse, selon la méthode de Nicoladoni, et recommande vivement ce procédé, qu'il a appliqué dans plus de 100 cas. Il insiste particulièrement sur la nécessité d'une asepsie minutieuse et d'une hémostase exacte, puis il relate les expériences qu'il a faites, concernant le choix des muscles destinés à remplacer les muscles paralysés. Il fait remarquer que la couleur rose exigée généralement comme indice de la capacité fonctionnelle du muscle n'est pas rigoureusement indispensable, étant donné que l'on trouve parfois des éléments susceptibles de restitution, même dans les muscles présentant une teinte jaunâtre. On donnera cependant toujours la préférence à un muscle encore rosé. On aura soin enfin de maintenir un certain degré de tension dans le muscle transplanté, cette tension étant indispensable au bon fonctionnement ultérieur.

L'orateur estime qu'en suivant ces règles, on pourra bien souvent éviter au malade le port d'un appareil orthopédique, même dans les cas où la paralysie est trop avancée pour qu'on puisse espérer un rétablissement fonctionnel complet.

Cinq nouvelles opérations sur les voies biliaires.

M. Kehr (de Halberstadt). — J'ai pratiqué, au cours de l'année dernière, 5 interventions sur les voies biliaires; elles constituent, autant qu'il m'est possible d'en juger, des faits nouveaux en matière de chirurgie biliaire.

Le premier cas a trait à une ligature de l'artère hépatique pour anévrysme, avec guérison (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 363).

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une occlusion du cholédoque par un néoplasme malin localisé au niveau de l'abouchement du canal cystique. La vésicule biliaire renfermait en outre des calculs. Je pratiquai l'excision de la vésicule, du canal cystique et de la plus grande partie du cholédoque et j'implantai le canal hépatique directement dans le duodénum. Cette intervention fut suivie d'une guérison qui s'est maintenue jusqu'à présent, avec perméabilité complète de l'abouchement hépatico-duodénal.

Ma troisième observation concerne une opération d'hépato-cholangio-entérostomie (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 71). La patiente, qui avait pu quitter l'hôpital au bout de cinq semaines, a succombé ultérieurement, sans qu'il m'ait été possible d'obtenir des renseignements plus précis sur la cause de sa mort.

Chez un quatrième malade, j'ai été obligé, au cours d'une intervention compliquée sur le cholédoque, de réséquer partiellement le duodénum. L'anastomose bout à bout ne m'ayant pas paru offrir des garanties suffisantes, j'ai pratiqué l'occlusion des deux extrémités du duodénum et établi séance tenante une gastro entérostomie. Les suites opératoires furent normales.

Le cinquième fait enfin a trait à un malade chez lequel une lithiase biliaire ancienne était compliquée d'un kyste pancréatique consécutif à une nécrose aiguë du pancréas. Une première intervention chirurgicale avait amené la formation d'une fistule pancréatique et biliaire. L'existence de nombreuses adhérences m'obligea à aboucher le kyste pancréatique dans la vésicule biliaire et cette dernière dans l'estomac, au niveau de la région pylorique. Les suites opératoires furent normales et le fonctionnement de l'estomac ne paraît souffrir en aucune manière du passage du suc pancréatique et de la bile. Je ferai remarquer à ce propos que j'ai dû aboucher 14 fois jusqu'à présent la vésicule biliaire avec l'estomac.

M. Enderlen (de Marburg) déclare que, dans les expériences qu'il a entreprises sur des chats et des chiens, il ne lui a jamais été possible d'obtenir un abouchement permanent entre les canaux biliaires intra-hépatiques et l'intestin. Il a pu constater, au contraire, que l'abouchement temporaire était toujours suivi d'une cicatrisation rapide.

M. J. Hirschberg (de Berlin), se basant sur ses observations personnelles concernant l'établissement de fistules hépatiques, ainsi que sur les résultats obtenus par M. Enderlen, est d'avis qu'il n'y a pas eu, dans le troisième cas de M. Kehr, persistance de la fistule hépato-duodénale; il admet plutôt que le cholédoque est redevenu perméable. Cette interprétation lui paraît d'autant plus plausible qu'il ne s'agissait probablement pas, chez cette malade, d'une tumeur cancéreuse. Il recommande pour les cas de ce genre l'établissement d'emblée d'une fistule hépatique (cholangiostomie).

M. Haberer (de Vienne) dit avoir fait des expériences sur le chien pour étudier la formation d'une nouvelle vésicule biliaire aux dépens du canal cystique, analogue à ce qui a été observé chez l'homme par plusieurs auteurs. Il a pu constater qu'en effet la partie périphérique de ce canal se transforme au bout d'un certain temps en réservoir biliaire. Cette néoformation n'a pas lieu quand le canal cystique est lié au niveau de son abouchement avec le cholédoque. L'orateur en conclut, au point de vue opératoire, qu'il est préférable de pratiquer la ligature du canal cystique aussi près que possible du cholédoque, si l'on veut éviter la formation d'une nouvelle vésicule biliaire.

De l'extraction des calculs biliaires situés dans la partie terminale du cholédoque.

M. Kraske (de Fribourg-en-Brisgau). — Nous disposons de plusieurs moyens pour extraire les calculs situés dans la partie terminale du cholédoque. Le premier, le plus simple, à savoir le refoulement du calcul vers la portion libre du canal, doit être essayé dans tous les cas, mais il présente certains inconvénients quand le calcul est peu mobile, et je conseille de ne pas trop insister sur ces manœuvres, de crainte de léser le duodénum et de s'exposer ainsi au développement ultérieur d'une fistule duodénale, accident qui a coûté la vie à l'une de mes malades. Pour ce qui est du deuxième moyen — incision directe du cholédoque, le cas échéant à travers la substance pancréatique, après réclinaison du duodénum —, il doit être employé toutes les fois que le calcul ne siège pas dans l'ampoule de Vater. Quant à la lésion, parfois inévitable, du pancréas, je ne crois pas, à en juger par mon expérience personnelle et par celle d'autres auteurs, qu'elle offre de sérieux inconvénients.

Pour les calculs arrêtés au niveau de l'ampoule de Vater, j'estime qu'il est préférable de suivre le manuel opératoire indiqué par M. Coley et par M. Kocher et de traverser le duodénum, plutôt que de repousser le calcul par le cholédoque. Ce conseil est basé sur une expérience malheureuse que j'ai eu l'occasion de faire récemment : l'extraction d'un calcul de l'ampoule de Vater, au moyen d'une incision du cholédoque, a abouti à la formation d'une fistule pancréatique, avec issue mortelle. Il conviendrait en tout cas, si l'on choisissait ce dernier procédé, de pratiquer une suture étanche du cholédoque, afin de se mettre à l'abri de l'accident que je viens de signaler.

M. Riedel (d'Iéna). — Je crois que l'on peut éviter le plus souvent les manœuvres compliquées dont il vient d'être question, en créant un champ opératoire suffisamment étendu, au moyen d'une longue incision abdominale, et en faisant basculer le foie vers le haut pour mettre le plus possible la région sous-hépatique au niveau de la plaie abdominale. On débarrassera ensuite le champ opératoire, dans toute son étendue, des adhérences inflammatoires, avant d'essayer d'aborder le cholédoque. En prenant ces précautions, l'extraction des calculs de ce canal ne présente généralement aucune difficulté sérieuse.

M. Kausch (de Breslau). — A mon avis, il est utile de remplacer l'incision à peu près longitudinale de Riedel par une incision presque transversale, légèrement oblique vers l'ombilic, afin d'éviter la paralysie ultérieure de la por-

tion du droit abdominal située en dedans de l'incision. Si l'incision du côté droit ne donnait pas un jour suffisant, il suffirait de faire une incision symétrique du côté gauche.

M. Kehr. — Je crois que l'incision préconisée par M. Kausch, tout en ayant certains avantages au point de vue de la conservation des muscles, offre quelques inconvénients en ce qui concerne le tamponnement de la plaie.

Sur 210 cholédocotomies, j'ai pratiqué 20 fois l'extraction de calculs à travers le duodénum, avec 2 décès seulement; aussi je préfère ce procédé à la cholédocotomie rétro-duodénale, car le traitement post-opératoire de cette dernière n'est pas sans difficultés. Je tâche de prévenir la formation d'une fistule duodénale en recouvrant la suture du duodénum avec une portion d'épiploon et en évitant le contact entre cette suture et le tampon.

Des néoplasmes papillaires des voies biliaires.

M. Pels-Leusden (de Berlin) relate un cas de papillome de la vésicule biliaire ayant présenté tous les symptômes d'une lithiase biliaire. On crut avoir affaire, lors de la première opération, à un néoplasme intestinal perforé dans la vésicule, mais la marche ultérieure très favorable, de même qu'un examen plus détaillé des productions néoplasiques, permit de constater qu'il s'agissait d'un papillome de la vésicule biliaire, dont la malignité clinique ne put être expliquée par l'examen histologique. L'orateur estime, en effet, qu'il est impossible d'établir par le microscope, dans certains cas, si ces papillomes sont de nature maligne, la pénétration même des tubes glandulaires à travers la paroi de la vésicule n'étant pas une preuve absolue de malignité au point de vue clinique.

Pour ce qui est des symptômes de ces papillomes, il convient de faire remarquer que l'on trouve tous les signes caractéristiques d'une lithiase biliaire, à savoir des poussées inflammatoires avec obturation du cholédoque, se produisant ici par des caillots sanguins. Il est donc impossible de poser le diagnostic clinique de cette affection. Quant au traitement, l'ablation de la vésicule biliaire n'est utile que dans les cas où l'on a la certitude de l'intégrité du cholédoque. En toute autre circonstance, on n'aura comme ressource que l'établissement d'une cholécystostomie avec fistule biliaire permanente.

Du traitement chirurgical de l'hépatoptose.

M. Mayer (de Bruxelles) communique un cas d'hépatoptose qu'on avait pris pour un néoplasme rénal et qui fut opéré dans le service de M. Depage, à Bruxelles. La patiente ne présentant pas le ventre en besace, très fréquent en pareille occurrence, on fit seulement l'hépatopexie, sans pratiquer la résection de la paroi abdominale, telle que M. Depage la préconise depuis 1893. L'opération, exécutée dans la position déclive de Trendelenburg, consista en une incision transversale de la paroi abdominale au dessous du rebord costal, sur une longueur de 15 centimètres, avec décollement d'une bande de péritoine large de 5 centimètres environ. Cette bande de péritoine resta en contact avec la lèvre supérieure de la plaie. Elle fut repliée, puis appliquée sur la face postérieure du bord du foie et y fut fixée par une suture. Ceci fait, on réunit la paroi abdominale par plusieurs plans de sutures. La malade fut débarrassée par cette opération de tous les symptômes douloureux qu'elle présentait et la guérison s'est maintenue jusqu'à présent.

L'orateur fait connaître ensuite les résultats éloignés des 5 cas d'hépatopexie avec laparectomie, pratiqués par M. Depage depuis 1893 et qui tous ont donné des guérisons durables. Il fait remarquer, à ce propos, que l'hépatoptose, tout en étant peu commune, est cependant moins rare qu'on ne le croit généralement; à son avis, l'hépatopexie serait indiquée plus fréquemment, si l'hépatoptose n'était pas souvent méconnue.

M. Franke (de Brunswick) dit employer depuis 1896 une méthode semblable à celle de M. Depage. Il conseille cependant de ne pas se borner à maintenir le foie à l'aide d'une bande de péritoine repliée, mais de passer largement des points de suture à travers la substance hépatique et les couches musculaires de la paroi abdominale.

M. Schlange (de Hanovre), tout en déclarant que l'indication de l'hépatopexie est très rare, est d'avis qu'il convient de fixer le foie plus solidement encore, en embrassant dans les points de suture les dernières côtes.

M. Mayer fait remarquer que le procédé d'hépatopexie suivi par M. Depage dans sa dernière opération est destiné aux cas légers, tandis que le chirurgien de Bruxelles recommande une fixation plus solide, avec résection de la paroi abdominale, dans les cas plus prononcés.

Des rapports existant entre les affections des voies biliaires et les inflammations du pancréas.

M. Körte relate 7 observations de pancréatite aiguë survenue à la suite d'accidents inflammatoires accompagnant la cholélithiase. Les symptômes cliniques étaient généralement ceux d'une infection péritonéale au niveau de l'épigastre, avec retentissement général très intense et collapsus fréquent. Le diagnostic est facilité par la présence d'une tumeur transversale au niveau de l'épigastre. Chez 4 de ses malades, la pancréatite amena la mort, tandis que les 3 autres guérirent, parmi lesquels un qui présentait les symptômes de la nécrose du tissu graisseux.

Quant au traitement, M. Körte s'est borné 5 fois à pratiquer l'extraction des calculs biliaires, l'état des patients étant trop précaire pour permettre une intervention plus étendue. Dans l'un des cas terminés par guérison, il avait mis à nu le pancréas, en ayant soin de pratiquer un tamponnement étendu. Cette précaution ne fut pas inutile, vu que le tissu pancréatique s'élimina petit à petit à la suite d'une nécrose étendue de l'organe.

En ce qui concerne les voies d'accès, on peut aborder la tête du pancréas soit à droite du duodénum, en décollant le péritoine, soit à gauche, en traversant le ligament gastro-épiploïque. La mise à nu de la queue du pancréas exige l'ouverture prudente, mais large, de l'arrière-cavité des épiploons.

M. Barth (de Dantzig) relate un cas de pancréatite interstitielle ayant simulé une occlusion calculeuse des voies biliaires. Le malade succomba aux suites d'un prolapsus intestinal post-opératoire.

M. Bardenheuer (de Cologne) relate 2 observations de pancréatite, l'une survenue trois semaines après une contusion de l'épigastre, l'autre caractérisée par l'existence d'un kyste sanguin au niveau de la prostate. Dans les deux cas, les symptômes cliniques étaient des plus vagues et n'indiquaient nullement le pancréas comme siège du mal. L'orateur insiste sur l'utilité qu'il y a de pratiquer en pareille occurrence la laparotomie exploratrice, sans attendre l'apparition de symptômes plus graves.

De la rupture traumatique du foie.

M. Graser (d'Erlangen). — J'ai observé un jeune homme qui portait une tumeur abdominale située à gauche de la ligne médiane et s'étendant de là, sans limites précises, jusqu'au bord du foie. La tumeur étant partiellement fluctuante, je songeai à l'éventualité d'un sarcome ramolli dans sa partie centrale. La ponction exploratrice fournit cependant du pus et l'incision large donna issue à trois fragments de tissu hépatique en voie de dégénérescence graisseuse, du volume d'un poing chacun. Il résultait des commémoratifs que le patient avait fait une chute d'une hauteur de 5 mètres, dix-huit mois auparavant, sans que ce traumatisme eût déterminé des symptômes abdominaux quelque peu marqués. Il s'était sans doute produit à ce moment une rupture du foie accompagnée d'une hémorrhagie relativement peu considérable, à laquelle s'est ajoutée ultérieurement une infection de nature peut-être hématogène. On peut invoquer à ce sujet la théorie de Langenbuch, d'après laquelle le sang de la veine porte renfermerait fréquemment des microorganismes.

A l'appui de cette manière de voir, je puis citer une observation d'appendicite avec abcès intrapéritonéal, dans laquelle l'ensemencement du sang obtenu par des ponctions répétées du foie donna régulièrement des colonies de streptocoques, tandis que le sang veineux provenant du bras était absolument stérile. L'autopsie permit d'exclure dans ce cas l'existence d'une phlébite de la veine porte et d'une localisation du processus inflammatoire au niveau du foie.

De la pathologie des lésions de l'estomac par armes à feu.

M. von Frisch (de Vienne) communique les résultats de ses expériences concernant l'effet des projectiles sur l'estomac rempli. Ces recherches démontrent notamment ce fait important au point de vue opératoire, à savoir que dans les cas où la force de pénétration du projectile est atténuée, l'orifice de sortie est beaucoup moins grand que l'orifice d'entrée, et que c'est surtout par ce dernier que s'opère l'écoulement du contenu stomacal; quant à l'orifice de sortie, il se trouve protégé principalement par la séreuse. Cette constatation explique la difficulté qu'il y a de trouver cet orifice dans certains cas, alors qu'il est facile de constater l'orifice d'entrée. Elle donne aussi la raison de la possibilité d'une issue favorable, même quand le chirurgien se borne à obturer l'orifice d'entrée.

Perforation de l'aorte par coup de feu.

M. Brentano (de Berlin) relate le cas d'un jeune homme qui fut atteint, sur la ligne scapulaire gauche, par une balle de revolver de 7 millimètres. Les symptômes abdominaux présentés par le blessé firent croire à une lésion des viscères abdominaux. La laparotomie révéla cependant comme seules lésions la présence d'une petite quantité de sang dans la cavité abdominale, ainsi qu'un épanchement circonscrit du tissu rétropéritonéal. La paroi abdominale fut fermée et le malade parut se remettre, mais il succomba brusquement au bout de sept jours. L'autopsie décela une perforation complète de l'aorte par le projectile, ayant amené la mort par hémorrhagie subite, tant rétro qu'intrapéritonéale. Le siège de cette lésion aurait rendu la suture de l'aorte impossible et la ligature de ce vaisseau aurait été inévitablement mortelle, à en juger par les expériences faites jusqu'à ce jour.

Des lésions traumatiques de l'hypophyse.

M. Madelung (de Strasbourg). — La symptomatologie des lésions traumatiques de l'hypophyse étant encore à peu près complètement inconnue, il me paraît intéressant de vous citer un fait que j'ai eu l'occasion d'observer. Il s'agit d'une fillette de neuf ans, ayant reçu il y a trois ans un coup de feu, et chez laquelle le projectile, à en juger par les symptômes cliniques (cécité complète) et l'examen radiographique, doit se trouver à proximité immédiate de l'hypophyse. Cette jeune malade présente depuis cet accident une hypertrophie diffuse considérable du tissu adipeux, sans lésion du squelette. En partant de ce fait que l'hypophyse possède une influence régulatrice sur les échanges organiques, je me crois autorisé à attribuer l'adipose généralisée à la lésion de cet organe.

Je rappellerai à ce propos l'hypothèse que j'ai émise au sujet de l'adipose cervicale, trouble que j'ai rattaché à une lésion du corps thyroïde.

M. Benda (de Berlin) est d'avis qu'il s'agit, dans le cas de M. Madelung, non pas d'une suppression, mais plutôt d'une exagération du fonctionnement de l'hypophyse.

M. Stolper relate une observation d'acromégalie typique, ayant débuté quelque temps après un traumatisme crânien. On constata à l'autopsie la présence d'une tuméfaction adénomateuse de l'hypophyse, ayant produit une métastase grosse comme le poing dans la région occipitale du cerveau. Le malade présentait, bien qu'à un degré moins prononcé que la fillette observée par M. Madelung, une adipose généralisée.

M. von Eiselsberg (de Vienne) dit avoir fait de nombreuses expériences sur de jeunes chats en vue de détruire l'hypophyse, mais tous les animaux succombèrent au bout de quelques jours. Il serait utile, à son avis, de répéter ces expériences en se bornant à une lé-

sion traumatique sans destruction complète, ce mode de procéder présentant, pour la vie de l'animal, un danger moindre que l'ablation complète de l'organe, qui est généralement accompagnée d'une hémorrhagie intense.

Des troubles psychiques produits par un abcès du lobe frontal.

M. Borchard (de Posen) relate l'observation d'une petite fille chez laquelle il avait dû pratiquer, à la suite d'une lésion traumatique suivie de hernie cérébrale, l'ablation partielle du lobe frontal. La jeune malade quitta le service dans un état psychique absolument normal, mais elle y fut admise de nouveau trois mois plus tard avec des troubles mentaux très manifestes, sous la forme d'une nymphomanie d'autant plus extraordinaire que cette fillette n'avait que neuf ans. L'orateur constata la présence d'un abcès au niveau du lobe frontal lésé et vit disparaître les troubles psychiques dès que l'abcès eut été incisé. La guérison se maintient depuis lors, exception faite d'une crise de nymphomanie très légère survenue quelque temps après la seconde intervention.

M. Borchard conclut de cette observation que les lésions des circonvolutions frontales sont susceptibles de produire des troubles psychiques très caractéristiques, qu'il attribue non pas au fait d'une perte de substance cérébrale, mais au contraire à un processus d'irritation locale.

M. Friedrich (de Greifswald) communique un fait analogue, dans lequel la présence d'une tumeur fibreuse partant des méninges et localisée au niveau des circonvolutions frontales détermina également des troubles psychiques d'ordre sexuel, troubles qui disparurent complètement à la suite de l'opération, laquelle date actuellement de deux ans et demi. Le malade a pu reprendre ses occupations six semaines après l'intervention, malgré l'ablation d'un segment notable du lobe frontal et une perte de substance crânienne très étendue.

De la thrombose du sinus caverneux, d'origine nasale.

M. Hildebrand (de Bâle). — Les cas de guérison de la thrombose du sinus caverneux étant très rares jusqu'à présent, je crois utile de vous communiquer l'observation suivante :

Un homme fut atteint, quelques jours après avoir subi une cautérisation de la muqueuse nasale pour rhinite chronique, de fièvre, de somnolence et d'une paralysie de l'oculo-moteur externe droit. L'apparition d'un œdème des paupières et de la conjonctive, avec protrusion du globe oculaire droit, enfin la paralysie de tous les muscles oculaires, y compris le sphincter pupillaire, permirent de poser le diagnostic de phlébite du sinus caverneux droit. Quant à l'étiologie, il pouvait s'agir d'une inflammation ayant pour point de départ la cautérisation thérapeutique de la muqueuse nasale; j'ajouterai cependant que le malade dit avoir eu presque à la même époque une légère angine, qui, évidemment, peut être également incriminée comme source de l'agent infectieux. Les chances d'une intervention chirurgicale étant minimes, je me décidai à employer, à titre d'essai, le sérum antistreptococcique de M. Tavel. Les symptômes morbides diminuèrent rapidement et actuellement le malade est entièrement guéri, sauf une très légère parésie de l'oculo-moteur externe. L'apparition précoce et la persistance de la paralysie de ce nerf s'expliquent par ce fait anatomique, que l'oculo-moteur externe est le seul des nerfs moteurs de l'œil qui traverse directement le sinus caverneux.

Pour ce qui est du traitement, je crois que l'intervention chirurgicale n'est guère à conseiller dans les cas de ce genre, tant en raison de l'accès difficile du foyer que de l'impossibilité d'évacuer complètement celui-ci. En ce qui concerne l'action du sérum, j'estime qu'il s'agit là d'une observation intéressante, sans vouloir attribuer nécessairement l'issue favorable aux injections. Il existe en effet dans la littérature médicale des cas de guérison spontanée de la thrombose du sinus caverneux.

De la descendance des sujets privés de corps thyroïde.

M. Lanz (d'Amsterdam) communique les résultats de recherches expérimentales tendant à démontrer que la thyroïdectomie totale a une influence manifeste sur les fonctions de reproduction.

L'orateur dit en outre avoir pu observer 2 sujets, l'un du sexe masculin, l'autre du sexe féminin, ayant tous deux subi l'ablation du corps thyroïde avant 1883. Chez les deux, les caractères sexuels étaient pour ainsi dire indifférents, en ce sens que le sujet masculin n'avait jamais présenté aucune manifestation de l'instinct sexuel et que chez le sujet féminin les règles avaient toujours fait défaut. L'administration de préparations thyroïdiennes chez le jeune homme eut comme résultat l'apparition de l'instinct sexuel, qui disparut de nouveau dès que la médication fut supprimée; la continuation de cette médication lui permit de se marier, mais il n'eut pas d'enfants. Chez la jeune fille, la thyroïdothérapie fit apparaître les règles.

Pour ce qui est de l'hypothyroïdisme opératoire, ou dû à un état pathologique de la glande, il n'a d'influence sur la progéniture que dans les cas où le corps thyroïde de l'enfant est également défectueux.

Ablation des néoplasmes du larynx et du pharynx.

M. Gluck (de Berlin) recommande, pour l'extirpation des néoplasmes même étendus du larynx et du pharynx, l'ablation complète de ces deux organes depuis la base de la langue jusqu'à l'entrée du thorax. L'œsophage est remplacé ensuite par une canule, qui serait très bien supportée par le malade et qui lui permettrait d'avaler sans difficulté. Quant au larynx, M. Gluck lui substitue un larynx artificiel, grâce auquel le malade peut parler d'une façon assez intelligible. Il a opéré d'après cette méthode 9 sujets, dont certains porteurs de lésions très avancées, qui tous sont restés guéris jusqu'à présent.

Sur un cas de luxation progressive de l'articulation du poignet.

M. Bennecke (de Berlin) présente un cas de cette affection peu commune, décrite il y a plusieurs années par M. Madelung, dans laquelle la main se trouve en subluxation par rapport aux os de l'avant-bras. Il s'agit d'une jeune fille, portant des stigmates osseux de rachitisme; employée dans une imprimerie, elle est obligée de soulever fréquemment des fardeaux assez lourds, les deux mains étant en extension forcée. M. Bennecke fait remarquer que, dans les cas observés par M. Madelung, la subluxation avait été produite au contraire par un excès de flexion.

M. Samter (de Königsberg) montre un malade chez lequel il a pratiqué la réduction sanglante d'une luxation ancienne et irréductible de l'articulation temporo-maxillaire. Il croit cette intervention préférable à la résection de l'apophyse cotyloïde, préconisée jusqu'à présent par nombre de chirurgiens.

D[r] F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1904.

La tuberculose dans l'armée.

M. Kelsch lit, sur ce sujet, un travail dans lequel, après avoir protesté contre l'opinion qui lui a été prêtée d'être hostile à la doctrine de la contagion tuberculeuse et aux mesures prophylactiques qui en découlent, l'orateur rappelle les faits établissant que la contagion interhumaine admet des degrés et qu'elle exige des conditions parmi lesquelles le consentement de l'organisme aux méfaits du bacille assume un rôle tellement prépondérant qu'aucune maladie infectieuse ne peut être comparée sous ce rapport à la phtisie.

La nécessité de cette complicité de l'organisme n'est pas, ajoute M. Kelsch, une vue de l'esprit; elle se déduit des recherches cadavériques : 80 fois sur 100, celles-ci nous révèlent des foyers de tuberculose latente chez des sujets de tout âge, emportés par des affections diverses étrangères à la tuberculose. Ces nids de microbes introduits dans l'organisme, à une date et par des voies indéterminées, sont réduits à l'impuissance par les moyens de défense dont dispose ce dernier.

Ne voir dans l'extension de la tuberculose que le résultat de la transmission interhumaine de la graine, c'est donner au rôle de la contagion une portée exceptionnelle, au préjudice du support de cette graine.

Par conséquent, la croisade organisée contre la tuberculose ne doit pas seulement viser l'anéantissement du contage; pour être efficace, elle devra poursuivre également la suppression de toutes les causes d'affaiblissement des masses et notamment le paupérisme et l'alcoolisme, qui sont les véritables pourvoyeurs de la phtisie.

Quant à la fréquence de la tuberculose dans l'armée, personne ne la conteste, mais la contagion n'a qu'une part restreinte dans son développement. Les foyers bacillaires ouverts, en effet, les seuls qui créent véritablement le danger de la transmission, sont très rares dans les casernes. Les nombreuses explosions de tuberculose qui marquent l'initiation de la vie militaire procèdent du réveil de foyers latents, ganglions fibrocaséeux du hile du poumon et du foie, vieux tubercules solitaires des os et des parenchymes, toutes lésions insoupçonnées chez leurs porteurs. De pareils faits relèvent de l'autoinfection et non de la contagion. La lutte contre la phtisie ne doit donc pas consister seulement à combattre le bacille, mais à stériliser le terrain. En abaissant l'âge moyen de la troupe au-dessous de celui qui marque chez l'homme l'achèvement du développement physique, en réduisant d'autre part la durée du service, la loi actuelle de recrutement a augmenté la vulnérabilité, renforcé l'imminence morbide du soldat vis-à-vis de certaines maladies infectieuses, et notamment de la tuberculose.

L'orateur insiste enfin sur les nombreuses causes de surmenage résultant de la transformation incessante des armements et de la tactique, qui surchargent de plus en plus les programmes d'instruction au moment où l'on tend à réduire la durée du service, et il termine en disant que, si l'isolement des tuberculeux et si l'anéantissement de leurs produits d'expectoration s'imposent toujours comme un impérieux devoir, il faut en outre organiser la défense contre le microbe par l'accroissement en volume et en surface des locaux habités par le soldat, par l'augmentation de sa ration alimentaire, la diminution du travail et enfin par l'appel de la classe en août ou en septembre, afin de soustraire les nouveaux venus, pendant la période d'initiation, à la funeste influence des intempéries hivernales.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 28 mars et 5 avril 1904.

Sur l'agent pathogène de la trypanosomiase humaine.

M. A. Laveran fait une communication dans laquelle il établit que le *Trypanosoma gambiense* (Dutton) et le *Tr. ugandense* (Castellani) constituent une seule et même espèce, de par les caractères morphologiques, biologiques, etc., etc. : notamment, les animaux ayant acquis l'immunité à l'égard de l'un des deux virus sont aussi immunisés pour l'autre. Cela étant, c'est le nom de *Trypanosoma gambiense* qui doit prévaloir, la description de M. Dutton étant antérieure à celle de M. Castellani.

D'autre part, s'il est bien démontré aujourd'hui que ce trypanosome est la cause de la maladie du sommeil, il ne faut pas oublier non plus qu'il a été rencontré dans le sang de sujets qui peuvent succomber sans avoir jamais présenté aucun symptôme de cette affection. Aussi l'orateur est-il d'avis qu'il serait logique d'abandonner le nom de *maladie du sommeil*, qui ne désigne qu'une des phases terminales de l'infec-

tion à trypanosomes, pour celui de *trypanosomiase humaine*, qui s'applique à toutes les formes.

Sur l'origine du lactose et la glycosurie de la grossesse.

MM. Ch. Porcher et **Commandeur.** — Nous avons pu constater que le lactose du lait est produit aux dépens du glucose du sang, qui existe en excès au moment du fonctionnement de la glande mammaire. Il peut arriver parfois que cet excès de glucose sanguin survienne avant le début de la lactation; dans ce cas, le glucose, ne se trouvant pas utilisé, est éliminé par le rein. Aussi croyons-nous que, si la glycosurie constatée chez la femme enceinte ressortit parfois à un diabète légitime — ce qui est d'ailleurs rare, la conception étant difficilement réalisable chez les diabétiques —, il est aussi des cas où il s'agit d'une glycosurie normale, conséquence de l'utilisation incomplète de l'excès de glucose versé dans la circulation par le foie. En pareille occurrence, la glycosurie est le seul symptôme observé; elle ne s'accompagne ni de polyurie ou de polydypsie, ni de retentissement sur l'état général, et se trouve remplacée, sitôt après l'accouchement, par de la lactosurie. Nous avons observé 8 faits de ce genre.

Action de l'acide formique sur l'organisme.

M. L. Garrigue. — Je tiens à signaler, à propos de la note de M. E. Clément (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p 100), que j'ai fait un certain nombre de recherches, tant sur l'animal que chez l'homme, relatives aux effets de l'acide formique, administré à l'état de formiate de soude ou de chaux. Je me suis assuré sur moi-même qu'une dose de 3 grammes de formiate de soude peut être absorbée sans inconvénient matin et soir, au moment des repas; j'ai pris 1 gramme de ce sel par repas pendant un mois. Sous l'influence de ce médicament, l'appétit est accru, l'activité physique et cérébrale augmentée. Chez les tuberculeux, le premier effet du traitement est de relever la tension artérielle, de donner des nuits meilleures, de faire réapparaître l'appétit; en même temps les échanges moléculaires sont considérablement activés : tel sujet qui n'éliminait par jour que 19 grammes ou 20 grammes d'urée vit le taux de cette substance s'élever à 52 grammes après cinq jours d'administration des formiates.

Résistance des rats à l'intoxication arsenicale.

M. F. Bordas adresse une note relative à des expériences d'où il résulte que le rat peut supporter impunément des doses très considérables d'arsenic données en une fois; par contre, si le poison lui est administré par petites quantités journalières, il meurt en général avant d'avoir absorbé la moitié de la dose massive qu'il est susceptible de tolérer.

Ces faits sont intéressants à signaler, ajoute l'auteur, à l'heure où l'on tend à introduire, dans les produits alimentaires et le lait en particulier, une foule d'antiseptiques dont quelques-uns sont toxiques, sous le prétexte que les quantités employées comme antiseptiques sont faibles.

Emission de rayons N_1 dans les phénomènes d'inhibition.

MM. A. Charpentier et **E. Meyer** envoient une note dans laquelle ils relatent des expériences tendant à établir que, si l'éclat d'un écran phosphorescent (direct ou par conduction) diminue au niveau du cœur arrêté en diastole par l'excitation du nerf pneumogastrique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 69), ce phénomène ne tient pas à l'arrêt de la contraction du muscle cardiaque, mais bien à ce que toute action inhibitrice s'accompagne, au point où elle se manifeste, d'une émission de rayons N_1, lesquels, comme on le sait, agissent en sens inverse des rayons N. On constate, en effet, qu'au moment de l'inhibition la luminosité de l'écran diminue d'une façon absolue, par rapport à l' « état neutre », et non pas seulement par rapport à son éclat exalté durant l'activité normale du cœur.

MM. R. Kraus et **C. Levaditi** adressent une note tendant à établir que les leucocytes fabriquent des précipitines, et qu'ils sont vraisemblablement une des sources principales de ces anticorps.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La radiothérapie contre la leucémie et la pseudo-leucémie.

On se rappelle que la radiothérapie a donné récemment une guérison parfaite dans un cas de leucémie, entre les mains de M. le docteur N. Senn, professeur de chirurgie au Rush Medical College de Chicago (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 423), mais ce fait était jusqu'ici resté isolé. Or, un autre médecin américain, M. le docteur Everett J. Brown (de Decatur-en-Illinois), a obtenu, dans un cas de la même affection, des effets non moins favorables avec ce mode de traitement.

Il s'agit d'un homme de trente ans, atteint depuis six mois d'une leucémie rapidement progressive, avec hypertrophie de la rate et état caractéristique du sang (2.600,000 hématies, 800,000 leucocytes, hémoglobine, 65 %). Après huit mois de traitement par les rayons de Röntgen — à l'action desquels on exposait la rate deux fois par semaine —, le nombre des leucocytes fut ramené à moins de 8,000, tandis que les hématies remontaient à 4,690,000 et l'hémoglobine à 95 %. La rate, qui avant le traitement dépassait l'ombilic sur la ligne médiane, était complètement cachée derrière le rebord costal, et le malade pouvait reprendre régulièrement ses occupations habituelles.

Un autre confrère des Etats-Unis, M. le docteur Oscar W. Steinwand (de Selma) a vu survenir une amélioration notable chez une jeune fille d'une quinzaine d'années atteinte de pseudo-leucémie, au moyen du même mode de traitement. Les premiers signes — hypertrophie ganglionnaire cervicale — dataient de cinq ou six ans; peu à peu le nombre et le volume de ces adénopathies avaient augmenté, et des douleurs assez vagues étaient apparues au niveau de la rate, des os, etc.; enfin l'état général allait en empirant, l'examen du sang paraissant, d'ailleurs, n'indiquer qu'un certain degré d'anémie simple.

L'administration de liqueur de Fowler n'ayant amené aucune amélioration, notre confrère eut l'idée d'exposer quotidiennement la région cervicale aux rayons X pendant un bon quart d'heure. Après la deuxième séance, l'état général parut assez mauvais : la température s'éleva au delà de 40°, l'endolorissement de la région splénique avait augmenté et la faiblesse générale était très accentuée. Bientôt, cependant, il se déclara une amélioration, d'abord peu prononcée, puis de plus en plus marquée. Quinze jours après le début du traitement, la température, pour la première fois depuis trois mois, était redescendue à la normale. En même temps, les ganglions hypertrophiés commencèrent à augmenter de consistance et à devenir mobiles sur les tissus environnants, tandis que les phénomènes douloureux disparaissaient. On dut alors interrompre le traitement par les rayons de Röntgen, en raison d'une vaste eschare qui s'était développée sous leur influence. Malgré cela, l'amélioration continua à faire des progrès, si bien que, deux mois après le début du traitement, la région cervicale de la malade avait repris un contour normal. Il convient de noter toutefois que, parallèlement à la régression notée dans la région cervicale, la rate avait augmenté de volume. L'état général ne s'en releva pas moins et il se maintient bon depuis huit mois.

Quelles que soient les réserves qui s'imposent en pareille occurrence, il semble que les résultats obtenus par M. Brown et M. Steinwand, après ceux qu'a enregistrés M. Senn, soient de nature à encourager de nouvelles tentatives dans cette voie.

La tisane de feuilles de bouleau comme lithontriptique.

Il y a quelques années, M. le professeur W. Winternitz (de Vienne) appelait l'attention sur les propriétés diurétiques de la tisane de feuilles de bouleau, depuis longtemps employée comme diurétique par la médecine populaire (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. XVIII). Or, d'après M. le docteur A. Jänicke (de Breslau), cette tisane présenterait aussi, à l'égard des calculs rénaux, une action dissolvante manifeste.

Pour préparer le médicament dont il s'agit, on prend une cuillerée à café de feuilles de bouleau finement pulvérisées, on verse dessus 250 grammes d'eau bouillante, on laisse infuser cinq minutes, on fait bouillir pendant le même laps de temps et on filtre. Le malade boit une tasse de cette tisane le matin à jeun et le soir à cinq heures, et continue ainsi tous les jours pendant six mois; après un mois de repos, il reprend le traitement pendant deux ou trois périodes d'un mois chacune avec des suspensions également d'un mois.

Dans de nombreux cas, la tisane de feuilles de bouleau aurait donné d'excellents résultats à M. Jänicke, depuis environ quatre ans que notre confrère prescrit ce remède; chez certains malades, la présence de calculs avant l'administration de la tisane et leur disparition sous l'influence de ce traitement auraient pu être constatées par la radiographie.

Applications locales de glycérolé d'iode contre la conjonctivite granuleuse.

Les cautérisations au sulfate de cuivre ou au nitrate d'argent, le brossage, les lotions au jéquirity sont les procédés thérapeutiques le plus couramment usités pour le traitement de la conjonctivite granuleuse. L'iode semble employé bien moins souvent que les moyens précédents, bien qu'il ait donné de bons résultats entre les mains de différents oculistes (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 326, et 1900, p. 414).

De son côté, un médecin exerçant au Brésil, M. le docteur Plato Jablkowski (de São João do Montenegro), en aurait obtenu d'excellents effets, et cela en employant une méthode fort simple : notre confrère se sert d'un glycérolé d'iode à 0,5 pour 30, avec lequel il badigeonne la conjonctive après retournement de la paupière. Ces applications sont quelque peu douloureuses; du moins ces douleurs ne sont-elles pas assez violentes pour contre-indiquer l'emploi du procédé.

Les badigeonnages d'iode auraient une action particulièrement favorable contre les granulations anciennes avec poussée aiguë. Ils seraient encore utiles contre les récidives que l'on observe fréquemment dans les cas graves traités par les cautérisations au nitrate d'argent. Enfin, dans le pannus trachomateux, ils exerceraient également une action bienfaisante et amèneraient le plus souvent une guérison complète.

La durée du traitement varie suivant la gravité et l'ancienneté des cas : sur les 30 sujets que M. Jablkowski a soumis jusqu'à ce jour à des applications locales de glycérolé d'iode, on en compte 5 chez lesquels l'affection avait une évolution chronique et insidieuse; la guérison fut cependant complète en trois ou quatre mois.

Le traitement antirabique contre les douleurs fulgurantes des tabétiques.

Les douleurs fulgurantes des tabétiques offrant souvent une résistance opiniâtre à toute thérapeutique, on ne saurait s'étonner de voir préconiser contre cet accident les modes de traitement les plus imprévus. Ces procédés méritent cependant d'être connus, puisque — dans certains cas, du moins — ils ont paru rendre quelques services. A ce titre, il nous semble intéressant de signaler les bons effets qu'un médecin russe, M. le docteur L. Stembo (de Vilna), aurait constatés, chez un tabétique avéré, à la suite d'injections antirabiques. Les crises douloureuses auxquelles ce malade était sujet avaient jusqu'alors résisté à tous les moyens habituellement mis en œuvre en pareille occurrence, ou du moins n'avaient été améliorées que partiellement et d'une façon passagère. Ce malade ayant été mordu par un chien enragé, on le soumit à un traitement antirabique préventif; 28 injections d'émulsion de moelle de lapin furent pratiquées à raison de 2 par jour. Or, à la suite de ce traitement, les douleurs fulgurantes disparurent entièrement et depuis cette époque — il y a actuellement plus de deux ans — elles n'ont pas reparu, l'évolution du tabes étant d'ailleurs restée entièrement stationnaire.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La bactériurie typhoïdique et son rôle dans la diffusion de la dothiénentérie.

Depuis longtemps déjà, il est établi en épidémiologie que les déjections des typhoïdiques constituent un moyen actif de propagation de la dothiénentérie. Cependant, les garde-robes sont loin de constituer le seul véhicule du germe typhoïdique; depuis les découvertes qui, il y a une vingtaine d'années, montrèrent le rôle spécifique du bacille d'Eberth, on a retrouvé l'agent du contage dans mainte excrétion de l'organisme. On sait maintenant que les crachats d'un dothiénentérique, par exemple, peuvent présenter une virulence égale ou supérieure à celle des matières fécales. Il en serait de même pour la sueur. Ces constatations sont intéressantes en ce qu'elles nous éclairent sur la pathogénie de la fièvre typhoïde.

Au contraire des faits précédents, qui offrent un intérêt plutôt scientifique que pratique, des recherches récentes tendent à montrer qu'il est un liquide organique qui, contenant fréquemment et parfois en assez grande quantité des bacilles d'Eberth, a une importance capitale au point de vue de la transmission de la fièvre typhoïde : c'est l'urine. Il y a là une donnée qui comporte des conséquences majeures au point de vue de la thérapeutique prophylactique et pathogénique de la dothiénentérie et qui ne paraît pas avoir reçu toute l'attention qu'elle mérite.

Les documents se sont multipliés sur cette question dans les dernières années. Aussi le moment semble-t-il venu de les grouper et de les comparer afin d'en tirer les déductions qui en découlent légitimement.

I

La notion de la bactériurie (1) dans la dothiénentérie n'est pas de date absolument récente. La première mention en a été faite, en France, dès 1881 : alors que tout n'était encore qu'hypothèse sur l'origine parasitaire de la fièvre typhoïde, M. Bouchard (2), dans une communication au Congrès international des sciences médicales de Londres, montra que des microbes pouvaient se rencontrer dans l'urine des dothiénentériques. Chez 21 malades sur 65 examinés à ce point de vue, cet auteur trouva des « bactéries bacillaires » en grand nombre dans les urines. Ces germes présentaient « les mêmes caractères morphologiques que les bactéries découvertes par maints examens, dans le sang et dans toutes les humeurs pathologiques, à l'exception du liquide des sudamina ».

Plusieurs années s'écoulèrent avant que de pareils faits fussent étudiés à nouveau, et c'est seulement en 1886 que les bacilles d'Eberth furent signalés dans les urines des dothiénentériques par M. Hüppe (3), qui constata leur présence dans un cas, sur 18 qu'il étudia à cet égard.

La même année parurent les travaux de M. Seitz sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (4) : 7 cas ayant été examinés au point de vue de l'existence de bacilles dans les urines, 2 fois l'analyse donna des résultats positifs.

En 1887, MM. Chantemesse et Widal (5) publièrent un mémoire devenu classique en matière d'étiologie éberthienne. Ces auteurs avaient recherché le bacille dans les urines de 2 malades en pleine évolution typhoïdique : moins heureux que leurs prédécesseurs, ils n'avaient pas réussi à l'y découvrir, ce qui advint aussi, dans d'autres cas, à MM. Merkel et Goldschmidt (1).

(1) Il doit être entendu que nous employons le terme de *bactériurie* dans son sens le plus général, à savoir : élimination de microorganismes par les urines, quel qu'en soit le nombre.

(2) Ch. Bouchard. Des néphrites infectieuses; communication faite au Congrès de Londres. (*Rev. de méd.*, août 1881, p. 671.)

(3) Hüppe. Page 447 de l'analyse des travaux de Fodor et de Wyssokowitsch. (*Fortschritte der Medicin*, 1er juillet 1886, p. 446.)

(4) C. Seitz. Bacteriologische Studien zur Typhus-Aetiologie. Munich, 1886.

(5) A. Chantemesse et F. Widal. Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde. (*Arch. de physiol.*, 1887, I, p. 217.)

M. Berlioz (2), la même année, signala que, 2 fois sur 14, il avait pu isoler et caractériser le bacille d'Eberth, dans l'urine de typhoïdiques, par l'examen bactériologique.

A partir de ce moment, les publications deviennent moins rares. Aussi bien, l'histoire du germe spécifique de la dothiénentérie se complète-t-elle tous les jours, rendant les recherches à la fois plus faciles et plus précises.

En 1888, M. Koniaïev (3), examinant les urines de 20 malades atteints de fièvre typhoïde, décela le germe spécifique chez 3 d'entre eux.

En 1890, M. Neumann, qui, deux ans auparavant (4), dans un mémoire consacré à la bactériurie dans les maladies internes, s'était occupé de la bactériurie typhoïdique, reprit la question et fit sur ce sujet une communication importante à la Société de médecine berlinoise (5). Si cette communication n'obtint pas toute l'attention qu'elle méritait, cela s'explique vraisemblablement par l'incertitude que présentait à cette époque le diagnostic bactériologique du bacille d'Eberth; aussi accueillait-on alors avec un scepticisme souvent trop justifié toute préparation ne provenant pas de l'intestin ou de la rate. A 6 résultats positifs obtenus en 1888 sur 23 cas personnels, M. Neumann ajoutait, dans son nouveau travail, 11 autres observations confirmatives qu'il avait recueillies en examinant l'urine de 48 typhoïdiques.

Peu après, M. Karlinski (6) réunit 44 faits avec 21 résultats positifs à l'examen des urines. Les conclusions de ce mémoire ne diffèrent guère de celles des auteurs précédents, et M. Karlinski dit lui-même ne les publier que pour faire nombre. On remarquera cependant que la proportion des résultats positifs est ici beaucoup plus élevée que dans les statistiques antérieures, puisque les bacilles d'Eberth auraient été reconnus dans près de la moitié des cas examinés.

Dans un cas de fièvre typhoïde où il pratiqua l'examen bactériologique de l'urine, M. Poniklo (7) constata la présence de bacilles d'Eberth.

M. Enriquez (8) rechercha l'organisme pathogène dans les urines de 12 malades atteints de fièvre typhoïde et obtint 7 fois des résultats positifs.

(1) G. Merkel et Goldschmidt. Ueber die diagnostische Verwertung der Typhusbacillen. (*Centr.-Bl. f. klin. Med.*, 28 mai 1887, p. 393.)

(2) A. Berlioz. Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. (*Thèse de Paris*, 1887.)

(3) Koniaïev. Les lésions bacillaires du rein dans la fièvre typhoïde (en russe). (*Iéjeniéd. klin. gaz.*, 1888, nos 33, 35, 36, 37 et 38. — Analysé par von Etlinger *in Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 29 novembre 1889.)

(4) H. Neumann. Ueber die diagnostische Bedeutung der bakteriologischen Urinuntersuchung bei inneren Krankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13, 20 et 27 fév. 1888)

(5) H. Neumann. Ueber Typhusbacillen im Urin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 fév. 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 40.)

(6) J. Karlinski. Untersuchungen über das Vorkommen der Typhusbacillen im Harn. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 août et 3 sept. 1890.)

(7) St. Poniklo. Résultats de l'examen bactériologique de l'urine dans un cas de fièvre typhoïde (en polonais). (*Przeglad lekarski*, 1892, nº 16.) — Analysé par Poniklo in *Virchow-Hirsch's Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medicin*, 1893, II, p. 47.

(8) E. Enriquez. Contribution à l'étude bactériologique des néphrites infectieuses. (*Thèse de Paris*, 1892.) — A la page 55 de sa thèse, M. Enriquez s'exprime ainsi : « La recherche de l'organisme pathogène dans les urines des malades atteints de fièvre typhoïde a abouti à des résultats très contradictoires..... Seitz, Chantemesse et Widal, *Ribbert*, Berlioz ne le découvrent pas ou le découvrent rarement. » L'indication bibliographique que donne M. Enriquez à propos de Ribbert étant ainsi conçue : « Ribbert. *Deutsch. Med. Vochenschrift.* Nos 806, 807 », il était vraiment difficile — pour ne pas dire impossible — aux auteurs qui sont venus après lui de remonter à la source. et de vérifier si l'opinion ainsi attribuée à M. Ribbert a bien été soutenue par cet auteur. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que, en 1904 encore, cette assertion se trouve reproduite, dans le travail de M. Brunschwig, sous la forme suivante : « Une longue série de travaux ont été entrepris sur ce sujet [bactériurie typhique], travaux parmi lesquels nous signalons ceux de... Ribbert... » Or, si l'on se reporte au travail de M. Ribbert, qui a été publié dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift* du 27 septembre 1889, aux *pages* 805, *806 et 807*, on constate que cet auteur y étudie la présence de microbes *dans le rein*, mais ne s'est nullement occupé de les rechercher *dans les urines*.

M. Ali Krogius (1), dans une analyse de l'édition danoise du livre de M. Melchior, relate l'histoire d'un garçon de dix-sept ans qui, quarante jours après le début d'une fièvre typhoïde, fut pris de cystite éberthienne.

A l'encontre des constatations précédentes, la bactériurie typhoïdique ne fut notée que dans 1 cas sur les 10 dont il est rendu compte dans la thèse de M. Borges, écrite sous l'inspiration de M. von Leube (2).

Peu après (1895), une autre thèse, qui fut soutenue par M. Baart de la Faille (3) devant la Faculté de médecine d'Utrecht, relatait 4 résultats positifs sur 27 typhoïdiques examinés par cet auteur.

La même année, M. Blumer (4) notait l'existence d'une pyurie chez 10 dothiénentériques sur 60 dont il étudia les urines; dans 2 des cas où cette complication était survenue, le sédiment urinaire renfermait le bacille d'Eberth, une fois même associé au colibacille. Une proportion beaucoup plus élevée fut trouvée par deux auteurs anglais, MM. Wright et Semple (5), qui signalèrent le bacille d'Eberth dans les urines de 6 dothiénentériques sur 7 chez lesquels ils le recherchèrent.

Dans sa monographie sur la cystite et l'infection urinaire, M. Melchior (6) relate 4 observations de fièvre typhoïde compliquée de néphrite aiguë : dans l'un de ces cas seulement, l'urine renfermait des bacilles d'Eberth.

Avec les travaux suivants, ceux de M. Horton-Smith, en Angleterre, ceux de M. Besson, en France, va s'ouvrir une nouvelle période dans l'histoire de la bactériurie typhoïdique. Jusqu'alors, les différentes publications que nous avons signalées n'avaient fait que corroborer un fait déjà établi par M. Bouchard, à savoir l'existence d'une bactériurie virulente au cours de la dothiénentérie. Désormais, le diagnostic d'*éberthurie* pourra être étayé de preuves présentant les garanties indispensables de précision et d'exactitude. Les progrès de la technique réalisés de 1890 à 1892, l'étude de l'agglutination introduite en 1896 dans la pratique par M. Widal, permettent de distinguer avec certitude le bacille d'Eberth d'avec les formes voisines et d'éviter notamment la confusion avec le colibacille, laquelle a vraisemblablement entaché d'erreur plus d'une des statistiques de la période précédente.

La première indication des recherches de M. Horton-Smith (7) se trouve dans une communication que cet auteur fit à la *Royal Medical and Chirurgical Society* de Londres : il y

(1) A. Krogius. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, mai 1894, p. 367.)

(2) H. Borges. Ueber die Durchlässigkeit der Typhusniere für den Bacillus typhi abdominalis. (*Thèse de Wurtzbourg*, 1894)

(3) J. M. Baart de la Faille. Bacteriurie bij febris typhoidea. (*Thèse d'Utrecht*, 1895.)

(4) G. Blumer. Pyuria in typhoid fever. (*Johns Hopkins Hospital Reports*, 1895, V, p. 327.)

(5) A. E. Wright et D. Semple. On the presence of typhoid bacilli in the urine of patients suffering from typhoid fever. (*Lancet*, 27 juillet 1895.)

(6) Max Melchior. Cystite et infection urinaire. (Ed. française, revue et augmentée, par N. Hallé.) Paris, 1895.

(7) P. Horton-Smith. On the occurrence of typhoid bacilli in the urine of patients suffering from typhoid fever. (*Royal Med. and Chir. Soc. of London*, séance du 8 fév. 1897, in *Lancet*, 13 fév. 1897, p. 445.)

déclare avoir rencontré le bacille d'Eberth dans l'urine de 8 dothiénentériques, sur 61 examens pratiqués par lui.

Simultanément, mais indépendamment, M. Besson (1) avait entrepris des recherches en France, en vue de déterminer la fréquence de la bactériurie spécifique chez les typhoïdiques. De 33 malades sur lesquels portèrent les recherches bactériologiques instituées par cet auteur, 6 présentaient le bacille d'Eberth dans leurs urines.

MM. Levy et Gissler (2) apportèrent une contribution personnelle à la question en examinant 22 dothiénentériques : chez 10, ils constatèrent la bactériurie éberthienne.

De son côté, M. Petruschky (3) obtint 3 résultats positifs sur 50 cas qu'il examina; M. Richardson (4), 9 sur 38, puis, dans une seconde série, 14 sur 66.

Pendant ce temps, M. Horton-Smith poursuivait ses travaux. En 1899, il publiait un second mémoire (5) dans lequel il attirait l'attention sur la part respective qu'il y a lieu d'attribuer à l'urine et aux fèces dans la dissémination de la fièvre typhoïde. Il revint l'année suivante une fois encore sur cette question, dans les *Goulstonian Lectures* qu'il consacra, à Londres, à l'étude de la fièvre typhoïde en général (6). Sa statistique de 1899 lui avait donné 4 résultats positifs sur 12 cas. Celle de 1900 comprend 45 malades dont 17 présentèrent le phénomène de la bactériurie typhoïdique. Sur ces 17 sujets, 6 avaient été examinés parce que leur urine avait des caractères particuliers, tandis que les autres avaient été choisis au hasard dans une salle de dothiénentériques. La statistique ainsi rectifiée donne un pourcentage conforme à celui de la moyenne générale.

Les recherches ultérieures n'ont plus été que confirmatives des travaux de M. Horton-Smith et de M. Besson.

C'est ainsi que M. Gwyn (7) signale 8 cas d'éberthurie. M. Schichhold (8) trouve cette même complication dans 5 cas sur 17, M. Neufeld (9) dans 3 cas sur 12, M. Vincent (10) dans 9 cas sur 46, M. Schüder (11) dans 5 cas sur 22. M. Kübler (12) et M. Büsing (13) ajoutent à cette liste, chacun de son côté, une observation personnelle.

Enfin, tout récemment, MM. Lesieur et Mahaud (1) obtiennent 7 résultats positifs sur 15 cas, et M. Herbert (2), dans une épidémie de fièvre typhoïde ayant éclaté à l'asile de Göppingen (Wurtemberg), constatait 18 cas de bactériurie spécifique sur 98 malades.

En établissant d'une part le total des cas examinés, d'autre part la somme des résultats positifs, quel que soit d'ailleurs l'auteur, on trouve 233 résultats positifs sur 724 faits, ce qui correspond à une proportion de 32 %. Il existerait donc de l'éberthurie dans près d'un tiers des cas de fièvre typhoïde. Si toutefois on ne tient compte que des statistiques publiées depuis 1897, il n'y aurait que 120 faits d'éberthurie pour 436 cas de dothiénentérie; la bactériurie typhoïdique surviendrait alors dans un peu plus *du quart* des cas : c'est le taux admis actuellement par la plupart des auteurs. Dans ces dernières années, en effet, le pourcentage des résultats positifs a en somme peu varié d'une statistique à l'autre et ne s'est guère écarté de la moyenne à laquelle nous sommes arrivé. On ne peut citer comme exception que les chiffres de M. Petruschky d'une part, ceux de MM. Levy et Gissler et de MM. Lesieur et Mahaut d'autre part : le premier donne un pourcentage de 6 %, les derniers de 45 %.

II

Il est fort possible que la constance de ces résultats provienne en partie de ce qu'on a pu tenir compte de certaines notions acquises pendant la période précédente. Les bacilles d'Eberth, en effet, dans les cas où l'urine en renferme, ne s'y rencontrent pas pendant toute la durée de la maladie : ils n'y apparaissent qu'au deuxième septénaire au plus tôt; M. Horton-Smith (1899) ne les a même jamais constatés avant le quinzième jour. La majorité des résultats positifs ont été obtenus pendant le troisième septénaire, ainsi que le signalait déjà M. Koniaïev. Cependant les auteurs les plus récents tendent plutôt à avancer la date d'apparition de la bactériurie : M. Vincent lui assigne la période qui va du onzième au dix-septième jour. Elle pourrait même être plus précoce encore : MM. Lesieur et Mahaut en auraient observé 2 cas authentiques dès le dixième jour (obs. III et IV). Quant à l'opinion de M. Karlinski, d'après laquelle le bacille d'Eberth pourrait souvent être décelé dans l'urine le troisième jour de la maladie, elle n'a pas rallié beaucoup de suffrages. Nous avons vu que le colibacille était une source fréquente d'erreurs, et l'on peut se demander si la recherche du bacille spécifique a toujours été faite avec assez de circonspection.

D'autre part, le bacille d'Eberth peut n'apparaître qu'à une époque beaucoup plus tardive. M. Petruschky relate un cas (obs. II) où la bactériurie débuta dix jours après que le malade fut entré en convalescence et persista quatre semaines. Dans la troisième observation du même auteur, il est question d'un patient chez lequel, en l'absence de toute cystite ou albuminurie, le germe typhoïdique apparut dans l'urine six jours après la défervescence complète. M. Horton-Smith a vu la bactériurie débuter le quatorzième jour seulement qui suivit le retour de la température à la normale, et M. Schüder a constaté son apparition le vingt-quatrième jour de la convalescence.

III

Ce fait montre bien tout l'intérêt qu'il y a à savoir si l'urine d'un sujet atteint de fièvre typhoïde, ou dans la convalescence de cette affection, renferme le germe spécifique de la maladie, constituant ainsi pour l'entourage un danger constant d'infection. Or, la plupart du temps, le bacille d'Eberth ne révèle sa présence dans l'urine par aucun signe extérieur. Seule, l'analyse bactériologique permet de reconnaître l'existence de la bactériurie.

Il y a des cas cependant où, sans qu'il se manifeste aucun phénomène anormal du côté de la miction, d'un jour à l'autre, on voit l'urine devenir louche, puis se troubler franchement sans que par la filtration on parvienne à la clarifier. Dans ces cas, l'urine présente très souvent une sorte de reflet dichroïque, et lorsqu'on agite un tube qui en contient, on y constate des ondes moirées caractéristiques : on doit alors songer à la possibilité d'une bactériurie, car le trouble de l'urine, visible à l'œil nu, est dû à une sorte de décharge bactérienne, le sédiment étant exclusivement composé de bacilles typhiques éliminés en masses énormes. M. Petruschky, qui dans un cas eut l'idée de compter le nombre des bacilles, en trouva 172 millions par centimètre cube, et M. Gwyn parle même de 500 millions : il s'agit alors de véritables cultures pures; parfois il y a une pyurie concomitante. L'apparition de cette décharge éberthique peut coïncider avec le début de la bactériurie; M. Neufeld a noté le fait dans 3 cas qu'il a eu l'occasion d'observer. D'une façon générale, la teneur de l'urine typhoïdique en microbes spécifiques est très variable. Chez un même malade, elle peut offrir certaines différences d'un examen à l'autre, et il faut parfois ensemencer une grande quantité d'urine pour obtenir la fécondation des milieux, alors que dans une analyse antérieure une quantité beaucoup moindre avait donné un résultat positif.

Quant à la fréquence de cette décharge bactérienne, elle est assez variable. M. Horton-Smith, qui l'avait d'abord évaluée à 5 % des faits seulement, a ultérieurement examiné 14 cas de bactériurie à ce point de vue et a constaté un trouble visible à l'œil nu dans 12 d'entre eux. Il est donc possible que le phénomène paraisse d'autant plus commun qu'on le recherche avec plus de soin.

M. Neumann avait pensé que la bactériurie typhoïdique coïncidait toujours avec une grande abondance des taches rosées lenticulaires. Une pareille constatation eût été d'un grand secours pour mettre le clinicien sur la piste de la bactériurie. Toutefois les observations recueillies par les auteurs qui étudièrent ultérieurement la question n'ont pas été favorables à cette manière de voir.

Au contraire, l'albuminurie (1) paraît créer une présomption en faveur de la présence de bacilles spécifiques dans l'urine. Il semble, en effet, que, dans bon nombre de cas de bactériurie, il existe une néphrite concomitante.

D'aucuns ont même avancé qu'il y avait toujours albuminurie lorsqu'on trouvait le bacille d'Eberth dans les urines. Cette opinion avait déjà été défendue par M. Seitz. Plus tard, M. Besson conclut de ses recherches consciencieuses que le bacille d'Eberth apparaît dans l'urine uniquement lorsque celle-ci contient de l'albumine et qu'il en disparaît en même temps que cette albumine. Pour cet auteur, l'élimination du bacille par le rein serait liée à la production d'une albuminurie intense; elle serait même d'autant plus fréquente que la néphrite est plus grave. C'est là, en effet, l'enseignement qu'il paraît logique de tirer des études de M. Besson : alors que son pourcentage global de résultats positifs n'est que de 18 %, il a rencontré le bacille d'Eberth dans 40 % des urines contenant de l'albumine en quantité égale ou

(1) A. Besson. Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde. (*Rev. de méd.*, juin 1897.)

(2) J. Levy et Gissler. Untersuchungen über Typhusserum : Serodiagnostische Erfahrungen aus der Pforzheimer Typhusepidemie. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 et 21 déc. 1897, p. 1475 et 1476.)

(3) J. Petruschky. Ueber Massenausscheidung von Typhusbacillen durch den Urin von Typhus-Reconvalescenten und die epidemiologische Bedeutung dieser Thatsache. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 12 avril 1898.)

(4) Richardson. Presence of the typhoid bacillus in the urine. (*Journ. of Experim. Med.*, mai 1898 — analysé par H. Vincent *in Rev. des sciences méd.*, 1898, LII, p. 442 — et janv. 1899.)

(5) P. Horton-Smith. On the respective parts taken by the urine and the fæces in the dissemination of typhoid fever. (*Lancet*, 20 mai 1899.)

(6) P. Horton-Smith. On the typhoid bacillus and typhoid fever. (*Lancet*, 24 et 31 mars et 14 avril 1900.)

(7) N. B. Gwyn. The presence of typhoid bacilli in the urine of typhoid fever patients. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juin 1899.)

(8) P. Schichhold. Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen im Harn. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1899, LXIV, p. 505.)

(9) F. Neufeld. Ueber Bakterien bei Typhus und ihre praktische Bedeutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 déc. 1900.)

(10) H. Vincent. Complication rare de la fièvre typhoïde : 2 cas de cystite hémorrhagique due au bacille d'Eberth. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 9 mars 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 85.) — Sur la présence du bacille d'Eberth dans l'urine des typhoïdiques, pendant et après leur maladie. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 14 mars 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 88.)

(11) Schüder. Zur Ausscheidung der Typhusbazillen durch den Harn. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 oct. 1901.)

(12) Kübler. Zur Diagnose des Unterleibstyphus durch bakteriologische Urinuntersuchung. (*Deutsche militärärztliche Zeitsch.*, 1900, p. 261.)

(13) Büsing. Ein Fall von langdauernder Ausscheidung von Typhusbazillen mit dem Urin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juin 1902.)

(1) Ch. Lesieur. Sur la présence du bacille d'Eberth dans l'urine des typhiques. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, déc. 1903.)

(2) Herbert. Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen in den Fäzes und dem Urin von Typhusrekonvaleszenten. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars 1904.)

(1) Il ne peut s'agir là que d'une albuminurie assez abondante pour être appréciable et mensurable en clinique. On sait qu'il existe *toujours* dans la dothiénentérie un certain degré d'irritation du rein, néphrite toxique qui se traduit par l'apparition de traces d'albumine dans les urines.

supérieure à 1 gramme par litre. Remarquons toutefois que, dans l'une de ses observations, cet auteur signale la présence du bacille dans une urine ne contenant que des traces d'albumine.

M. Schichhold, qui deux ans après M. Besson publia les recherches qu'il avait entreprises à l'instigation de M. le professeur Curschmann, estime lui aussi que le bacille d'Eberth n'apparaît dans l'urine que lorsqu'il y a néphrite.

Cependant M. Neumann avait déjà apporté certaines restrictions à une façon de voir aussi exclusive. Tout en déclarant que le filtre rénal ne laissait pas passer les microbes lorsqu'il était intact, cet auteur insiste sur ce fait que, dans les cas nombreux qu'il a eu l'occasion d'observer, l'albuminurie fut beaucoup moins fréquente que la bactériurie. Pour lui, il y aurait simplement lieu d'admettre des lésions parcellaires de l'organe, n'équivalant nullement à une néphrite aiguë.

Les travaux les plus récents tendent tous à corroborer le bien fondé des vues émises à cet égard par M. Neumann. C'est ainsi que tout en admettant la possibilité de voir la bactériurie associée à l'albuminurie, M. Richardson, M. Horton-Smith, M. Blumer constatent que l'albuminurie n'est pas plus fréquente dans les cas d'éberthurie que dans ceux qui ne sont pas compliqués d'une élimination du germe spécifique par les urines. M. Neufeld, M. Vincent, MM. Lesieur et Mahaut n'admettent pas non plus que la néphrite soit une condition nécessaire à la bactériurie.

En tout cas, des faits comme la première observation de M. Petruschky, où la bactériurie fit son apparition à la suite d'une hématurie d'origine rénale, montrent bien l'importance de la lésion du rein. L'hypothèse d'une néphrite même parcellaire donnerait une explication fort plausible de l'élimination du bacille d'Eberth par l'urine. Le rein, devenu perméable aux microbes à la faveur d'une néphrite, spécifique ou banale, laisserait pénétrer dans l'urine les bacilles circulant dans le sang ou accumulés dans des foyers de néphrite. Cependant, il existe certains cas paraissant bien observés et où il n'a pas été possible de trouver un indice en faveur de l'existence d'une néphrite. Telle est l'observation déjà citée de M. Petruschky (obs. III). Tel est encore un cas de M. Vincent, où l'urine ne renfermait pas d'albumine et où l'examen du dépôt de l'urine centrifugée ne montra aucun élément histologique anormal, notamment aucun cylindre.

Quoi qu'il en soit, il ne semble pas possible d'expliquer la présence du bacille d'Eberth dans l'urine au cours de la fièvre typhoïde sans admettre le passage du microbe à travers le rein. Il est possible que la néphrite toxique, dont on connaît aujourd'hui l'existence constante dans le cours de la fièvre typhoïde, crée des conditions suffisantes pour expliquer la perméabilité du filtre rénal aux bactéries.

D'ailleurs, il resterait à établir si la présence du bacille d'Eberth dans l'urine, notamment dans les cas où il s'agit d'une véritable décharge bacillaire, ne résulte pas purement et simplement de la végétation du microorganisme dans la cavité vésicale. On sait que si, dans certains cas, ce microbe produit une cystite aiguë (Melchior, Houston, H. A. Kelly et Th. R. Brown, H. Curschmann, Vincent, Léopold Lévi et Lemierre, Horton-Smith), le plus souvent il ne détermine aucune réaction. Qu'après effraction de la barrière rénale, quelques bacilles pénètrent dans les voies d'excrétion de l'urine et parviennent dans la vessie : là, ils peuvent se maintenir et végéter, l'urine leur offrant un bouillon de culture régulièrement renouvelé, restant à une température et dans des conditions d'anaérobiose relative des plus favorables à leur conservation, pendant des semaines et des mois.

Si l'on accepte comme valables l'observation de cystite éberthienne publiée par M. Houston (1) et l'interprétation qu'en fournit cet auteur, le bacille d'Eberth pourrait même subsister ainsi jusqu'à trois années dans la vessie — en quelque sorte à l'état latent — avant de donner naissance à des phénomènes infectieux. Les renseignements cliniques fournis par M. Houston ne paraissent toutefois pas suffisants pour entraîner la conviction.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de ce cas particulier, il importe de signaler qu'à la suite de lavages antiseptiques de la vessie, plusieurs auteurs (Gwyn, Richardson, Horton-Smith, Vincent) ont obtenu la disparition des bacilles de l'urine typhoïdique. Ce sont là des faits qui viennent *a posteriori* apporter des arguments appréciables en faveur de l'origine vésicale et non rénale de la bactériurie des dothiénentériques.

Cette hypothèse a déjà été proposée par M. Neumann. A son tour, M. Horton-Smith l'a faite sienne par les raisons qu'il a fournies pour en démontrer le bien-fondé. Enfin M. Vincent l'a récemment reprise, en montrant notamment que cette interprétation était seule acceptable en ce qui concerne les faits si nombreux de bactériurie de la convalescence.

IV

Tous les auteurs sont d'accord pour constater que la bactériurie éberthienne n'influe en aucune façon sur l'évolution des cas de fièvre typhoïde au cours desquels elle se déclare. Elle peut d'autre part survenir dans une dothiénentérie bénigne et ne constitue nullement un élément de gravité. On ne saurait donc en tirer aucune déduction au point de vue du pronostic.

Elle est, au contraire, de la plus haute importance en ce qui concerne la dissémination de la fièvre typhoïde. On peut même se demander quelle excrétion est le plus dangereuse, des déjections ou de l'urine. On sait, en effet, que les fèces perdent leur virulence avant la défervescence, souvent dès le deuxième septénaire. En outre, les germes que renferment les déjections sont relativement peu nombreux, ainsi qu'en témoigne la difficulté que l'on éprouve à en déceler la présence. Au contraire, les urines typhoïdiques deviennent virulentes vers la fin de la maladie, souvent après l'apyrexie complète. Presque toujours, elles persistent plus ou moins longtemps dans cet état après la défervescence. La durée de la bactériurie de la convalescence est d'ailleurs extrêmement variable. En général, il n'existe plus de bacille d'Eberth dans l'urine lorsque l'apyrexie définitive est établie depuis un mois, les microbes ayant à ce moment disparu spontanément de l'urine. Cependant cette limite, acceptable pour la majorité des cas, est loin d'être exacte dans tous : M. Petruschky, M. Herbert, par exemple, ont vu l'élimination de l'agent spécifique continuer six semaines après la guérison. Dans l'observation relatée par M. Büsing, le patient avait repris tout l'aspect d'un sujet vigoureux et bien portant et rien ne faisait soupçonner l'infectiosité de son urine, qui fut constatée six mois après guérison. Dans le fait publié par M. Houston, la bactériurie existait depuis trois ans à l'état latent lorsqu'elle donna lieu à des phénomènes de cystite; dans le cas de M. Gwyn, il est question de cinq ans. Il en résulte donc que les *convalescents* de fièvre typhoïde peuvent être dangereux, et cela pendant assez longtemps.

Les masses véritablement énormes de bacilles d'Eberth que contient parfois l'urine typhoïdique contribuent également à faciliter la propagation de la maladie. Il faut enfin tenir compte que les souillures provenant de l'urine sont moins apparentes que celles qui sont dues à des matières fécales. De pareilles constatations peuvent donner la clef de bien des infections dont l'origine est restée ignorée. Tels, par exemple, les cas où, faute de mieux, on a invoqué la transmission du germe typhoïdique par l'intermédiaire de l'atmosphère ou même par contagion directe, comme dans l'épidémie que M. Antoniu (1) a relatée dans ce journal il y a quelques années. Il y a lieu de noter aussi que, vu la fréquence des décharges bacillaires, la transmission de la fièvre typhoïde par suite de la contamination des fleuves et cours d'eau s'explique d'une façon beaucoup plus satisfaisante que si l'on invoque simplement l'infectiosité — toujours bien moins intense et moins prolongée — des matières fécales.

La prophylaxie découle naturellement des notions d'étiologie sur lesquelles nous avons insisté au cours de cet article. Elle vise les mesures à prendre auprès des typhoïdiques pour empêcher la contagion et la propagation de la maladie par l'intermédiaire des urines. La désinfection des selles est depuis longtemps une règle absolue : celle des urines doit être non moins rigoureusement pratiquée. On sait que la miction est fréquente chez les dothiénentériques pendant le bain; l'eau des baignoires peut donc être dangereuse et il faudra veiller à sa désinfection. On réalisera celle-ci à l'aide d'un antiseptique énergique, tel que le sulfate de cuivre que propose M. Brunschwig (2), ou le bichlorure de mercure que préconise M. Richardson et dont, d'après M. Schumburg (3), les règlements prescrivent l'emploi dans les hôpitaux militaires allemands.

Quant au traitement de la bactériurie ellemême, il y aura lieu d'essayer les injections vésicales antiseptiques, par exemple avec du permanganate de potasse, qui — nous l'avons vu — ont amené dans certains cas la guérison presque immédiate de la bactériurie typhoïdique.

Dr Francis Munch (de Paris).

(1) Th. Houston. On a case of cystitis of three years' duration due to the typhoid bacillus. (*Brit. Med. Journ.*, 14 janv. 1899.)

(1) J. Antoniu. Sur la contagion directe de la fièvre typhoïde. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 14.)

(2) Ch. Brunschwig. La bactériurie typhique. (*Rev. méd. de la Franche-Comté*, mars 1904.)

(3) Schumburg. Zur Desinfecktion des Harns bei Typhusbakteriurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 fév. 1901.)

TRENTE-TROISIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 6 au 9 avril 1904.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Le traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

M. Kümmell (de Hambourg). — Depuis qu'il est démontré que, contrairement à la théorie émise par M. Guyon, c'est dans le rein que se fait la localisation primitive de la tuberculose de l'appareil urinaire, nous avons pu réaliser des progrès notables dans le traitement chirurgical de cette affection, en pratiquant l'ablation de la glande rénale dès que le diagnostic est posé : le traitement chirurgical de la tuberculose vésicale est absolument inutile sans l'extirpation du rein malade, qui a pour effet de supprimer le foyer primitif et de mettre fin à la contamination incessante de la vessie.

Sur mes 260 interventions de chirurgie rénale, je compte 48 opérations pour tuberculose du rein : 6 fois, l'intervention fut précoce (il s'agissait de sujets ne présentant encore aucun symptôme subjectif et chez lesquels l'examen de l'urine seul nous a permis de faire le diagnostic); dans les autres cas, les lésions étaient plus avancées. J'ai pu reconnaître, comme d'autres chirurgiens, la prédilection marquée de l'affection pour le sexe féminin (33 cas sur 48).

Pour ce qui est du diagnostic, j'estime qu'il est indispensable de s'assurer de la nature tuberculeuse de l'affection rénale en constatant

directement la présence du bacille de Koch, ce qui est généralement possible, à condition que l'on prenne pour cet examen le sédiment d'une quantité suffisante d'urine.

Quant au diagnostic du côté malade et à l'appréciation de l'état fonctionnel du côté opposé, il convient de mettre à profit tous les moyens de diagnostic dont on dispose actuellement, notamment le cathétérisme des uretères. Le procédé basé sur l'injection de carmin d'indigo, récemment préconisé par M. Völker, ne saurait remplacer, contrairement à ce que croit cet auteur, le cathétérisme urétéral, mais il constitue parfois un adjuvant précieux.

Sur les 48 interventions que j'ai pratiquées, 5 concernaient des cas de tuberculose bilatérale, ne laissant d'autre ressource que la néphrotomie. Tous les autres patients furent soumis à la néphrectomie; 5 d'entre eux, atteints de tuberculose rénale avancée, succombèrent peu après l'opération; 4 ont été complètement perdus de vue; 2 autres ont été observés pendant quatre ans, mais je n'ai pu avoir de renseignements ultérieurs sur eux; 32 enfin sont encore vivants à l'heure actuelle; ils ont été suivis pendant un laps de temps assez considérable (jusqu'à quinze ans pour certains). Ces résultats m'autorisent à considérer la néphrectomie précoce comme le traitement de choix de la tuberculose rénale.

M. Krönlein (de Zurich). — J'ai observé jusqu'à présent 51 cas de tuberculose rénale, représentant 30 % environ des affections du rein traitées dans ma clinique. Le sexe féminin offre, dans ma statistique, une prépondérance plus grande encore que dans celle de M. Kümmell, car il a fourni 38 cas contre 13 relatifs à des sujets du sexe masculin. J'estime qu'il s'agit là non pas d'une prédisposition générale inhérente au sexe, mais de conditions purement locales, relevant des cystites et des pyélites fréquentes au cours de la grossesse et de l'état puerpéral, ainsi que de la rétention passagère d'urine survenant dans ces mêmes circonstances; l'ensemble de ces facteurs crée chez la femme une résistance moindre du tissu rénal. Pour ce qui est de l'âge, la plupart de mes opérés avaient de vingt à quarante ans.

Relativement à la localisation de la tuberculose, les lésions étaient unilatérales dans 92 % des cas et bilatérales dans 8 %, autant du moins que l'examen clinique m'a permis d'en juger. Les deux côtés sont atteints avec une fréquence à peu près égale.

J'ai pratiqué, sur ces 51 patients, 39 interventions, à savoir 5 néphrotomies ou incisions d'abcès périnéphrétiques et 34 néphrectomies.

En ce qui concerne les résultats éloignés, j'ai été à même de suivre jusqu'à ce jour tous ceux de mes malades qui ont survécu et — sauf pour un — de pratiquer l'autopsie de tous ceux qui ont succombé, soit à la suite de l'opération, soit ultérieurement. Je diviserai l'ensemble de mes observations de néphrectomie en deux groupes, dont l'un, comprenant 12 faits, a trait à la tuberculose isolée d'un seul rein, tandis que, dans l'autre, la tuberculose rénale était associée à des affections tuberculeuses de divers organes; cette dernière catégorie comprend 22 observations: il y avait tuberculose pulmonaire dans 16 cas, tuberculose osseuse dans 9, tuberculose de la vessie dans 12 et tuberculose des organes génitaux dans 4. L'examen détaillé de ces derniers faits m'a permis de constater que la tuberculose rénale ne saurait être considérée en aucun cas comme la conséquence de la tuberculose génitale. J'estime au contraire, avec M. Kümmell, qu'il n'existe pas de tuberculose rénale ascendante et que la tuberculose du rein est toujours d'origine hématogène.

Pour ce qui est enfin des résultats, 10 de mes malades néphrectomisés ont succombé, dont 2 peu après l'opération, mais de complications indépendantes de celle-ci; 6 fois la mort est survenue dans l'espace des neuf premiers mois, 2 fois enfin au bout de six et dix ans, à la suite de tuberculose pulmonaire et de tuberculose du rein opposé. Je n'ai donc perdu aucun malade par urémie post-opératoire. Les 24 survivants, observés en partie depuis nombre d'années — dont un depuis quatorze ans —, jouissent d'un état de santé parfait. Je pense donc que la tuberculose rénale doit entrer de plus en plus dans le domaine de la chirurgie, et que la néphrectomie constitue une intervention des plus utiles.

M. Küster (de Marbourg). — Je désire insister sur l'importance de la mise à nu du second rein dans les cas douteux. Cette intervention sur l'autre rein peut d'ailleurs être d'une certaine utilité en permettant de pratiquer la néphropexie dans des cas de néphroptose; il convient en effet de mettre le rein conservé dans les conditions les plus favorables à son fonctionnement.

En ce qui concerne le traitement de l'uretère dans la néphrectomie pour tuberculose, je ne suis pas partisan de la cautérisation préconisée par M. Kümmell, étant donné que la tuberculose urétérale guérit spontanément dans la règle, une fois le rein enlevé.

M. Steinthal (de Stuttgart). — Me basant sur un fait où j'ai vu, à la suite d'une néphrectomie pour tuberculose rénale légère, une tuberculose rénale se développer au bout de cinq ans du côté opposé, je crois qu'il faut réserver la néphrectomie aux cas où existent des lésions rénales déjà avancées. Cette réserve me paraît d'autant plus justifiée que M. Krönlein, tout en ayant pratiqué rarement des interventions précoces, a cependant pu enregistrer des résultats très satisfaisants.

De la décortication rénale dans le traitement de la néphrite.

M. Rosenstein (de Berlin). — Je puis vous communiquer les résultats obtenus par la décortication rénale selon le procédé d'Edebohls dans le service de M. Israel. Notre expérience porte sur 6 observations; un des patients succomba peu après l'opération; l'état du second empira progressivement; dans 2 autres cas, l'intervention n'eut aucune influence favorable; 2 fois enfin, on nota une certaine amélioration. Ces chiffres sont peu encourageants; ils ne correspondent pas aux résultats beaucoup plus heureux obtenus par l'auteur de la méthode, lequel, dans sa dernière statistique, indique 18 % de guérisons durables et 43 % d'améliorations. Mais je crois que les malades opérés par M. Edebohls étaient loin de présenter tous une néphrite proprement dite; il s'agissait sans doute, chez certains d'entre eux, de troubles rénaux relevant de la néphroptose ou encore de la « néphrite unilatérale », affection qui ne saurait être assimilée à la néphrite vraie. Déduction faite de ces cas, la statistique de M. Edebohls renferme 23 faits avec 6 décès, 8 résultats nuls et 9 améliorations; toutefois M. Edebohls ne donne aucun détail précis sur ce qu'il entend par « amélioration » et, à en juger par les observations, il semble que ces malades prétendus améliorés continuent à offrir des symptômes d'insuffisance rénale.

Au total, je crois que l'opération d'Edebohls n'est pas exempte de dangers et qu'elle n'a guéri jusqu'à présent aucun cas de néphrite proprement dite; elle peut cependant amener parfois une certaine amélioration subjective et objective.

M. Zondek (de Berlin). — J'ai fait des expériences sur des lapins, concernant l'opération d'Edebohls. J'ai pu constater que cette intervention provoque des hémorragies et des lésions de nécrose superficielle au niveau de la couche corticale du rein, ainsi que la suppression, au moins temporaire, des vaisseaux reliant la capsule fibreuse au parenchyme rénal. Ces vaisseaux constituant probablement un appareil régulateur de la vascularisation rénale, je crois que le procédé d'Edebohls n'est pas sans offrir des inconvénients sérieux, vu qu'il prive l'organe, ne fût-ce que pour un temps, de cette circulation supplémentaire.

M. Bakes (de Trebitsch). — Après la décortication du rein, il est utile, pour placer cet organe dans un milieu plus propice à la formation d'une circulation supplémentaire, soit de le luxer dans la cavité abdominale, soit, lorsque l'épiploon est suffisamment développé, de l'entourer de ce dernier. J'ai eu recours à ce moyen dans un cas de néphrite parenchymateuse et j'ai pu m'assurer que son exécution ne présente pas de difficultés techniques particulières; malheureusement, le malade succomba à une pneumonie au bout de trois jours.

M. Stern (de Dusseldorf). — J'ai fait, sur la décortication du rein, des expériences qui m'ont amené à des conclusions analogues à celles de M. Zondek; aussi n'insisterai-je pas sur ce sujet.

Chez l'homme, j'ai pratiqué 3 fois cette opération et j'ai pu enregistrer tout au plus une amélioration passagère, mais dans aucun cas je n'ai obtenu la guérison. Tous mes malades ont succombé quelque temps après aux progrès de leur affection rénale.

M. Riedel. — Je puis vous citer le cas d'un jeune homme atteint de néphrite, auquel j'ai fait, sur sa demande expresse, la décortication de l'un des reins. Je n'ai pu constater, à la suite de cette intervention, aucun changement objectif; le malade prétend ressentir quelque amélioration, qu'il faut, je crois, attribuer exclusivement à l'auto-suggestion.

M. Kümmell. — J'ai pratiqué l'opération d'Edebohls dans un certain nombre de cas, avec des résultats en général peu encourageants; il est vrai que plusieurs de mes interventions sont encore trop récentes pour qu'il me soit possible de conclure. En tout cas, l'examen minutieux pratiqué avant l'intervention me permet d'affirmer qu'il s'agissait toujours, chez mes malades, de vraies néphrites chroniques bilatérales.

De l'augmentation artificielle de la résistance du péritoine à l'infection d'origine stomacale ou intestinale.

M. von Mikulicz. — Les interventions sur le tube digestif se distinguent des autres opérations aseptiques par cette circonstance que, en dépit de tous les perfectionnements du manuel opératoire, on agit toujours dans un milieu renfermant en abondance des germes infectieux. Je me suis efforcé de remédier à cet inconvénient, dans la mesure des moyens dont nous disposons actuellement.

On est tenté tout d'abord, pour atteindre ce but, de chercher à réaliser une désinfection plus complète du tube digestif. Mais la nécessité où l'on est souvent d'opérer d'urgence des malades n'ayant subi aucun traitement préparatoire, ne permet pas de résoudre ainsi le problème. L'immunisation préalable contre le streptocoque et le colibacille, à l'aide de la sérothérapie, n'est pas pratiquement réalisable, en raison de la multiplicité des espèces streptococciques et colibacillaires habitant le tube digestif. Reste donc l'augmentation de la résistance de l'organisme en général par la production d'une hyperleucocytose.

Les expériences que j'ai fait instituer à cet effet m'ont permis de reconnaître que le moyen le plus sûr d'accroître la leucocytose est fourni par l'injection sous-cutanée d'acide nucléinique: M. Flügge avait en effet constaté que des lapins traités de la sorte supportent sans inconvénient des doses de colibacilles sûrement mortelles pour les animaux témoins. J'ai commencé alors à employer ce procédé chez l'homme, en injectant, douze heures avant l'opération, 50 c.c. d'une solution d'acide nucléinique à 2 % dans le tissu sous-cutané de la région thoracique. Cette injection produit une légère réaction locale, d'ailleurs passagère, et une élévation de la température qui ne dépasse pas 38°, mais elle n'occasionne aucun symptôme général quelque peu inquiétant : j'ai pu noter une seule fois un petit frisson passager; les urines ne présentent aucune altération. Cette injection est suivie, au bout d'une heure ou deux, d'une diminution du nombre des leucocytes, puis d'une hyperleucocytose allant jusqu'à 24,000 leucocytes par millimètre cube et atteignant son maximum au bout de douze heures environ.

Il s'agissait, dans les 34 cas où j'ai fait des injections d'acide nucléinique, d'interventions sur le tube digestif, susceptibles d'amener une contamination du péritoine : je vous citerai entre autres 7 résections de l'estomac, 15 gastro-entérostomies et entéro-anastomoses, etc.; 2 de mes malades ont succombé, l'un à une pneumonie, l'autre à une perforation intestinale survenue ultérieurement; aucun n'est mort de péritonite post-opératoire.

Je suis loin de voir dans ces résultats une preuve absolument concluante en faveur de ce procédé; j'ai cependant eu l'impression que l'évolution post-opératoire a été dans ces 34 cas plus favorable que d'habitude. Je crois donc que l'hyperleucocytose artificielle est d'une certaine utilité, mais il faudra encore de très nombreuses observations pour contrôler la valeur des injections en question. J'ajouterai que, à l'hyperleu-

cocytose générale ainsi produite, j'associe l'hyperleucocytose locale du péritoine, obtenue à l'aide d'un lavage abondant de la cavité abdominale avec la solution salée physiologique.

M. Kader (de Cracovie). — Je tiens à rappeler les expériences de laboratoire, faites sous ma direction par M. Majewski, il y a deux ans et demi, et qui avaient pour but de produire l'immunisation préalable contre des streptocoques très virulents, à l'aide d'injections de bouillons de culture, et de déterminer ainsi une phagocytose avant les opérations abdominales. Nous avons constaté qu'il est possible d'obtenir de la sorte une première augmentation du nombre des leucocytes dix heures après l'injection préventive, puis une nouvelle poussée leucocytaire au bout de vingt-quatre à trente heures. Je fais actuellement, avec la collaboration de M. Bujwid, des recherches tendant à préparer un sérum également efficace contre le colibacille.

Recherches cliniques et expérimentales sur la virulence du contenu intestinal à l'égard du péritoine.

M. Brunner (de Münsterlingen). — J'ai institué de nombreuses expériences comparatives pour examiner la virulence du contenu des différentes parties de l'intestin, et j'ai étudié au même point de vue 8 cas de péritonite par perforation de l'intestin grêle ou de l'appendice. Il s'agit là de faits extrêmement complexes, dans lesquels il faut tenir compte de facteurs très variés.

Je ne ferai que rappeler le fait — connu déjà des anciens chirurgiens — que les perforations de l'intestin grêle sont particulièrement graves, en raison de l'état liquide du contenu, qui permet une diffusion plus rapide des matières fécales dans la cavité abdominale. Par contre, dans les perforations du gros intestin, il faut tenir compte de la lésion mécanique du péritoine par des matières plus consistantes, lésion qui favorise l'action des microorganismes. Je signalerai d'autre part, comme moyen de défense, la contracture de l'intestin lors d'une perforation, ainsi que la défense musculaire de la paroi abdominale.

Quant aux différences qualitatives de virulence du contenu intestinal à l'égard du péritoine, j'ai pu constater que les matières provenant de n'importe quelle partie de l'intestin grêle, introduites dans la cavité péritonéale du lapin, sont régulièrement mortelles à la dose de 1 c.c., tandis que, d'après des expériences dont je vous ai communiqué les résultats il y a deux ans (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 130), le contenu stomacal présentant son acidité normale est toléré jusqu'à la dose de 20 c.c. Le contenu intestinal se comporte à l'égard du lapin comme le contenu stomacal dépourvu d'acide chlorhydrique.

En ce qui concerne la nocivité des matières intestinales dans les cas d'ulcérations typhoïdiques ou tuberculeuses, le problème se complique encore par l'intervention des microorganismes pullulant à la surface de ces ulcérations. Quant au contenu intestinal puisé en amont d'un obstacle, il est quelque peu moins virulent à l'égard du lapin que le contenu intestinal normal, ce qui paraît aller à l'encontre de l'expérience clinique. La gravité incontestable de la perforation par obstruction intestinale s'explique, à mon avis, par le fait que, en pareil cas, le contenu de l'intestin en deçà de l'obstacle est très abondant, très liquide et qu'il est sous la pression des gaz intestinaux. Toute lésion de la paroi intestinale donnera donc issue à une quantité de matières fécales plus grande que lorsqu'il s'agit d'un intestin normal.

Pour ce qui est de la péritonite consécutive à l'appendicite, je ferai remarquer qu'elle se présente dans des conditions tout autres que la péritonite par perforation de l'intestin, étant donné qu'il s'agit généralement non pas de l'irruption de matières fécales dans la cavité abdominale, mais de la perforation d'un abcès appendiculaire ou péri-appendiculaire renfermant des microorganismes d'une virulence exagérée.

J'ajouterai enfin que la résistance individuelle joue un rôle considérable et que, pour cette raison, les péritonites survenant au cours de la fièvre typhoïde, chez des sujets affaiblis par leur maladie antérieure, offrent une gravité toute particulière.

Au point de vue thérapeutique, j'ai constaté que chez le lapin le lavage de la cavité péritonéale est sans effet. Chez l'homme, les résultats de l'expérience clinique démontrent que l'occlusion de la perforation et la toilette soigneuse du péritoine sont susceptibles de fournir de nombreux succès.

Du décubitus abdominal dans le traitement de la péritonite septique.

M. Küster recommande le décubitus abdominal pour faciliter le drainage dans les cas de péritonite septique. Il convient seulement que les incisions de la paroi n'aient pas été trop étendues, crainte de prolapsus intestinal; il est en outre de toute importance de faciliter la respiration du malade couché sur le ventre, en le soutenant convenablement à l'aide de coussins.

L'orateur dit avoir appliqué ce principe dans 6 cas de péritonite; 2 malades sont morts, il est vrai, mais par suite d'affections indépendantes de la péritonite. Il a eu l'impression d'une amélioration très rapide aussitôt après avoir ordonné le décubitus abdominal; celui-ci est supporté très facilement par certains patients qui y sont alors maintenus durant toute la journée, et ne sont replacés dans le décubitus dorsal que pendant la nuit; d'autres opérés, au contraire, ne tolèrent cette position que par intervalles.

De la thrombose des veines épiploïques et mésentériques pendant les interventions abdominales.

M. Payr (de Gratz) dit avoir vu survenir dans 7 cas des thromboses des veines épiploïques ou mésentériques, au cours d'interventions abdominales d'une certaine durée. Dans l'un de ces faits, il s'agissait d'une lésion traumatique; dans les autres, d'affections inflammatoires (appendicites, hernies étranglées et gangrenées). Comme traitement de la thrombose des veines épiploïques, l'orateur a pratiqué la résection immédiate de la partie de l'épiploon où siégeait la lésion. Quant à la thrombose des veines mésentériques, survenue deux fois après des résections de l'intestin pour hernies étranglées et gangrenées, elle a amené ultérieurement la mort des patients.

Du volvulus de l'estomac.

M. Moritz Borchardt (de Berlin) communique un cas de volvulus de l'estomac survenu chez un ouvrier après un effort musculaire combiné avec une pression intense exercée sur la région stomacale. L'orateur crut avoir affaire, lors de l'opération, à une thrombose des vaisseaux gastriques, l'estomac étant de coloration bleu noirâtre et présentant des hémorrhagies veineuses intarissables sur plusieurs points. L'opération fut terminée par le tamponnement, mais le malade succomba peu après. Ce n'est qu'à l'autopsie que le diagnostic de volvulus put être établi.

M. Borchardt décrit, en se basant sur les observations consignées dans la littérature médicale, le syndrome clinique de cette affection rare, caractérisée par les 3 symptômes cardinaux suivants : 1° impossibilité d'introduire une sonde œsophagienne dans l'estomac; 2° hoquet fréquent, sans éructations; 3° dilatation de l'estomac survenant très brusquement. Il distingue deux types différents de ce volvulus, suivant que le côlon transverse est compris ou non dans le mouvement de torsion. L'opération, exécutée dans les premières heures qui suivent l'établissement du volvulus, donne des résultats favorables.

Des rétrécissements simultanés du pylore et de l'intestin.

M. Payr relate 5 observations de rétrécissement simultané du pylore et de l'intestin. Ces faits sont relativement rares : l'orateur n'en a pu trouver qu'une trentaine dans la littérature médicale. Ses observations personnelles se rapportent à 3 cas de cancer simultané du pylore et du gros intestin, et à 2 cas de rétrécissement pylorique de nature inflammatoire avec adhérences et coudure de l'intestin grêle chez l'un des malades, du gros intestin chez l'autre. L'opération consista en général dans l'établissement d'une gastro-entérostomie, avec interventions variées sur l'intestin pour rétablir le passage des matières. Dans un cas, M. Payr se borna à une intervention sur l'intestin, le rétrécissement pylorique étant peu prononcé.

De l'iléus par adhérences au cours de l'appendicite.

M. Federmann (de Berlin). — Je puis vous communiquer 6 observations d'occlusion intestinale résultant d'adhérences et survenue de une à huit semaines après le début d'une appendicite qui avait été opérée dans 4 de ces cas. Cette complication est caractérisée par l'apparition, sans cause apparente, de vomissements et de contractions intestinales douloureuses, en l'absence de tout symptôme douloureux dans l'intervalle des paroxysmes; au début tout au moins, le pouls et la température n'offrent aucune modification. L'interruption du cours des matières et des gaz est un signe peu constant. Dans les cas où l'iléus n'est pas associé à un abcès, on ne constate pas d'élévation du taux des leucocytes, ce qui permet d'exclure l'hypothèse d'une complication inflammatoire.

Je suis intervenu dans 5 de ces cas, avec 2 décès et 3 guérisons; chez le sixième malade, l'apparition d'une fistule stercorale spontanée fit disparaître les symptômes d'occlusion. J'ai fait une fois l'opération en deux temps, le premier comprenant l'établissement d'une fistule intestinale, et le second la section de la bride et l'occlusion de la fistule.

Valeur de la réaction iodophile des leucocytes pour le diagnostic chirurgical.

M. Küttner (de Tubingue). — J'ai étudié, dans 470 cas d'affections inflammatoires de diverse nature, l'importance de la présence de glycogène — décelable par l'iode — dans les leucocytes, au point de vue du diagnostic chirurgical. J'ai pu constater que la réaction iodophile fournit la preuve de l'existence d'une affection inflammatoire, mais non point d'une suppuration. Je l'ai rencontrée dans tous les cas d'inflammation diagnostiquée par les moyens cliniques habituels, qu'il s'agit d'une simple lymphangite, d'une entérite ou d'une péritonite suppurée. L'iodophilie n'est par conséquent d'aucune utilité pour le diagnostic de la suppuration.

Par contre, elle constitue parfois le premier indice d'une complication inflammatoire post-opératoire : en son absence, on peut exclure avec certitude les complications de cette nature. Elle permet en outre d'établir, dans les affections tuberculeuses, s'il y a tuberculose pure ou infection mixte. Enfin, elle présente une certaine valeur au point de vue du pronostic, en ce sens que sa disparition est un indice favorable.

Malgré ces divers avantages, la réaction iodophile n'offre pas une importance suffisante pour entrer dans la pratique journalière du chirurgien, étant donné que le temps nécessaire pour la rechercher est hors de proportion avec les renseignements relativement peu précis qu'elle fournit.

De la résection de la vessie et des uretères dans des cas de cancer utérin étendu.

M. Mayer communique 10 cas de cancer utérin étendu, traités, dans le service de M. Depage, à Bruxelles, par la résection bilatérale des uretères et l'implantation de ces derniers dans la vessie. Cette implantation est exécutée par un procédé simple et rapide, consistant à introduire l'uretère à travers une boutonnière dans la cavité vésicale, puis à en fixer l'extrémité à la paroi de la vessie, à l'aide d'un point de suture, à 1 centim. 1/2 environ de la boutonnière. La portion de l'uretère confinant à cette dernière, en dehors de la vessie, est enfin recouverte de séreuse sur une longueur égale, à l'aide d'un surjet. Ce procédé permettrait, grâce à sa rapidité, d'étendre les indications opératoires pour la cure radicale du cancer utérin. Dans un cas, M. Depage s'est servi d'un procédé analogue pour aboucher l'uretère à l'intestin.

Des tumeurs vésicales chez les ouvriers des fabriques d'aniline.

M. Rehn relate 19 nouvelles observations de tumeurs vésicales chez des ouvriers travaillant dans des fabriques d'aniline (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 194), d'où il conclut à une in-

fluence fâcheuse de l'aniline et de certaines substances chimiques analogues sur la muqueuse vésicale.

Dans 5 de ces cas, il s'agissait de papillomes — un de ces malades a guéri radicalement après opération, tandis que chez 2 autres la tumeur a fini par se cancériser —, 3 fois de sarcomes et, dans tous les autres faits, de cancers. Le pronostic paraît d'autant plus mauvais que ces tumeurs sont généralement multiples. Le nombre des cas de ce genre terminés par la mort est actuellement, à la connaissance de M. Rehn, de 12.

Diverticules congénitaux de la vessie et vessie double.

M. E. Pagenstecher (de Wiesbaden) relate une observation personnelle de diverticule vésical congénital et signale les différentes formes de cette affection observées jusqu'à ce jour. Il s'agit tantôt d'une vessie en bissac, tantôt d'un dédoublement complet de la vessie, affection combinée d'ordinaire avec d'autres malformations incompatibles avec la vie, tantôt enfin d'un cloisonnement de la vessie, dont tous les degrés peuvent être constatés. C'est seulement dans les cas de cette dernière catégorie qu'une intervention chirurgicale est parfois nécessaire; il importe de se souvenir, si l'on opère, que la cloison renferme souvent l'un des uretères.

Le traitement chirurgical consiste soit dans la destruction de la cloison, soit dans l'extirpation du diverticule. C'est à ce dernier procédé que M. Pagenstecher a eu recours; il l'a exécuté non par la taille hypogastrique, comme d'autres chirurgiens l'ont fait, mais par la voie sacrée, qui lui a donné un jour très suffisant.

M. von Eiselsberg communique un cas de diverticule implanté dans la partie intrapéritonéale de la vessie, dont l'existence put être établie par l'examen cystoscopique. L'ablation du diverticule, au moyen d'une laparotomie, fut suivie d'une guérison complète.

Du traitement des hernies très volumineuses.

M. Madelung. — Il existe une catégorie de hernies, dans lesquelles toute tentative de réduction est inutile, tant en raison de la « perte de domicile » de l'intestin, qu'à cause de l'existence de nombreuses adhérences. Il ne s'agit pas toujours dans ces cas de sujets âgés, mais souvent d'individus dans la force de l'âge, qui deviennent, par suite de cette infirmité, incapables de travailler. Je ne pense pas que ces hernies disparaissent jamais, car il y aura toujours des sujets que l'on ne pourra, pour une raison ou pour une autre, soumettre à la cure radicale, ou qui ne s'y prêteront pas; je ferai remarquer d'ailleurs que j'ai observé ces hernies précisément après des cures radicales suivies de récidives.

Ces malades sont constamment exposés aux accidents parfois mortels de l'engouement et de l'étranglement herniaires. Je n'ai trouvé dans la littérature médicale aucun travail consacré à ce sujet et la plupart des auteurs se bornent à conseiller d'opérer les hernies avant qu'elles n'aient atteint un volume par trop considérable. Il me paraît donc utile de mettre cette question à l'ordre du jour, le praticien étant souvent très embarrassé en face de cette sorte de hernies. Les interventions opératoires indiquées, à mon avis, dans les faits de ce genre, consistent dans la résection intestinale (portant surtout sur le gros intestin) quand elle est possible, dans l'établissement d'une fistule intestinale au niveau de l'anse afférente en cas d'engouement prolongé, enfin dans l'entéro-anastomose établie entre les anses afférente et efférente.

M. Helferich (de Kiel). — La réduction forcée de ces hernies volumineuses n'est pas sans danger : elle peut occasionner l'arrêt subit du cœur par inhibition, comme le démontre l'expérience de Goltz. Dans les cas d'engouement irréductible, le praticien éloigné de tout service hospitalier devra se borner parfois à la simple kélotomie sans ouverture du sac herniaire, c'est-à-dire au débridement de l'anneau.

M. Kausch. — A la clinique de M. von Mikulicz, ces cas de hernies négligées et devenues très volumineuses sont tous opérés, mais après un traitement préparatoire d'une certaine durée : on soumet le malade à un régime liquide, on lui administre des purgations énergiques, on le maintient dans le décubitus dorsal, éventuellement avec position élevée du bassin. La réduction de l'intestin est facilitée par la résection de l'épiploon hernié, généralement très volumineux, voire même, à l'occasion, par la castration, bien qu'on ne doive y avoir recours qu'en cas de nécessité. La suture du canal est faite à l'aide de fils métalliques. La résection intestinale, à laquelle on n'a dû recourir chez aucun des malades opérés à la clinique de M. von Mikulicz, pourrait cependant être indiquée si tous les autres moyens se montraient insuffisants. L'obturation de l'orifice herniaire serait enfin facilitée, au besoin, par l'application du filet métallique proposé par M. Göpel.

M. Braun (de Göttingue). — Outre les moyens énumérés par M. Kausch, je puis indiquer la compression du scrotum avec des bandes élastiques, à titre de traitement préparatoire.

Traitement chirurgical de la colite chronique.

M. von Beck. — J'ai eu l'occasion, depuis sept ans, de traiter 500 malades, dont 170 hommes et 330 femmes, pour des symptômes de colite chronique. La plupart de ces malades avaient été soignés auparavant par des charlatans, après avoir été considérés par leur médecin comme des névropathes. Or, je puis affirmer que les symptômes nerveux accompagnant fréquemment les différentes formes de colite sont purement secondaires, l'affection du gros intestin constituant la lésion primitive.

Le traitement de la colite doit être basé sur l'étude de l'étiologie, et cette dernière est à rechercher le plus souvent dans des affections inflammatoires de la cavité abdominale. J'ai trouvé 120 fois, à l'origine, une appendicite, 40 fois des lésions inflammatoires des voies biliaires, 40 fois l'ulcère rond de l'estomac, 110 fois des affections inflammatoires des organes génitaux de la femme, 8 fois des lésions tuberculeuses non intestinales; ailleurs, il s'agissait de lésions localisées de l'intestin, parmi lesquelles je compte 31 cas de cancer latent, 7 de tuberculose et 2 d'actinomycose; 65 fois, j'ai pu reconnaître une gastro-entérite primitive, 6 fois des lésions consécutives à la fièvre typhoïde, 8 fois une intoxication mercurielle ou saturnine, 6 fois l'alcoolisme chronique; dans plusieurs cas, enfin, une cirrhose du foie, une néphrite, une affection de la prostate, etc.

Quant au traitement, j'ai pratiqué 257 opérations s'adressant aux lésions inflammatoires siégeant en dehors de l'intestin et 19 interventions sur le gros intestin lui-même; 6 fois, enfin, j'ai pratiqué l'exclusion du côlon par iléo-sigmoïdostomie. Pour ce qui est de ces derniers malades, 5 sont guéris à l'heure qu'il est; le sixième a succombé à une péritonite attribuable à l'emploi du bouton de Murphy. Parmi les patients non opérés, j'en compte 120 chez lesquels une intervention chirurgicale était indiquée, mais a été refusée.

Du traitement des cancers de l'estomac et du rectum.

M. Petersen. — J'ai fait des recherches sur le point de départ des récidives après les opérations de cancer de l'estomac ou du rectum. J'ai pu m'assurer que, pour l'estomac, 95 % des récidives évitables se développent au niveau de la muqueuse elle-même; elles pourraient donc être prévenues au moyen de résections plus étendues encore de l'organe. Quant aux récidives du cancer du rectum, la majeure partie — 83 % — se font non pas dans la muqueuse rectale, mais dans le tissu cellulaire péri-rectal et dans les ganglions lymphatiques voisins; il convient donc d'enlever aussi largement que possible le tissu cellulaire péri-rectal.

Sur une nouvelle méthode pour déterminer l'état fonctionnel du cœur.

M. Katzenstein (de Berlin). — On sait que la compression d'une artère volumineuse, telle que l'artère iliaque, produit immédiatement une élévation de la pression sanguine. Estimant que, dans l'expérience ci-dessus mentionnée, le cœur normal doit pouvoir fournir le surcroît de travail qui lui est imposé sans que le pouls augmente de fréquence, j'ai comprimé, chez des malades, les deux artères iliaques, en contrôlant simultanément la pression artérielle et la fréquence du pouls. J'ai pu établir ainsi les quatre catégories suivantes : 1° dans certains cas, l'augmentation de la pression artérielle est de 5 à 15 millimètres de mercure et la fréquence du pouls reste normale ou diminue même; 2° dans d'autres, concernant des hypertrophies du ventricule gauche, la pression monte de 15 à 40 millimètres de mercure; 3° ailleurs, la tension artérielle ne présente aucune variation, tandis que le pouls augmente de fréquence; 4° parfois enfin, la tension artérielle offre une diminution allant jusqu'à 30 millimètres de mercure, alors que la fréquence du pouls augmente.

Dans les deux dernières catégories de faits, je considère l'état du cœur comme insuffisant; je crois qu'on pourrait se servir de ce moyen d'investigation simple, pour reconnaître, avant une intervention chirurgicale de quelque importance, quel est l'état du cœur.

Traitement des fractures par la suture osseuse.

M. König (d'Altona), se basant sur ses observations personnelles, préconise la suture osseuse, principalement pour les fractures articulaires, qu'il y ait pénétration du fragment dans l'articulation ou renversement complet d'un fragment, ou encore fracture compliquée de luxation. Il insiste tout particulièrement sur l'utilité de la suture précoce dans la fracture intra-articulaire du col fémoral, à condition de suturer non seulement l'os, mais aussi les parties molles, notamment la capsule articulaire. Cette opération doit être pratiquée à l'aide d'une incision antéro-latérale et non pas par la résection postérieure typique. Il relate une observation de ce genre où il lui a été possible, chez un vieillard, d'obtenir une consolidation osseuse relativement rapide.

M. Nötzel (de Francfort-sur-le-Mein) communique les résultats fournis par la suture osseuse, dans le service de M. Rehn, au cours des deux dernières années. Ce chirurgien admet à peu près les indications opératoires que vient de poser M. König; mais la suture osseuse n'est employée par lui que dans les cas où le traitement non sanglant ne permet pas d'espérer le résultat désiré. Quant aux fractures de la rotule, elles sont toujours traitées par la suture.

D'après l'expérience de M. Rehn, la suture osseuse ne donnerait jamais des résultats inférieurs, et fournirait souvent des résultats supérieurs à ceux de l'immobilisation et de l'extension permanente.

M. Bardenheuer estime qu'on peut s'abstenir du traitement sanglant dans la presque totalité des cas, grâce à l'extension permanente, adaptée minutieusement aux conditions individuelles de chaque malade, telles qu'elles sont révélées par l'examen clinique et par la radiographie. Cette manière de faire lui donne des résultats excellents, tant au point de vue de la consolidation anatomique qu'au point de vue fonctionnel, même pour les fractures intra-articulaires, y compris celles où il y a renversement d'un fragment.

Quant à la fracture rotulienne, il obtient presque toujours la réunion osseuse sans intervention sanglante. Pour ce qui est de la fracture de la diaphyse fémorale, l'extension fournit une consolidation sans raccourcissement, ou avec un raccourcissement de 1 centimètre au maximum, à condition toutefois qu'elle soit suffisamment énergique : de 15 à 25 kilos chez les sujets bien musclés. Dans la fracture du col fémoral, il convient de combiner la traction dans l'axe avec une traction latérale en évitant la compression mutuelle des fragments.

M. Bier (de Bonn) fait remarquer que les fractures traitées par la suture se consolident moins rapidement que celles qui sont traitées par les procédés habituels. Il attribue cette différence à l'absence d'hématome dans les fractures suturées : il a en effet obtenu la consolidation, dans des cas de pseudarthrose, en injectant du sang puisé dans une veine souscutanée du patient. Aussi l'orateur se déclare-t-il partisan, d'une manière générale, du traitement préconisé par M. Bardenheuer.

Du traitement ostéoplastique des pertes de substance des os longs.

M. Samter relate l'observation d'un jeune garçon, atteint d'une destruction complète de la

diaphyse du tibia à la suite d'une ostéomyélite. Le raccourcissement étant de 8 centimètres, l'orateur pratiqua tout d'abord l'allongement du membre à l'aide de l'opération de von Mikulicz-Vladimirov, créant ainsi une arthrodèse du pied en position d'équinisme complet. L'implantation du péroné dans la perte de substance du tibia ayant échoué, il emprunta un lambeau ostéo-périosté au fémur, ce qui lui permit d'obtenir la consolidation complète.

M. von Mangoldt (de Dresde) communique 2 observations d'ostéoplastie osseuse pour perte de substance des os du membre inférieur (tibia dans un cas, fémur dans l'autre), à l'aide de lambeaux ostéo-périostiques empruntés au tibia de l'autre jambe. Dans les deux cas, le lambeau, séparé complètement de son origine, amena une production osseuse suffisante pour combler la perte de substance. Il convient d'ajouter qu'il s'agissait de sujets tout jeunes (petits garçons de huit ans).

M. von Bramann (de Halle) dit avoir fait l'implantation d'un tibia humain, préalablement bouilli, pour combler une perte de substance très étendue de l'humérus. Le rétablissement fonctionnel est très satisfaisant, bien que la consolidation ne soit pas encore complète dix mois après l'opération.

M. Wagenmann (de Fribourg-en-Brisgau) recommande le procédé employé par M. Goldmann pour combler des pertes profondes de substance osseuse; il consiste simplement à greffer des lambeaux cutanés sur toute la surface de la plaie osseuse. Il en résulterait une néoproduction d'os susceptible de combler rapidement la perte de substance.

M. Neuber (de Kiel) fait remarquer que, dans la plupart des cas, l'autoplastie agit grâce à l'irritation produite par un corps étranger quelconque sur la substance osseuse. Il estime que, dans le procédé de M. Goldmann, c'est l'épanchement sanguin formé sous les lambeaux autoplastiques qui fait office de corps étranger.

M. Friedrich insiste sur la faculté de prolifération considérable des épiphyses, même quand la diaphyse est séparée expérimentalement, des deux côtés et de part en part, de la ligne épiphysaire. Il préconise, pour combler les pertes de substance des os longs, l'emploi d'os humains préalablement bouillis.

De la valeur diagnostique de la ligne trochantéro-épineuse.

M. Schoemaker (de La Haye) recommande, pour faciliter le diagnostic des affections de la hanche, de tracer la ligne réunissant la pointe du grand trochanter à l'épine iliaque antéro-supérieure et de la prolonger sur la paroi abdominale : normalement, cette ligne passe par l'ombilic, ou légèrement au-dessus; son déplacement indiquerait d'une manière très précise toute anomalie de position de l'extrémité supérieure du fémur.

M. Seefisch (de Berlin) présente un jeune garçon de cinq ans chez lequel il a pratiqué la gastro-entérostomie pour une hypertrophie du pylore avec rétrécissement. Ce cas est remarquable par l'apparition relativement tardive de cette affection, qui survient en général dans les toutes premières années de la vie.

M. Klapp (de Greifswald) propose, en se basant sur des recherches purement expérimentales, d'employer pour la rachicocaïnisation des solutions *huileuses* de cocaïne; ces solutions, étant moins rapidement résorbées, seraient moins toxiques que les solutions aqueuses.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1904.

Causes et prophylaxie de « l'anémie des mineurs ».

M. Fabre (de Commentry) lit, sur ce sujet, un travail dans lequel il montre, en s'appuyant sur les recherches qu'il a faites dans divers bassins houillers de la France et de la Belgique, qu'il n'existe pas une entité morbide spéciale méritant le nom d' « anémie des mineurs ». Les épidémies qui ont sévi à diverses époques dans ces bassins houillers, et qui toutes ont été caractérisées par une anémie plus ou moins accentuée, reconnaissaient en effet des causes variables : intoxication saturnine à Selmeczbanya (Hongrie), où l'on exploitait à la fin du dix-huitième siècle des minerais de plomb argentifère, intoxication par l'hydrogène sulfuré et probablement par d'autres gaz délétères à Anzin au commencement du dix-neuvième siècle, ainsi qu'à la mine des Vanneaux (Belgique) à peu près vers la même époque, accidents asphyxiques dus à l'air confiné à Villebœuf près Saint-Étienne en 1859.

Si les mineurs ne présentent pas une forme spéciale d'anémie, ils n'en sont pas moins exposés, ajoute l'orateur, à une multitude de causes anémiantes qu'on peut classer au point de vue pathogénique sous 4 chefs principaux : 1° anémies par déperdition (hémorrhagies); 2° anémies par diminution ou cessation des fonctions hématogènes, comprenant les anémies pernicieuses; 3° anémies par usure excessive des globules, y compris les anémies par surmenage et celles qui sont consécutives aux maladies graves et prolongées; 4° anémies par modification des globules (empoisonnements, asphyxie, cachexie paludéenne, virus, trypanosomes et divers hématozoaires).

En se plaçant au point de vue exclusivement clinique, on peut admettre : *a*) des anémies soit globulaires, soit fonctionnelles, dépendant des conditions du milieu dans lequel travaillent les mineurs; *b*) des anémies d'origine professionnelle, variables suivant la nature du travail accompli par les diverses catégories d'ouvriers, et suivant la nature du minerai exploité; *c*) enfin, des anémies liées à des conditions individuelles soit congénitales (hérédité, diathèses), soit acquises (excès de toutes sortes, habitations et logements insalubres, alimentation défectueuse ou insuffisante), ou d'ordre pathologique (anémie des convalescents), ou relevant enfin de maladies chroniques (anémie rhumatismale, par dyspepsie, par affections des voies respiratoires, par présence d'helminthes divers : tænias, ascarides lombricoïdes, oxyures, trichocéphales, ankylostomes, anguillules, etc.).

La prophylaxie doit consister à assurer une bonne aération des galeries, à surveiller la propreté des chantiers souterrains, ainsi que la propreté individuelle, à éviter tout excès et toute cause de surmenage, et enfin à prévenir les accidents industriels capables de compromettre la santé de l'ouvrier.

M. Reynès (de Marseille) présente une femme traitée par la castration ovarienne pour un double cancer mammaire inopérable, dont il a relaté l'observation au dernier Congrès français de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 350); actuellement, il ne persiste plus qu'une légère induration avec épaississement des tissus primitivement envahis par la néoplasie.

M. Chaput donne lecture d'une note dans laquelle il dit avoir eu recours avec succès à la cocaïnisation locale, par la méthode de M. Reclus, dans 25 cas d'opérations abdominales diverses (appendicites, hystérectomies, ovariotomies et gastro-entérostomies).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 avril 1904.

Accidents méningés avec réaction lymphocytaire dans la fièvre typhoïde.

M. Achard. — J'ai observé, avec M. Paisseau, un jeune homme qui, au début d'une fièvre typhoïde, présenta une série d'accidents méningés : raideur de la nuque, signe de Kernig, délire, constipation, vomissements. Une ponction lombaire évacua un liquide clair, sans microbes, renfermant uniquement des lymphocytes. Elle fut suivie d'une atténuation des signes méningés qui disparurent ensuite. Puis la fièvre typhoïde suivit une marche régulière.

Ces faits de réaction lymphocytaire dans les affections aiguës compliquées d'accidents méningés sont utiles à connaître, car il importe — lorsque cette lymphocytose céphalo-rachidienne survient en même temps qu'un état général mal défini, tel que le début d'une fièvre typhoïde — de ne pas croire à une méningite tuberculeuse.

On sait aujourd'hui que les complications méningées des pyrexies constituent une série de faits assez dissemblables : méningites vraies, méningites cliniquement latentes à lésions légères, accidents méningés sans réaction anatomique appréciable. Mais ce désaccord entre la clinique et l'anatomie pathologique est peut-être plus apparent que réel. En effet, ce sont les troubles frappant les éléments nerveux sous-jacents aux méninges qui réalisent la symptomatologie méningée, et ces troubles peuvent exister sans que la séreuse elle-même soit enflammée. En outre, il ne faut pas oublier que certaines lésions méningées peuvent rester exclusivement crâniennes et ne pas se révéler par la ponction lombaire. Enfin, il est possible, comme tendent à le faire admettre les faits récents communiqués par MM. Chauffard et Boidin (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 101), qu'on parvienne à déceler quelques indices de la lésion méningée par une analyse clinique plus délicate, notamment par la constatation de la lenteur du pouls.

M. Netter. — J'ai signalé, il y a quelques années, la grande fréquence des manifestations méningées chez les typhoïdiques, en m'appuyant sur la présence du signe de Kernig. La constatation de ces phénomènes méningés a une certaine importance au point de vue du pronostic, car j'ai noté 3 fois plus de décès et aussi 3 fois plus de rechutes chez les typhoïdiques présentant le signe de Kernig que chez les autres.

M. Comby. — J'ai observé une jeune fille de treize ans qui succomba très rapidement après avoir présenté des signes très nets de méningite. L'autopsie montra les lésions typiques de la fièvre typhoïde et l'intégrité complète des centres nerveux.

M. Sicard. — Il est fréquent de constater une lymphocytose légère du liquide céphalo-rachidien non seulement au cours de la fièvre typhoïde, mais aussi pendant la pneumonie; dans cette dernière affection, cette lymphocytose est souvent en rapport avec des manifestations herpétiques très accusées.

Endocardite ulcéro-végétante post-grippale à staphylocoques.

M. Barié communique, au nom de M. Cornil et au sien, l'observation d'une jeune femme, sans antécédents morbides, qui fut prise, à la suite d'une attaque d'influenza de moyenne intensité, d'une infection secondaire localisée surtout au cœur et aux reins. La malade succomba au bout de douze jours à une endocardite ulcéro-végétante de la valvule mitrale. Outre la présence de végétations et de fongosités sur le bord libre de cette valvule, l'autopsie permit de constater une déchirure de l'une des valves et la présence, sur l'autre valve, d'un petit anévrysme perforé à son centre.

L'agent microbien qui avait déterminé cette endocardite était le staphylocoque, et non le pneumocoque ou le streptocoque, ainsi qu'on l'observe habituellement. Cette infection staphylococcique avait en outre causé une néphrite aiguë, complication rare de la grippe, puisque M. Freeman ne l'a constatée que 4 fois sur un total de 400 cas.

M. Galliard dit avoir observé également une endocardite végétante de la valvule mitrale, d'origine staphylococcique, chez une jeune femme atteinte de bronchite grippale : dans ce cas, comme dans celui de M. Barié, l'endocardite a été le résultat d'une infection secondaire surajoutée à la grippe. De pareils faits ne doivent pas être confondus avec ceux — beaucoup plus rares — où le poison grippal détermine directement des accidents cardiaques.

Chorée aiguë mortelle avec péricardite hémorrhagique.

M. Dupré relate, en son nom et au nom de M. P. Camus, l'observation d'un garçon de dix-huit ans qui entra à l'hôpital pour des accidents mal définis, d'apparence typhoïde, avec altération du teint, céphalée, douleurs rhumatoïdes, fièvre légère, etc. Au bout de cinq jours on nota, en outre, quelques troubles psychiques, de l'inattention, des contradictions dans les réponses, du mâchonnement, puis apparurent des signes de péricardite sèche et en même temps de légères secousses choréiques des muscles du visage. Les jours suivants, les convulsions ga-

gnèrent les membres, devinrent très intenses et s'accompagnèrent d'hallucinations de la vue. La ponction lombaire révéla une lymphocytose discrète du liquide céphalo-rachidien. Le malade ayant succombé cinq jours après l'apparition des mouvements choréiques, on constata, à l'autopsie, une péricardite adhésive et hémorrhagique avec fausses membranes épaisses, ainsi qu'une légère endocardite localisée à la valvule mitrale et aux sigmoïdes de l'aorte. La rate était augmentée de volume et les centres nerveux congestionnés.

Surrénalite subaiguë avec syndrome d'insuffisance surrénale terminée par la mort.

M. Bernard. — J'ai eu l'occasion d'observer récemment avec M. Heitz une jeune femme, d'une bonne santé habituelle, qui fut prise, sans cause apparente, de fatigue musculaire, laquelle augmenta rapidement au point qu'en moins de six mois cette malade était devenue incapable d'exécuter le moindre mouvement. A cette asthénie considérable vinrent bientôt s'ajouter des phénomènes douloureux et des vomissements opiniâtres avec anorexie, hypotension artérielle, pâleur généralisée des téguments, etc. La patiente ayant succombé, l'autopsie permit de constater que tous les organes étaient sains, sauf les capsules surrénales. Au microscope on reconnut, au niveau de la substance corticale de celles-ci, une dislocation trabéculaire par ectasie capillaire considérable, une disparition de l'état spongieux des cellules qui étaient atteintes par places de tuméfaction trouble et de nécrose de coagulation, et enfin une disparition complète du pigment. Il s'agissait donc d'une surrénalite subaiguë, d'origine probablement toxi-infectieuse, qui a suffi à provoquer la mort par insuffisance surrénale.

De l'absorption intestinale chez l'obèse.

M. Ramond communique, au nom de M. Oulmont et au sien, le résultat de l'analyse comparative des fèces chez l'obèse et chez l'homme normal. Ces recherches prouvent que le taux de l'excrétion fécale est identique dans les deux cas pour un même régime alimentaire, et en outre qu'il ne varie pas d'une manière sensible sous l'influence des amaigrissements et des engraissements survenus spontanément, en dehors de toute irritation de l'intestin.

L'orateur conclut de ces faits que le coefficient de l'absorption intestinale chez l'obèse ne semble pas exagéré pour un régime donné.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 avril 1904.

Appendicite et syphilis.

M. Gaucher. — Frappé de la fréquence des antécédents syphilitiques chez les sujets atteints d'appendicite, j'ai poursuivi une enquête qui a porté sur 32 cas de cette dernière maladie, comprenant 9 sujets au-dessus de trente ans et 23 au-dessous de cet âge.

Parmi les 9 malades de plus de trente ans, il y avait 4 hommes ayant tous des antécédents de syphilis acquise et 5 femmes dont une avait une syphilis acquise et dont 3 étaient unies à des hommes ayant eu la syphilis.

Chez les sujets de moins de trente ans, j'ai noté 21 fois sur 23 cas l'hérédité syphilitique paternelle.

Malgré toutes les objections que peut soulever une pareille opinion, je suis conduit par les faits à admettre un rapport entre la syphilis et l'appendicite et à considérer cette dernière comme une affection parasyphilitique, dépendant surtout de la syphilis héréditaire.

M. Ed. Fournier. — Sans vouloir aboutir à une conclusion aussi absolue que celle de M. Gaucher, je reconnais que mes observations concordent avec les siennes. Sur 12 cas d'appendicite que j'ai étudiés, j'ai relevé que tous les sujets atteints descendaient de parents syphilitiques. On pourrait peut-être expliquer ces faits en rappelant que les hérédo-syphilitiques ont un coefficient de résistance inférieur contre les maladies infectieuses.

M. Barthélemy. — Je connais des sujets ayant eu une appendicite et qui ont contracté ensuite la syphilis, ce qui prouve que dans ces cas, au nombre de 3, la maladie reconnaissait une cause autre.

M. Le Pileur. — On voit également survenir l'appendicite chez des sujets indemnes à la fois de syphilis acquise et de syphilis héréditaire. Je vous citerai notamment le cas d'un enfant que j'ai soigné pour une appendicite, et dont la mère avait contracté la syphilis un an après la naissance de cet enfant. Dans une famille dont le père et la mère n'ont jamais eu la syphilis, trois enfants ont été successivement atteints d'appendicite.

M. Hallopeau. — La fréquence de l'appendicite a considérablement augmenté depuis dix ans, sans que la syphilis soit beaucoup plus répandue.

Nature tuberculeuse des sarcoïdes sous-cutanés.

M. J. Darier. — J'ai observé deux nouveaux cas de ces tumeurs bénignes connues sous le nom de sarcoïdes sous-cutanés, et j'ai pu en faire l'étude histologique : elles sont formées de follicules conglomérés, renfermant des cellules épithélioïdes et géantes et entourés de cellules lymphoïdes. Cette structure est identique à celle des sarcoïdes multiples cutanés de Bœck.

Bien qu'on ne puisse pas déceler de bacilles de Koch dans les coupes, on ne connaît actuellement que la tuberculose qui soit capable de donner naissance à des néoplasies de ce genre. Jusqu'à preuve du contraire, je me crois donc autorisé à soutenir que les sarcoïdes cutanés ou sous-cutanés sont une forme de tuberculides.

Xanthomes lenticulaires avec diabète maigre.

M. Hallopeau relate un cas d'éruption xanthomateuse avec diabète maigre, remarquable par l'apparition tardive de la dermatose, sa marche aiguë, la quantité énorme de sucre éliminé, les intermittences de la glycosurie, la mort presque soudaine sans qu'on ait pu constater d'affection viscérale. L'hypothèse d'une glycosurie liée au développement de xanthomes dans le pancréas a déjà été soutenue par l'orateur il y a onze ans (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 377) ; elle est bien vraisemblable dans ce cas, où l'autopsie n'a malheureusement pu être pratiquée. On sait, en effet, que les xanthomes présentent les localisations viscérales les plus diverses et que Colombini a constaté l'existence d'une pentosurie chez un malade atteint de xanthome avec diabète ; Hammersten avait déjà démontré que le pentose se développe dans le pancréas par dédoublement d'une nucléo-protéine.

M. J. Darier. — J'ai eu l'occasion de faire une autopsie très complète dans un cas identique à celui que M. Hallopeau vient de relater, et je n'ai pu constater la présence de xanthomes ni dans le foie, ni dans le pancréas.

Maladie de Paget et syphilis.

M. Gaucher. — Voici un homme de quarante-huit ans, qui depuis cinq ans est atteint de maladie osseuse de Paget. L'incurvation des jambes était telle, quand nous l'avons vu, qu'il était à peu près impotent. En raison des rapports indiqués par M. Lannelongue et par M. Fournier entre la syphilis et la maladie de Paget (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 71 et 103), j'ai traité ce malade, depuis le mois de janvier, par des injections de benzoate de mercure. Au début, il s'est produit une amélioration très rapide et le patient a pu reprendre son métier de tailleur. Depuis, l'état est resté stationnaire.

M. Semper. — La femme que je vous présente, au nom de M. Du Castel et au mien, est atteinte depuis quatorze ans de maladie osseuse de Paget. Trois injections successives d'huile grise n'ont amené chez elle aucune modification des déformations du squelette.

M. Béclère présente une femme âgée, atteinte d'un néoplasme du sein gauche, ayant nécessité 3 opérations pour des récidives, et qui s'est complètement cicatrisé après quatre mois de traitement radiothérapique.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections intraveineuses de salicylate de soude contre les affections rhumatismales.

Le salicylate de soude, administré sous forme d'injections intraveineuses, a déjà été employé contre la polyarthrite rhumatismale, mais sans succès (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 367). Ce mode de traitement aurait cependant donné d'excellents résultats entre les mains de M. le docteur Félix Mendel (d'Essen-Ruhr) ; pour éviter tout inconvénient, il importe seulement d'observer certaines précautions.

On doit d'abord pousser l'injection dans une veine du bras suffisamment volumineuse, dont on augmente en outre le calibre en ne serrant définitivement le lien élastique, avec lequel on fait la ligature du membre, qu'après avoir alternativement serré et relâché ce lien à plusieurs reprises. De plus, dans le but de prévenir l'irritation locale, ainsi que la douleur qui accompagne fréquemment l'injection, notre confrère associe la caféine au salicylate de soude d'après la formule suivante :

Salicylate de soude........	8 gr. 75 centigr.
Caféine........	1 — 25 —
Eau distillée stérilisée. Q. S. pour 50 grammes.	

On injecte 2 grammes de cette solution, et l'on répète l'injection deux fois par jour s'il s'agit d'un cas grave. Dans les cas moins sévères, on peut espacer davantage les piqûres, et au besoin n'en faire qu'une tous les trois jours.

M. Mendel a eu recours à ce procédé dans près de 80 cas de manifestations rhumatismales diverses (rhumatisme mono ou polyarticulaire, sciatique, lombago, pleurésie rhumatismale). Il en aurait toujours obtenu de très bons effets, alors même qu'il s'agissait de cas rebelles aux modes habituels de traitement.

Traitement du pian par le bichromate de potasse.

De nombreux auteurs, considérant le pian comme une manifestation de la syphilis, prescrivent systématiquement le traitement antisyphilitique contre cette affection. N'ayant obtenu aucun résultat d'une pareille médication, M. le docteur Cannac (médecin de la marine française) a eu l'idée d'employer le bichromate de potasse comme topique local contre les boutons framboesoïdes du pian. Voici comment procède notre confrère :

Après avoir fait prendre un grand bain savonneux, M. Cannac pratique un décapage soigneux, à la pince, de tous les boutons. Ceux-ci étant ainsi préparés, on les cautérise avec une solution de bichromate de potasse à 20 %, cautérisations que l'on répète quotidiennement. L'application de la solution ne manque pas d'être douloureuse, mais ses bons effets se manifestent dès le lendemain : les croûtes sont moins épaisses, les boutons s'affaissent, le bourgeonnement devient plus actif. L'amélioration est progressive, et au bout d'un mois et demi ou deux mois, il ne subsiste plus que des plaques dépigmentées à la place des boutons du début.

Notre confrère aurait obtenu d'excellents résultats avec ce procédé dans un assez grand nombre de cas, notamment chez 3 malades qu'il a été possible de soumettre à un traitement méthodique et régulier.

La radiothérapie des kéloïdes.

L'exérèse des kéloïdes cicatricielles est souvent suivie du développement de récidives, parfois même plus exubérantes que la lésion primitive. Or, d'après un confrère américain, M. le docteur W. M. Harsha (de Chicago), la radiothérapie serait susceptible de prévenir cet inconvénient, sans compter que, dans les kéloïdes constituées, on observerait, sous l'influence des rayons de Röntgen, une régression manifeste de la tumeur. C'est ainsi que chez un jeune homme, auquel on avait dû par trois fois, à une année d'intervalle, enlever une kéloïde récidivante développée sur une cicatrice de la région mastoïdienne, on vit rétrocéder la troisième récidive à la suite de séances de radiothérapie, répétées — d'ailleurs assez irrégulièrement — tous les deux ou trois jours : le volume de la tumeur tomba au sixième de ce qu'il était au début du traitement.

Dans une série de cas analogues, M. le docteur A. J. Ochsner, professeur de chirurgie au College of Physicians and Surgeons de Chicago, a obtenu des résultats non moins satisfaisants que ceux qu'a notés M. Harsha.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité (de Lyon). — M. le docteur L. Bérard.

La tuberculose intestinale comme cause d'invagination.

Si le traitement de l'invagination intestinale a bénéficié des progrès réalisés dans la chirurgie abdominale depuis vingt-cinq ans, nous sommes toujours aussi mal renseignés sur l'étiologie et sur la pathogénie de cette affection, qui bien souvent paraît se développer chez des individus en pleine santé ou après de vagues prodromes.

Au cours de ces dernières années pourtant a été signalé un nouvel élément causal de l'invagination aiguë ou chronique — la tuberculose de l'intestin —, sur lequel je désire attirer aujourd'hui votre attention, car son importance me semble être considérable : nous en avons observé en effet 2 cas dans nos salles en moins d'un an. Laissez-moi vous rappeler d'abord l'histoire de ces deux petits malades.

Il y a quelques mois, un garçonnet de quatre ans était amené dans le service pour des douleurs abdominales apparues un mois auparavant, et revenant par crises plus ou moins aiguës.

A l'entrée, il souffre extrêmement : nous le trouvons sur son lit, penché en avant, les deux mains plaquées sur le ventre, se plaignant de toute la région péri-ombilicale. Les traits sont étirés en un masque douloureux des plus expressifs.

L'enfant placé dans le décubitus, le ventre apparaît plat, dur, sans voussure. Les mouvements de la paroi sont limités par l'appréhension. Nous ne constatons pas de péristaltisme localisé, pas d'empâtement ni de boudin cæcal, pas d'ascite. La contracture généralisée de la paroi gêne d'ailleurs la palpation profonde. Le toucher rectal est négatif; il n'y a de collection ni d'œdème inflammatoire en aucun point. La température est normale.

Les seuls renseignements que nous ayons pu recueillir nous apprennent que, depuis plusieurs jours, l'enfant vomissait et avait de la diarrhée. Cette diarrhée continue dans le service; elle est glaireuse, fétide, mais non mêlée de sang. Pendant la nuit qui a précédé l'examen, les vomissements ont été bilieux et très fétides.

Devant ces signes négatifs, et à cause de l'allure intermittente des accidents aigus, nous ne nous arrêtons pas à l'hypothèse d'une obstruction. La persistance de la diarrhée, la constatation de ganglions cervicaux assez volumineux nous font pencher vers le diagnostic de tuberculose entéro-péritonéale; des adhérences péritonéales suffiraient pour expliquer les crises de douleurs.

Une laparotomie est décidée, tous les moyens médicaux ayant échoué avant l'entrée du petit malade à l'hôpital.

L'incision sous-ombilicale médiane découvre un intestin délavé, pâle, baignant dans un peu de liquide ascitique, non sanguinolent. Tous les ganglions mésentériques sont engorgés, d'autant plus volumineux qu'on approche davantage du cæcum. Nous ne trouvons pas de granulations sur le péritoine, pas d'adhérences, pas de sténose fixe sur l'intestin grêle. Le cæcum, que nous allons chercher dans la fosse iliaque droite, ne peut pas être amené dans la plaie : il est aplati. On ne poursuit pas plus loin l'examen du gros intestin. Pendant cette exploration, la seule remarque que l'on fasse, c'est que la moindre pression sur un point de l'intestin y détermine très nettement la formation d'un nœud de contraction.

En l'absence apparente de toute lésion anatomique, l'abdomen est refermé à 3 plans de suture. Pendant les six premiers jours, l'état de l'enfant offre une amélioration considérable; mais ensuite les crises douloureuses abdominales se renouvellent aussi intenses qu'auparavant.

A ce moment, nous recevons des renseignements complémentaires du médecin qui avait suivi très attentivement ce garçon depuis le début de sa maladie; notre confrère avait fait le diagnostic d'invagination intestinale, d'après les constatations suivantes : « A la suite d'une indigestion, nous écrit-il, étaient survenues des coliques très violentes, intermittentes. La palpation de l'abdomen pendant quelques-unes de ces crises de coliques avait fait percevoir un *boyau allongé, douloureux, rénitent et tendu*, au niveau de la moitié droite du côlon transverse. Dans l'intervalle des crises, euphorie; émission spontanée de gaz; l'émission de quelques selles diarrhéiques et glaireuses est favorisée par l'administration de calomel. »

Avec ces données nouvelles, persuadé que nous avons laissé sur le côlon une ébauche d'invagination chronique qui est la cause du retour des accidents très aigus, nous proposons, neuf jours après la première opération, d'intervenir à nouveau pour aller explorer le côlon. Mais la famille du petit malade s'y oppose et l'emmène de l'hôpital; il survit encore dix jours chez lui, présentant toujours la même alternance de crises et de calme; la mort survient par obstruction intestinale prolongée, au bout de ce temps.

Voici donc un premier cas où, bien que l'existence de l'invagination chronique eût pour elle les plus grandes probabilités, nous n'avons pu la déceler lors de l'intervention. Dans notre second fait, au contraire — que certains d'entre vous se rappelleront sans doute, car il est plus récent —, l'invagination fut constatée *de visu*, et réduite.

Il s'agit encore d'un garçon, âgé de huit ans, qui fut reçu salle Saint-Augustin, le 25 janvier dernier, pour des troubles abdominaux datant de trois semaines.

Ces troubles ont débuté par des crises de coliques, bientôt suivies de vomissements fréquents et verdâtres, avec le maximum de douleurs autour de l'ombilic. Les crises se reproduisirent à plusieurs reprises durant la première semaine; puis elles cessèrent, ne laissant après elles que quelques douleurs sourdes et une diarrhée tenace, dans laquelle les parents avaient remarqué plusieurs fois la présence de sang.

A l'examen, nous constatons que l'abdomen n'est pas ballonné, ni asymétrique, mais seulement un peu tendu; les parois et le diaphragme ont leur jeu normal dans la respiration.

La palpation ne décèle aucune masse dans les fosses iliaques; mais, au-dessus de l'ombilic, une pression large et un peu attentive nous révèle une zone assez douloureuse, rénitente, qui semble correspondre à un gâteau profond d'épiploïte, car nous la sentons surtout nettement quand les grands droits sont relâchés au maximum. Il n'existe pas de modification de la sonorité à ce niveau. Nous ne trouvons pas de matité dans les flancs, mais une rénitence à la pression, plus grande vers la fosse iliaque droite, sans douleur. Le toucher rectal ne fournit aucun résultat. La température est normale, l'examen des poumons négatif.

La soudaineté du début de ces accidents, les vomissements bilieux, la diarrhée persistante, le sang constaté dans les selles — enfin le souvenir du petit malade dont je viens de vous retracer l'histoire — nous amènent à discuter la possibilité d'une invagination. Mais l'absence presque totale des douleurs depuis plus d'une semaine, et de toute crise d'occlusion pendant les trois jours d'observation dans le service, font, cette fois encore, pencher le diagnostic plutôt vers la tuberculose entéro-péritonéale, avec l'idée qu'un gâteau épiploïque, adhérent aux intestins et à la paroi, aurait pu, à un moment donné, causer une coudure de l'intestin grêle. L'hypothèse d'invagination est toutefois réservée.

Dans l'une et l'autre alternative, l'intervention était d'ailleurs indiquée. Elle fut pratiquée le 28 janvier avec anesthésie mixte au chlorure d'éthyle et au mélange de Billroth.

Une incision sus-ombilicale médiane est menée au niveau de la masse douloureuse profonde. Le péritoine pariétal et viscéral, ainsi que le grand épiploon, ne présente aucune lésion. Mais, l'épiploon relevé, le côlon transverse apparaît un peu congestionné, et de dimensions énormes : si bien qu'au premier abord on aurait pu le confondre avec l'estomac. Ses parois sont légèrement épaissies; et il semble qu'il soit rempli par un corps étranger assez mou, cylindrique, relativement mobile, comparable à un rouleau de feutre. On attire le côlon hors de la plaie; il se déplace facilement, y compris son angle droit, au-dessous duquel apparaissent alors les contours en goulot d'un collier d'invagination. Dans cet orifice s'engage l'iléon : le segment iléo-cæcal a disparu dans la profondeur du côlon. Toute cette portion de l'intestin est restée relativement saine; elle est le siège d'une congestion modérée qui se poursuit dans le mésentère correspondant, occupé lui-même par de nombreux ganglions hyperémiés.

Nous ne constatons pas de plaques de sphacèle, pas d'adhérences; la désinvagination doit être facile. En effet, de simples tractions douces exercées sur la fin de l'iléon ramènent successivement l'angle iléo-cæcal, le cæcum avec l'appendice, enfin le côlon ascendant, à leur position normale.

L'absence de tout étranglement serré et la facilité de la désinvagination nous expliquent pourquoi les troubles fonctionnels ont été si atténués : il s'agit là d'une forme d'invagination chronique à répétition. La crise douloureuse, accompagnée de vomissements bilieux, que l'on avait notée vingt jours auparavant, avait dû correspondre à une de ces poussées d'obstruction.

Le cæcum découvert, nous constatons que ses parois sont infiltrées en masse; elles donnent la sensation du carton mouillé; l'épaississement est surtout marqué au voisinage de la valvule de Bauhin. L'appendice, dur, mais non ulcéré et à peine livide, est turgescent. Des ganglions nombreux, violacés et mous, du volume d'un pois à celui d'une noisette, comblent l'angle iléo-cæcal.

Dans le cæcum lui-même, il semble qu'il y ait une tumeur largement pédiculée, sur la face interne, vers la valvule de Bauhin, et du volume d'une amande. Ce pourrait être un néoplasme bénin de la valvule, qui aurait amorcé l'invagination; mais nous croyons plutôt à une hypertrophie inflammatoire tuberculeuse des lèvres mêmes de cette valvule.

Pour nous en rendre compte, nous incisons longitudinalement le cæcum entouré de compresses : toute la muqueuse apparaît alors vivement congestionnée, quoique sans ulcérations; de petites hémorrhagies sous-muqueuses sont visibles çà et là. Les deux lèvres de la valvule, très épaisses, tomenteuses, font un prolapsus de 2 centimètres environ dans la cavité du cæcum. Après nous être assuré que l'orifice iléo-cæcal est néanmoins largement perméable au doigt, nous nous contentons de refermer le cæcum par un double surjet; de telles lésions sont en effet de celles qui peuvent rétrocéder spontanément chez l'enfant, quand elles n'ont pas créé d'obstruction. L'appendice est réséqué pour être soumis à l'examen histologique.

Afin de prévenir la récidive de l'invagination, nous décidons de fixer dans la fosse iliaque le cæcum, dont le méso très long permettrait facilement un nouveau déplacement. Pour cela, une incision de la paroi est menée sur le bord externe du grand droit; le cæcum est attiré par cette incision vers l'épine iliaque droite et fixé au péritoine pariétal par quelques points de catgut. En outre, une mèche est étalée au-

devant de lui pour assurer la formation d'adhérences plus étendues.

L'incision sus-ombilicale est suturée à trois plans; l'incision iliaque est également fermée, sauf l'extrémité inférieure par où passe la mèche. L'intervention a duré cinquante minutes.

Deux injections de sérum de 250 grammes sont pratiquées dans la journée. L'enfant accuse jusqu'au soir des douleurs abdominales assez vives, en même temps que sa température s'élève à 39°4. Il rejette des gaz dès le lendemain, et au troisième jour, un lavement de sérum ramène une selle non sanguinolente. Le cinquième jour, la température est revenue par oscillations à la normale; elle s'y maintient désormais. Au premier pansement, fait au bout d'une semaine, la mèche iliaque est enlevée.

Aujourd'hui, ce garçon peut être considéré comme guéri. Il n'accuse plus aucune douleur et a seulement conservé pendant deux semaines un peu de paresse de l'intestin, qui nécessita des lavements tous les deux ou trois jours.

Ainsi donc, voilà 2 cas où une tuberculose intestinale se traduisit par des phénomènes d'invagination : les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels. Depuis une dizaine d'années, il en a été publié 5, à ma connaissance : le premier est dû à M. Czerny (1), 2 appartiennent à M. Jaboulay (2), 1 à M. Batut (3), 1 enfin à M. L. A. Morgan (4). Tandis que les 3 observations de M. Jaboulay et de M. Batut concernent des adultes, les 2 autres (Czerny, Morgan) — comme nos 2 faits personnels — ont trait à des enfants.

Si nous cherchons à nous rendre compte de la nature des altérations tuberculeuses, cause de cette grave complication, nous voyons que tantôt il s'agissait de lésions muqueuses et interstitielles discrètes des tuniques avec adénite mésentérique (nos deux cas personnels), tantôt de typhlite avec pérityphlite bacillaire (Czerny), ou encore d'ulcérations multiples avec adénite (L. A. Morgan).

Comment des lésions aussi dissemblables peuvent-elles être invoquées à l'origine d'une complication commune ?

On peut l'expliquer facilement. Quel que soit le mécanisme de l'invagination en elle-même — qu'elle débute par le spasme d'un segment de l'intestin, qui est ensuite projeté par la poussée péristaltique dans le segment sous-jacent, suivant l'opinion de Dance, Cruveilhier, Brinton, Rafinesque; qu'il y ait, au contraire, d'abord inhibition et distension paralytique de l'anse malade, dans laquelle pénètre le segment d'amont, ainsi que le veulent Leichtenstern et Nothnagel, d'après leurs recherches expérimentales; que l'invagination, enfin, soit directe ou rétrograde —, on peut considérer qu'elle se produit lorsque l'onde péristaltique normale, ou une contraction accidentelle, rencontre un point relativement fixe qu'elle refoule devant elle comme un véritable piston.

Or, le point fixe peut répondre soit à une sténose anatomique vraie (par infiltration des parois intestinales, tumeur sessile ou pédiculée), soit à une sténose momentanée, telle qu'un spasme.

La tuberculose de l'intestin réalise précisément ces diverses conditions : elle peut donner lieu à des sténoses interstitielles fibreuses plus ou moins serrées, à une hypertrophie localisée des tuniques qui perdent leur souplesse et leur contractilité (nos deux cas), à une véritable tumeur (tuberculose néoplasique du cæcum), et enfin — dans sa forme la plus commune, dite médicale — à des ulcérations de profondeur variable, qui sont le siège de spasmes plus ou moins serrés. Déjà, en 1897, M. Lejars avait émis l'opinion que certaines occlusions intestinales, observées au cours de la tuberculose de l'intestin et du péritoine, reconnaissaient pour cause unique des contractures spasmodiques de la musculeuse au niveau des ulcérations de la muqueuse. Plus récemment, M. Bard soutenait la même idée : chez une malade tuberculeuse, qu'il avait fait opérer pour des signes non douteux d'obstruction intestinale par sténose, à l'intervention — malgré un examen très attentif, anse par anse, de l'intestin grêle tout entier — on ne trouva aucun rétrécissement anatomique et l'on conclut à un iléus fonctionnel, paralytique ou spasmodique. De fait, à la suite de la laparotomie, tous les phénomènes de sténose disparurent. La mort survint quelques semaines plus tard, par aggravation rapide des lésions pulmonaires et ganglionnaires. A l'autopsie de l'intestin, M. Bard constata, comme unique lésion, une ulcération tuberculeuse annulaire, occupant les derniers centimètres de l'iléon (1).

Parfois donc, le spasme déterminé par une ulcération tuberculeuse suffit pour arrêter le cours des matières. Mais parfois aussi, comme en témoignent le cas de M. L. A. Morgan et une des observations de M. Jaboulay, le segment intestinal, ainsi rétréci momentanément, sert d'amorce à une invagination : considérablement réduit dans sa circonférence, il est projeté d'autant plus facilement dans le segment distal, que souvent ce segment est atone et parésié, tandis que la portion d'intestin située en amont, légèrement altérée par des lésions discrètes de sa muqueuse ou de son revêtement péritonéal, est dans un état de demi-contracture qui rend plus énergique encore l'action de l'onde péristaltique. Nous avons pu constater nous-même cette exagération de la contractilité intestinale chez le premier de nos deux petits opérés : il suffisait, en effet, de saisir un point de l'intestin, pendant l'intervention, pour voir aussitôt un nœud persistant de contraction se produire à ce niveau. Et si l'ulcération tuberculeuse, en se cicatrisant, ébauche une sténose anatomique, la puissance de contraction de la musculeuse en amont ne fait que s'accroître : parfois cette tunique, énormément hypertrophiée, atteint alors une épaisseur d'un demi-centimètre (Patel).

Ces 7 cas d'invagination intestinale dus à la tuberculose, publiés en quelques années, ne présentent pas seulement l'intérêt d'une coïncidence statistique; et pour notre part nous croyons que la tuberculose intestinale doit intervenir assez fréquemment dans la production de l'invagination.

Que trouve-t-on en effet comme données étiologiques dans les observations d'invagination publiées avant la connaissance des tuberculoses chirurgicales de l'intestin, c'est-à-dire il y a à peine vingt ans ? En se plaçant à ce point de vue, il est intéressant de relire la thèse de Rafinesque (2), qui a trait précisément à des obstructions chroniques, progressives ou à répétitions, telles que les peut donner plus particulièrement une maladie à longue évolution, comme la tuberculose.

A l'origine des accidents, sauf les cas de traumatisme abdominal, de brûlures, de tumeurs bénignes ou malignes surtout, sauf enfin quelques autres causes exceptionnelles (ulcérations typhoïdiques, dysentériques, vers intestinaux, corps étrangers, etc.), d'ordinaire l'étiologie se résume à la très vague indication de régime défectueux, de troubles gastro-intestinaux, de gastro-entérite chronique. Ces causes imprécises sont surtout incriminées chez les enfants; et les enfants jusqu'à l'âge de dix ans fournissent 60 % des cas d'invagination aiguë ou chronique.

Soit dit en passant, si l'on a longtemps prétendu que l'invagination aiguë était beaucoup plus fréquente chez l'enfant que l'invagination chronique, c'est qu'en réalité la plupart des petits malades ne sont observés qu'à la phase terminale, aiguë, de l'invagination; c'est aussi qu'on interprète souvent chez eux comme une banale entérite chronique les signes frustes de la première période de l'intussusception.

Il est vrai que plus de la moitié des invaginations s'observent au cours de la première année, surtout dans les six premiers mois, et qu'à cette période de la vie la tuberculose ulcéreuse ou sténosante de l'intestin est exceptionnelle (Marfan et Comby, Weill). Sans doute, et nous n'avons pas l'intention de faire de la tuberculose un agent pathogénique exclusif ou même habituel à tous les âges. Mais pendant la seconde enfance et à l'âge adulte, la tuberculose intestinale est reconnue chaque jour plus fréquente, soit dans sa forme ulcéreuse médicale, avec ou sans adénite mésentérique, soit dans ses formes chirurgicales sténosante et hypertrophique. Notre conviction est qu'à l'avenir, en songeant à cette donnée, on rapportera parfois à leur origine bacillaire les troubles de gastro-entérite chronique, qui sont si souvent notés pendant les semaines qui précèdent les accidents d'invagination.

Dans l'édition de 1858 de leur *Traité des maladies des enfants*, Barthez et Rilliet écrivaient déjà : « Dans la seconde enfance, l'invagination peut suivre une marche assez lente; mais alors l'apparence de chronicité est le résultat d'une maladie antérieure. »

D'ailleurs, sans en soupçonner la nature anatomique exacte, plusieurs des anciens auteurs avaient constaté, à l'autopsie des sujets morts d'invagination, des lésions inflammatoires chroniques que nous classerions probablement aujourd'hui dans la tuberculose : Rafinesque signale que « dans un grand nombre de cas, on a attribué à des altérations inflammatoires ou autres de la valvule et du cæcum, la production de l'invagination ». C'était, notamment, l'opinion de Dance, qui, dans un cas, avait trouvé sur la valvule iléo-cæcale invaginée plusieurs végétations d'un rouge livide, formées par des excroissances de la muqueuse, entourées d'une zone très congestionnée de la paroi cæcale, et rétrécissant l'orifice de la valvule.

Ce sont exactement ces lésions que nous avons observées chez notre second petit malade, indubitablement tuberculeux.

Rafinesque ajoute, il est vrai, « que ces complications inflammatoires sont plus souvent effet que cause de l'invagination »; il les rapproche de l'œdème et de la congestion passive, mécaniques, du boudin étranglé. Mais cette interprétation n'est pas admissible pour les cas où l'on trouve des *ulcérations en amont* du segment invaginé, comme dans un fait de Hughues, reproduit par Rafinesque lui-même : chez un garçon de quatorze ans, pris, en bonne santé apparente, d'accidents péritonéaux subaigus et d'occlusion, mort au bout de deux mois et demi avec des signes d'obstruction compliquée de péritonite généralisée, on trouva à l'autopsie, *au-dessus* d'une invagination iléo-colique très étendue, plusieurs ulcérations de l'intestin grêle.

De tels rapprochements pourraient être multipliés facilement; malheureusement, la plupart de ces faits manquent du contrôle histologique. Du moins, assez souvent on a noté la coïncidence d'un engorgement considérable des ganglions mésentériques au voisinage de l'invagination.

Enfin, dernier argument : l'angle iléo-cæcal

(1) Ce fait a été publié *in* G. Marwedel. Ueber Enteroanastomosen nebst experimentellen Beiträgen zur Frage des Murphy'schen Darmknopfes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1895, XIII, 3, p. 605.)

(2) Les cas de M. Jaboulay sont relatés *in* E. Héritier. De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse (*Thèse de Lyon*, 1899) et *in* Bailly. L'invagination dans la tuberculose intestinale. (*Thèse de Lyon*, 1904.)

(3) Batut. Invagination aiguë et tuberculose intestinale latente; péritonite; laparotomie; mort. (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 20 juin 1901, p. 268.)

(4) L. A. Morgan. A case of ileo-colic intussusception associated with tuberculous ulceration of the intestines. (*Lancet*, 18 avril 1903, p. 1098.)

(1) L. Bard. Les phénomènes de sténose dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 245-247.)

(2) F.-G. Rafinesque. Etude sur les invaginations intestinales chroniques. (*Thèse de Paris*, 1878.)

est le point de départ le plus fréquent de l'invagination : c'est aussi le lieu d'élection des tuberculoses « néoplasiques » de l'intestin. Nombre de prétendus lymphosarcomes ou carcinomes de la valvule de Bauhin et du cæcum, observés chez de jeunes sujets, ne sont que des « tumeurs cæcales tuberculeuses » (Coquet); dans l'avenir, l'invagination intestinale par tuberculose s'enrichira de beaucoup de ces faits pour lesquels Billroth, en 1891, et, après lui, Hartmann et Pilliet, déclaraient toute identification impossible sans le secours du microscope. Or, cet examen histologique a été négligé pour beaucoup de cas d'invagination opérés dans ces dernières années; telles 2 des observations de M. Boiffin (1), où il s'agissait :

Pour l'une, d'un sujet de vingt-quatre ans, fils de tuberculeux, atteint lui-même d'abcès froid et de pleurésie quelques années auparavant, et chez lequel les parois du segment iléo-cæcal réséqué étaient infiltrées, comme hypertrophiées dans leur totalité, si bien qu'avant l'ouverture de la pièce on avait cru à un épithélioma;

Pour l'autre, d'un sujet de vingt-huit ans, porteur d'un rétrécissement étendu du cæcum et du côlon ascendant, compliqué d'un abcès pelvien chronique : si l'invagination fut seulement probable dans ce cas, puisqu'on ne la constata plus au moment de l'opération, la nature bacillaire de ces lésions multiples était à peu près certaine.

De cet aperçu étiologique pouvons-nous tirer quelques conclusions relatives au traitement? Il faudrait pour cela que le diagnostic de la tuberculose intestinale et de l'invagination qui la complique fût facilement établi. Or, dans nombre de cas, les lésions tuberculeuses de l'intestin, antérieures à l'intussusception, donnent des signes très variables et très vagues. Et précisément la première manifestation apparente de la tuberculose intestinale peut être la production d'une invagination chronique, ou même aiguë. Le cas de M. Batut est particulièrement intéressant à ce titre : un dragon, souffrant depuis deux jours de quelques malaises, fait néanmoins une étape de 60 kilomètres à cheval; en cours de route, il est pris d'accidents suraigus d'occlusion; il succombe au bout de trente-six heures malgré une laparotomie exploratrice; à l'autopsie, on trouve sur l'intestin grêle plusieurs ulcérations tuberculeuses, et au niveau d'une de ces ulcérations, près du cæcum, une invagination de l'iléon, gangrenée.

Plus souvent encore que les ulcérations, les tuberculoses néoplasiques de l'intestin évoluent sans autre lésion bacillaire concomitante du poumon ou de l'appareil ostéo-articulaire, en provoquant le syndrome banal de la sténose intestinale. Aussi devrez-vous songer à la tuberculose quand des accidents d'obstruction, aigus ou chroniques, surviendront chez un individu à antécédents bacillaires, dont l'état général aura fléchi depuis quelque temps, qui sera porteur de polyadénites chroniques ou de lésions pulmonaires, et quand, en dehors de la première année de la vie, ces accidents auront été précédés de symptômes de gastro-entérite chronique. Toutefois, même avec ces antécédents, si vous soupçonnez l'étiologie de l'obstruction, sa nature anatomique vous échappera encore maintes fois, car le syndrome caractéristique de l'invagination est rarement complet, lorsqu'il s'agit d'une forme subaiguë ou chronique. Les selles sanguinolentes, notamment, font assez souvent défaut, comme il advint chez notre premier malade.

Le plus souvent donc, c'est du simple diagnostic d'occlusion aiguë ou chronique que vous devrez tirer les indications du traitement. Aujourd'hui ces indications générales sont nettes : la laparotomie doit être pratiquée sinon d'emblée, du moins aussitôt que des tentatives prudentes de désobstruction par les moyens médicaux (lavements huileux, gazeux, électriques) auront été reconnues inefficaces. Dans l'invagination aiguë, ces moyens échouent presque toujours; l'invagination chronique cède parfois aux grands lavements.

Sauf dans les cas où vous croirez à une tumeur du segment iléo-cæcal, la laparotomie sera pratiquée sur la ligne médiane. Le péritoine ouvert, vous ne manquerez pas de noter l'état de la séreuse pariétale et viscérale, les lésions de l'épiploon et des ganglions mésentériques, les granulations et les adhérences suspectes que vous pourrez rencontrer.

Le boudin d'invagination se trouvera d'ordinaire prolabé dans le petit bassin s'il s'agit d'une invagination de l'iléon, remonté à l'épigastre ou dans les hypocondres si c'est une invagination iléo-colique ou colique. Le boudin isolé et amené dans la plaie, la désinvagination devra être tentée par les manœuvres habituelles de refoulement exercées à travers le segment invaginant, et combinées à de légères tractions sur le segment invaginé. Vous vous en abstiendriez seulement si la vitalité des parois de l'intestin paraissait irrémédiablement compromise par des adhérences solides, par des plaques de gangrène étendue ou par des ulcérations perforées.

Pour ces cas graves, qu'il s'agisse de tuberculose ou d'une autre lésion causale à l'origine de l'invagination, que celle-ci soit intra-abdominale ou saillante dans le rectum, l'indication et le manuel opératoire de l'entérectomie ont été fixés; nous n'insistons pas. Cependant, si, malgré les adhérences étendues de l'invagination, la résection ne s'impose pas formellement par des menaces de sphacèle, vous pourrez, à l'exemple de M. Czerny, vous borner à une entéro-anastomose latérale pratiquée à assez longue distance de part et d'autre des lésions : le professeur de Heidelberg guérit ainsi un garçon de quatorze ans, atteint d'une invagination chronique adhérente iléo-cæcale, due à une typhlite tuberculeuse, par une anastomose latérale de l'iléon et du côlon transverse. M. Rydigier, de son côté, a obtenu 5 fois la guérison d'invaginations adhérentes par la simple entéro-anastomose. Ces résultats concordent avec ceux qu'a donnés l'anastomose latérale dans les tuberculoses adhérentes du cæcum.

En tous cas, on ne doit pas poser en principe que l'entérectomie d'emblée est permise pour toutes les invaginations : dans l'invagination aiguë, la résection — toujours mortelle au-dessous d'un an, d'après M. Wiggin —, n'avait fourni à M. Rydigier, en 1898, que 4 succès sur 14 opérations. Au contraire, la désinvagination, lorsque la laparotomie a été précoce, est souvent possible et procure d'excellents résultats; de 1889 à 1896, M. Wiggin a relevé 18 cas où la désinvagination a été pratiquée chez des enfants, avec 14 guérisons et 4 morts. La statistique de M. Auvray est encore plus éloquente : sur 53 observations recueillies depuis 1897, 28 fois la désinvagination a été possible avec 23 guérisons et 5 morts (17 % de mortalité); au contraire, 25 invaginations irréductibles ont donné 9 guérisons seulement et 16 morts (63 % de mortalité).

Dans l'invagination chronique, sans doute, la résection est moins grave, puisque M. Baillet, en 1894, donnait, pour 11 cas relevés par lui, 7 guérisons et 4 décès; et M. Lejars, trois ans plus tard, trouvait, pour 11 nouvelles résections « à froid » du segment iléo-cæcal invaginé, 5 guérisons et 6 morts. Mais c'est précisément dans les cas chroniques que la désinvagination sera le plus facile, et qu'elle fournira les meilleurs résultats; car les tuniques des deux boudins de l'intussusception peuvent rester alors pendant des semaines dans un état d'intégrité presque complète.

Si vous parvenez par la désinvagination à rétablir la situation et les rapports normaux de l'intestin, toute la portion désinvaginée sera soumise à un examen minutieux. Parfois elle vous semblera saine, ou à peu près, des ulcérations tuberculeuses discrètes pouvant passer inaperçues, ou bien une infiltration bacillaire diffuse des tuniques en imposant pour un simple œdème mécanique : en pareil cas, pour éviter le retour des accidents, bornez-vous à fixer par quelques points de suture le cæcum à la paroi abdominale (typhlopexie), s'il s'agit d'une invagination iléo-colique. Lorsque c'est à une invagination de l'iléon que vous avez affaire, plutôt que de suturer à la paroi une anse grêle qui pourrait plus tard se couder, il sera préférable de terminer par une anastomose latérale des deux extrémités de l'anse désinvaginée : non seulement vous éviterez ainsi toute récidive, mais surtout vous mettrez au repos l'intestin dans sa portion malade.

Que si vous percevez à la vue ou au toucher, à travers la séreuse viscérale, quelques ulcérations isolées, l'enfouissement par des points séreux pourra suffire. Au cas où les ulcérations seraient plus nombreuses, sans pourtant faire craindre le sphacèle de l'intestin, une anastomose latérale s'imposerait entre deux portions saines de l'intestin, de part et d'autre de l'invagination. Si, enfin, vous avez des doutes sur la vitalité de l'anse désinvaginée, vous pourrez ne pas la réintégrer dans l'abdomen, mais la laisser dans la plaie, sous des compresses, pendant quelques jours.

Supposons au contraire que, la désinvagination terminée, vous constatiez un rétrécissement fibreux, ou une masse néoplasique infiltrant les parois intestinales; dans cette occurrence, plus que la nature cancéreuse ou tuberculeuse de la lésion, l'état de résistance de l'opéré dictera votre conduite. Si, l'intestin en main, vous hésitez encore entre le cancer et la tuberculose, et qu'il s'agisse d'un adulte peu émacié, sans état de shock, la résection large du segment malade avec suture immédiate des deux bouts est évidemment l'idéal. Si, en toute hypothèse, le malade est très affaibli, la résection suivie de la création d'un anus contre nature par fixation de l'un ou des deux bouts dans la plaie sera une précieuse ressource quand la lésion sera située au voisinage du cæcum.

Dans le cas où la multiplicité des rétrécissements, les caractères de la masse hypertrophiée (granulations jaunâtres semées sous le péritoine, ganglions volumineux et mous semblant caséeux) feraient pencher le diagnostic vers la tuberculose, et où vous croiriez la résection dangereuse, vous seriez d'autant plus autorisés à vous borner à une simple entéro-anastomose ou à l'exclusion unilatérale de la portion malade, que ces manœuvres palliatives peuvent devenir par la suite curatives. Elles ont parfois amené la guérison de tuberculoses sténosantes ou néoplasiques de l'intestin.

Chez les enfants, lorsque la tuberculose est avérée — et à cet âge la plupart des rétrécissements ou des masses hypertrophiques de l'iléon et du cæcum sont imputables à cette affection —, on est autorisé à se montrer encore moins radical. Les enfants réparent, en effet, avec une facilité surprenante, des lésions bacillaires, en apparence déjà très avancées, des tuniques intestinales. M. Patel, dans sa thèse, cite des cas de M. König, de M. Rötter, où la simple laparotomie a guéri des rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin. Nous même observons depuis un an une petite fille que nous avons laparotomisée en mai 1903 pour une occlusion due à la coudure de deux anses grêles adhérentes l'une à l'autre, et à la présence de six rétrécissements tuberculeux de l'iléon sur une longueur d'environ un mètre, au voisinage de la coudure : nous nous étions borné à la simple destruction de l'adhérence, et pourtant tous les accidents de sténose ont disparu. Aujourd'hui cette fillette est complètement guérie; elle a engraissé de 9 kilos depuis l'intervention. De

(1) A. Boiffin. Du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. (*Arch. provinc. de chir.*, oct. 1892.)

même, M. Poncet, M. Nové-Josserand ont observé des guérisons de tuberculoses hypertrophiques du cæcum par la simple laparotomie.

Donc, chez l'enfant, quand la tuberculose hypertrophique de l'intestin ne sera ni très étendue, ni très sténosante, vous pourrez vous contenter de la désinvagination avec iléo-cæcopexie, ainsi que vous nous l'avez vu faire chez notre second opéré, dont la guérison paraît actuellement définitive.

VINGT ET UNIÈME CONGRÈS ALLEMAND

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Leipzig du 18 au 21 avril 1904.

L'artériosclérose.

M. Romberg (de Marbourg), *rapporteur.* — M. Marchand devant étudier, dans son rapport, l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'artériosclérose, je vous parlerai des troubles fonctionnels que cette affection détermine dans la circulation et dans les différents organes, puis je m'occuperai de son traitement.

Parmi les effets fâcheux de l'artériosclérose, je signale avant tout la diminution de la dilatabilité des artères, qui gêne la circulation, mais que compense une dilatation anévrysmatique considérable des vaisseaux; par contre, dans la forme ordinaire de l'affection, on ne constate à aucun stade une hypertrophie artérielle compensatrice. De plus, les rétrécissements multiples, et souvent cylindriques des artères, sont autant de résistances à la circulation. On peut vérifier la réalité de ces phénomènes dans les cas — rares, d'ailleurs — de sclérose très prononcée des artères pulmonaires à l'intérieur du poumon. Alors le ventricule droit s'hypertrophie fortement; quand il devient insuffisant, on observe un syndrome analogue à celui des affections valvulaires congénitales.

Dans la grande circulation, l'artériosclérose ne paraît jamais déterminer une résistance à la circulation, suffisante pour mettre le ventricule gauche dans une telle situation, car les diverses régions vasculaires ne sont pas toutes atteintes. Cependant, les altérations des artères viscérales ont une grande influence sur la circulation. MM. Hasenfeld et Hirsch ont constaté qu'une sclérose prononcée de l'aorte, au-dessus du diaphragme, et des artères viscérales peut avoir pour effet une dilatation moyenne du ventricule gauche, qui se traduit par une augmentation de poids, mais cela seulement s'il n'y a pas anévrysme de l'aorte. La sclérose des autres régions vasculaires n'entraîne pas l'hypertrophie. C'est pourquoi dans près de 90 % des cas d'artériosclérose non compliquée la pression artérielle n'est pas accrue, et quand elle est augmentée, elle ne l'est que très peu. Il ne faut pas oublier toutefois que l'épaississement de la paroi artérielle peut en imposer pour une augmentation de la tension.

L'artériosclérose manifeste ses effets défavorables sur la circulation chaque fois que les artères sont mises en action. Nous n'avons qu'à voir ce qui se passe pour le pouls : dans l'artère rigide, les ondes se transmettent plus rapidement; les élévations secondaires du tracé sphygmographique se rapprochent de l'élévation principale; cette dernière s'arrondit ainsi. Le pouls devient plus ample, les oscillations de la pression étant plus considérables dans un tuyau rigide que dans un tuyau élastique. L'action des vasomoteurs se trouve diminuée.

Dès le début de l'artériosclérose, on peut constater une diminution de la réaction des vaisseaux au froid et au chaud. Plus les lésions progressent, moins la réaction est forte; elle finit par devenir à peu près nulle.

Parmi les altérations fonctionnelles des autres organes, celles du cœur sont les plus fréquentes. Je les ai trouvées chez plus d'un tiers des artérioscléreux de ma policlinique. Les reins étaient atteints dans 9 % des cas seulement, le cerveau dans 11 %. Chez les hommes artérioscléreux, nous voyons le cœur se prendre souvent déjà à trente ans; chez les femmes, ce n'est guère qu'à partir de cinquante ans. La sclérose coronarienne ne peut être incriminée que pour une partie des affections du myocarde : nous avons vu fréquemment l'affection cardiaque évoluer sous les symptômes peu caractéristiques d'une insuffisance chronique du cœur. Parfois, cependant, il existe des symptômes typiques nous permettant de porter le diagnostic de sclérose coronarienne, et, dans l'angine de poitrine, on trouve généralement des rétrécissements des artères coronaires, souvent localisés à leur origine. Dans les cas d'asthme cardiaque, il y a d'ordinaire une artériosclérose très diffuse. Pour ce qui est du diagnostic différentiel d'avec les anévrysmes, le point important est que ces derniers produisent des symptômes de compression et de déplacement; pour les anévrysmes sacciformes, la radiographie fournit en outre de bons renseignements.

L'artériosclérose crée dans les reins une prédisposition aux inflammations interstitielles chroniques. Les symptômes de la néphrite interstitielle artérioscléreuse sont en général latents, parce qu'ils sont toujours accompagnés d'une insuffisance du cœur avec hypertrophie; pourtant la néphrite ajoute au tableau morbide quelques traits caractéristiques. Une assez grande partie de ce que l'on a nommé hypertrophies cardiaques idiopathiques, en particulier le cœur des buveurs de bière, doit lui être attribuée. De plus, il faut mettre sur le compte de la néphrite la plupart des hypertrophies, cliniquement reconnaissables, du cœur des artérioscléreux, à moins qu'une lésion valvulaire, ou bien de l'emphysème, n'en donne l'explication. Les cas de néphrite interstitielle artérioscléreuse incomplètement développée sont fréquents : c'est ici que j'attache une grande signification au « pouls en fil de fer » et à la présence d'une diurèse abondante, quoique le cœur fonctionne mal. L'albuminurie manque souvent; par contre, il y a parfois des symptômes urémiques.

Parmi les accidents cérébraux de l'artériosclérose, je signalerai particulièrement les troubles neurasthéniques de la période initiale, qui parfois, bien que rarement, se transforment en psychoses. Ces symptômes neurasthéniques apparaissent entre quarante et cinquante ans et s'aggravent chaque fois que la pression artérielle augmente. Parmi les affections nerveuses des extrémités, je citerai la claudication intermittente, précurseur de la gangrène sénile, et les névroses vasomotrices généralisées. Il y a quelque chose de paradoxal dans le fait que les vaisseaux, bien que réagissant très faiblement aux irritations normales, se contractent spasmodiquement ou bien se dilatent paralytiquement à la suite d'influences nerveuses pathologiques.

En ce qui concerne le traitement, il est évident que nous sommes impuissants contre la lésion anatomique de l'artériosclérose. Par contre, les troubles fonctionnels des différents organes peuvent être améliorés notablement.

Nous basant sur l'étiologie, nous proscrirons tout ce qui provoque une fatigue pour la paroi des vaisseaux. Je signale avant tout les efforts physiques et les émotions. L'alcool, le tabac, le café, le thé sont nuisibles : sans les interdire complètement, on ne doit en autoriser l'usage qu'avec modération. Il est bien rare qu'il faille exiger du malade une plus grande activité physique; on doit au contraire réduire les efforts et veiller à ce que les organes puissent se reposer suffisamment. Il faut régler le sommeil, prescrire des cures de repos à une altitude ne dépassant pas 1,000 mètres. Les eaux minérales indifférentes ou salines ont un bon effet, surtout sur l'artériosclérose cérébrale.

Quant au régime, je préfère le régler empiriquement en évitant tout excès, de viande ou de légumes. Je ne suis partisan ni du régime de M. Huchard ni de celui de M. Rumpf (prohibition des aliments riches en sels calcaires). D'ailleurs, tout changement de régime, surtout chez les obèses et les diabétiques, est à éviter. Il ne faut diminuer l'absorption de liquide que s'il y a de l'œdème ou bien de la tendance à l'œdème; on la restreint alors à un litre et demi par jour. Mais il m'est arrivé plus souvent d'avoir à augmenter qu'à réduire la quantité de liquide chez mes malades.

Il est très important de veiller à la régularité des selles, la constipation étant toujours nuisible aux artérioscléreux. Particulièrement dans les cas de pléthore abdominale, les eaux minérales sulfatées ou chlorurées sodiques produisent d'excellents effets.

L'administration prolongée d'iodure de potassium donne de bons résultats au premier stade de l'affection, quand les troubles sont encore pour ainsi dire fonctionnels : je fais allusion ici aux troubles cérébraux du début, à l'angine de poitrine légère ou moyenne, aux troubles cardiaques modérés qui ne se manifestent par une dyspnée prononcée qu'après un effort, à la claudication intermittente, etc. Mais la médication iodurée ne peut rien contre les lésions anatomiques; elle ne produit pas non plus une dilatation des vaisseaux, n'agit ni comme résorbant ni comme alcalin. Je crois qu'elle agit sur le sang en en diminuant la viscosité. MM. O. Müller et Inada ont fait des recherches dans ce sens, sous ma direction. Ils ont constaté, chez des hommes sains qui avaient pris pendant dix jours 1 gr. 50 centigr. d'iodure de potassium, une diminution notable de la viscosité du sang. Chez des artérioscléreux, la viscosité diminua davantage encore, et plus rapidement; cette diminution persista quelque temps après la cessation de la médication iodurée. En même temps que la viscosité diminuait, les symptômes cérébraux s'amélioraient. Comme le sérum n'est pas notablement modifié, et que parfois même sa viscosité est plutôt augmentée, il faut admettre que l'iodure de potassium agit sur les globules sanguins, peut-être en modifiant leur osmose : il rend le sang plus liquide, sans amoindrir sa concentration; le sang s'écoulant plus facilement, l'obstacle apporté à la circulation par la lésion des artères se trouve compensé.

Je crois qu'il est inutile de dépasser les doses de 0 gr. 90 à 1 gr. 50 centigr. d'iodure par jour; on aura soin d'ailleurs d'augmenter lentement les doses et de recommander au malade de s'abstenir de boissons et d'aliments acides, afin d'éviter les troubles intestinaux : ceux-ci, en effet, entravent l'action du remède.

Nous ne possédons pas d'autre médicament sûr contre l'artériosclérose. Le nitrite de potasse, préconisé par Sir Lauder Brunton (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 247), mérite pourtant d'être cité; la nitroglycérine n'agit que symptomatiquement dans l'angine de poitrine. Le sérum inorganique de Trunecek (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 137-138) n'a pas fait jusqu'ici l'objet d'expériences suffisantes.

Dans la néphrite artérioscléreuse, il faut avant tout traiter le cœur. A ce point de vue, on ne doit pas se laisser arrêter par la crainte d'augmenter la pression sanguine, cette augmentation n'étant dangereuse que si elle est excessive, ce qu'il est toujours possible d'éviter : surtout chez les malades âgés, il faut donc être prudent dans la posologie de tous les médicaments agissant comme toniques du cœur. On ne dépassera pas la dose de 0 gr. 05 centigr. de feuilles de digitale, répétée 3 ou 4 fois par jour, ou celle de 15 gouttes de teinture de strophantus administrée en 3 fois. La médication continue par la digitale produit de bons effets. Les bains d'acide carbonique peuvent être employés dans les formes initiales d'insuffisance cardiaque ou bien dans la convalescence d'une affection grave, s'il n'y a pas de contre-indications (angine de poitrine, apoplexies, embolies, etc.).

M. Marchand (de Leipzig), *co-rapporteur.* — C'est au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique que je m'occuperai de l'artériosclérose : nous désignons sous cette dénomination commune toutes les altérations morbides des artères aboutissant à une augmentation de volume, diffuse ou nodulaire, des parois artérielles, en particulier de l'endartère, altérations qui, en se développant, donnent lieu à l'apparition de dégénérescences telles que la dégénérescence graisseuse et ses suites, la sclérose, la calcification (y compris celle de la tunique moyenne). Dans l'artériosclérose, il s'agit en un mot d'un processus de dégénérescence, quoiqu'on puisse observer parfois, au cours de cette affection, des altérations inflammatoires, ou même des lésions résultant d'une prolifération cellulaire. L'hypertrophie pure de la tunique moyenne doit par contre être séparée de l'artériosclérose; il en est de même de l'artérite syphilitique des artères de moyen et de petit calibre, et de diverses autres altérations analogues.

La prolifération du tissu conjonctif de l'*intima* dans l'artériosclérose est avant tout de nature hyperplasique. L'augmentation des élé-

ments élastiques de cette couche est due en majeure partie à ce que, dans l'aorte, de nouvelles lamelles prennent naissance par prolifération de la couche élastico-musculaire. Au niveau des autres artères, c'est la couche élastique interne qui fournit ces lamelles. Dans les processus qu'on a l'habitude de nommer inflammatoires chroniques, nous voyons au contraire les fibres se produire par néoformation, comme dans le tissu cicatriciel.

L'artériosclérose est essentiellement le résultat de l'action mécanique d'un effort fonctionnel exagéré des artères, qui se traduit en ce que ces vaisseaux contiennent plus de sang et en ce que la pression sanguine, tant variable que constante, est augmentée. A ce facteur s'ajoutent d'autres causes nocives, soit locales, soit générales : telles les altérations générales de la nutrition, les processus toxiques ou infectieux, la prédisposition héréditaire, etc.

Il existe une sclérose de l'aorte thoracique qui, dans beaucoup de cas, a pour cause la syphilis. Il s'agit là d'une lésion dégénérative et inflammatoire atteignant avant tout la tunique moyenne et l'adventice. Dans certains de ces cas, on observe des gommes dans la paroi des vaisseaux, mais il faut se garder d'employer le mot de gomme pour désigner l'épaississement général de l'endartère. C'est pourquoi il est préférable, pour le moment du moins, de donner à cette lésion le nom d'aortite (*mésaortite productive* de Chiari) ou de sclérose aortique calleuse.

L'artériosclérose me paraît débuter par une dégénérescence des éléments élastiques appartenant à la couche élastico-musculaire de l'*intima;* en même temps les éléments élastiques de la tunique moyenne de l'aorte, d'une part, de la couche élastique interne des moyennes et petites artères, d'autre part, sont atteints. Il faut déjà regarder comme relevant de cette altération la dégénérescence graisseuse (athéromateuse) de la tunique interne de l'aorte chez des individus jeunes.

La dégénérescence des éléments élastiques a pour conséquence la dilatation de la paroi des vaisseaux, soit par régions, soit dans la totalité du système vasculaire, dilatation à laquelle peut s'opposer l'hypertrophie simultanée de l'endartère. Il est possible que cette hypertrophie diffuse (*artériosclérose diffuse* de Thoma) ait un rôle compensateur. Dans l'artériosclérose nodulaire, le caractère dégénératif domine toujours. Cette affection est constamment suivie d'une lésion de la paroi des vaisseaux; mais je ne saurais accepter l'opinion de M. Thoma, qui admet que la paroi de l'*intima* s'hypertrophie dans les deux cas par un ralentissement de la circulation du sang.

La calcification de la tunique moyenne des artères des membres, surtout des membres inférieurs, n'est pas identique au point de vue anatomique à l'artériosclérose ordinaire; elle est souvent combinée avec un épaississement de l'endartère. Aussi la sclérose et la calcification des artères des extrémités ne nous permettent-elles pas de conclure à l'existence simultanée de la sclérose de l'aorte et des autres artères.

Un fait à noter, c'est que l'artériosclérose s'accompagne souvent d'une hypertrophie du ventricule gauche, les résistances opposées dans tout l'organisme à la circulation étant considérables surtout au niveau du rein atrophié. Je crois cependant que M. Romberg, MM. Hasenfeld et Hirsch ont exagéré l'importance de l'artériosclérose des vaisseaux viscéraux dans la pathogénie de l'hypertrophie du cœur.

Comme conclusion, étant donnés les faits anatomo-pathologiques dont il vient d'être question, je propose de dénommer tous ces phénomènes morbides *athérosclérose* ou *scléro-athérose* des artères, car il s'agit bien d'une combinaison de la dégénérescence athéromateuse et de la sclérose artérielle.

M. Gumprecht (de Weimar). — Mes recherches pléthysmographiques m'ont montré l'absence de réaction, chez les artérioscléreux graves avec haute pression artérielle, soumis à des variations thermiques. Par contre, j'ai vu dans des cas d'artériosclérose moyenne la pression s'élever sous l'influence de la chaleur, puis retomber sous celle du froid. La pression était généralement élevée chez ces malades.

M. Dehio (de Youriev). — J'ai fait des expériences sur les oscillations de la pression artérielle au repos et pendant le travail. Pendant le travail, les différences entre le minimum et le maximum de la pression sont beaucoup plus grandes qu'au repos, les maxima étant plus élevés et les minima étant plus bas. La pression s'élève aussi chez les artérioscléreux, mais moins qu'à l'état de santé.

M. Grödel (de Nauheim). — Je me suis servi de la méthode photométrique pour étudier la pression artérielle chez les artérioscléreux. Quand les valvules du cœur étaient intactes, la pression n'était pas augmentée; elle l'était rarement dans les lésions aortiques; par contre, je l'ai trouvée augmentée dans 15 cas sur 73 d'angine de poitrine vraie, presque constamment quand il y avait de la néphrite. Non seulement la sclérose des artères viscérales produit une augmentation de la pression artérielle, mais il en est de même de la sclérose des grandes artères.

Comme traitement, j'emploie avec succès la médication iodurée. Je suis partisan du traitement continu par la digitale à faibles doses. Je fais grand cas de la gymnastique suédoise, des frictions à l'alcool et des cures hydrominérales. Celles-ci ne sont contre-indiquées que si la pression artérielle est très élevée.

M. Kisch (de Marienbad). — Je tiens à attirer l'attention sur la coexistence de l'obésité avec l'artériosclérose précoce et sur l'importance de cette association au point de vue du danger de mort subite. La courbe sphygmographique, dans ces cas, me paraît contenir des « signaux d'alarme » qui consistent soit dans une bradycardie excessive avec un plateau très marqué, soit dans une irrégularité extrême du pouls : sur les tracés, on voit de petites élévations irrégulières alterner avec de grandes élévations à forme tardive.

M. von Criegern (de Kiel). — J'ai observé un symptôme fréquent au début de l'artériosclérose : il consiste en une pulsation des artères accessibles de moyen volume, ainsi que des grandes artères de l'abdomen; il s'agit d'un pouls acrocapillaire à courbe anacrote, avec accès de tachycardie, ou même d'embryocardie. On constate aussi ces phénomènes dans la maladie de Basedow et dans les cas de dilatation traumatique des vaisseaux. Contre ces accidents, le seigle ergoté nous a fourni de bons résultats, tandis que le nitrate et le nitrite de soude augmentaient les symptômes.

M. P. Krause (de Breslau). — Le diagnostic radiographique de l'artériosclérose est très malaisé. On voit à l'examen de petites plaques, des raies qu'il est difficile d'attribuer avec certitude à des artères. Les rayons de Röntgen ne permettent pas de reconnaître la sclérose coronarienne ni celle des artères rénales, même dans les organes isolés à l'autopsie; il en est de même pour les artères du cerveau. Seule, l'aorte donne des résultats satisfaisants quand sa paroi est calcifiée.

M. Sattler (de Leipzig). — J'ai pu m'assurer qu'on ne saurait reconnaître par l'ophtalmoscopie une artériosclérose commençante, les sinuosités des vaisseaux du fond de l'œil s'observant aussi en dehors de l'artériosclérose. Les rétrécissements vasculaires n'ont d'importance que s'ils sont multiples sur le même vaisseau, ou bien si plusieurs vaisseaux sont atteints. Les veines sont également intéressées dans les cas d'artériosclérose du fond de l'œil et ont un calibre irrégulier.

L'artériosclérose du fond de l'œil peut produire des accidents extrêmement graves pour l'organe de la vision : des hémorragies rétiniennes, par exemple, qu'il ne faut pas confondre avec celles que causent les néphrites. Elles surviennent par thrombose des veines de la rétine. Parfois ce qu'on prend pour une embolie de l'artère centrale n'est qu'une thrombose par artériosclérose.

M. F. Hirschfeld (de Berlin). — La goutte et l'artériosclérose étant des maladies similaires, les statistiques des Sociétés d'assurances sur la vie peuvent nous donner une idée du pronostic de ces deux affections. D'après la statistique de la compagnie de Gotha, les goutteux meurent généralement entre soixante et onze et quatre-vingt dix ans. Il en est de même pour les artérioscléreux. Seule, l'association des deux affections assombrit le pronostic.

M. Bahrdt (de Leipzig). — Dans la statistique de la Société d'assurances sur la vie de Leipzig, la mort par artériosclérose occupe une grande place, surtout si l'on y comprend les états morbides consécutifs à l'artériosclérose (certaines cardiopathies chroniques, apoplexie, ramollissement cérébral, gangrène sénile, etc.). Le nombre des cas s'accroît proportionnellement à l'âge. Il me semble que l'artériosclérose a d'ailleurs augmenté de fréquence depuis dix ou vingt ans : la mortalité par artériosclérose a été dans les onze dernières années de 22 % du total des décès, tandis que la tuberculose n'y figure que pour 7 %.

M. Schott (de Nauheim). — J'ai observé l'artériosclérose chez des sujets très jeunes (seize ans). Quant à la pression, elle est élevée seulement lorsqu'il y a des lésions du rein; d'habitude elle est au contraire basse. Au point de vue étiologique, j'incrimine avant tout le tabac, puis l'alcool (surtout les vins jeunes et les bières lourdes). Je suis opposé à tout régime diététique qui ne se résume pas en une vie sobre. J'ai eu de bons résultats avec la nitroglycérine, que j'emploie en solution à 1 %.

M. L. Hofbauer (de Vienne). — Je tiens à signaler les différences graphiques existant entre l'asthme cardiaque des artérioscléreux et la dyspnée cardiaque ordinaire. Dans l'asthme cardiaque, le type de la respiration est caractéristique : la courbe respiratoire n'offre que de faibles oscillations; l'inspiration et l'expiration sont lentes. Tous ces caractères font défaut dans la dyspnée cardiaque.

M. Agéron (de Hambourg). — Beaucoup de dyspepsies nerveuses relèvent de l'artériosclérose larvée. En ce qui concerne l'étiologie, le nervosisme, les excès de travail intellectuel ne produisent pas à eux seuls l'artériosclérose; c'est plutôt une alimentation trop riche en albuminoïdes et en alcool — surtout chez les sujets n'ayant pas une activité physique suffisante — qu'il faut incriminer. Comme régime, je conseille beaucoup de légumes et de fruits; j'ai en outre recours au massage abdominal.

M. Hochhaus (de Cologne). — Les prétendues névroses du cœur sont presque toujours liées à l'artériosclérose, même chez les jeunes gens. La pression sanguine est constamment augmentée en pareil cas. Les préparations bromurées agissent mal chez ces malades; de petites doses de digitale et de camphre ont au contraire de bons effets, de même que la nitroglycérine (de 3 à 5 gouttes de la solution à 1 % 3 fois par jour).

M. Klemperer (de Berlin). — L'artériosclérose est une maladie très fréquente chez les médecins. J'ai observé des cas chez des confrères de vingt-huit à quarante ans. C'est que les médecins demandent beaucoup à leur appareil circulatoire : ils deviennent artérioscléreux par surmenage.

Au point de vue symptomatologique, j'indiquerai un signe particulier de l'artériosclérose : les attaques de fièvre sans cause apparente. L'autopsie révèle seulement dans ces cas quelques lésions à l'aorte, recouvertes d'un léger dépôt fibrineux.

Le pronostic de l'artériosclérose des jeunes gens n'est pas aussi mauvais qu'on pourrait le croire. Ces sujets atteignent souvent un âge avancé.

Quant au régime, l'abstinence des substances calcaires ne repose sur aucun fondement sérieux, car le lait, qui contient beaucoup de chaux, est excellent pour les artérioscléreux. Je suis par contre très sévère pour l'alcool.

M. von Noorden (de Francfort-sur-le-Mein). — La nitroglycérine m'a rendu d'excellents services, en solution alcoolique; j'en donne jusqu'à 0 gr. 010 et 0 gr. 012 milligr. par jour. L'action de ce médicament peut se prolonger pendant huit à quinze jours après qu'on a cessé de l'administrer. Je n'approuve pas plus que M. Klemperer le régime de M. Rumpf; les malades ne le supportent pas, et d'ailleurs le bilan des substances calcaires est identique chez les artérioscléreux et chez les sujets normaux.

M. von Jaksch (de Prague). — Je crois comme M. Agéron que le nervosisme ne joue pas un rôle important dans la pathogénie de l'artériosclérose : les malades deviennent nerveux parce qu'ils ne se sentent plus tout à fait bien portants. Le tabac et l'alcool, au contraire, sont des facteurs de l'artériosclérose; aussi je conseille aux artérioscléreux l'abstinence absolue de l'alcool, et je ne leur permets le tabac qu'en petite quantité.

Je suis plus partisan que M. Romberg des bains d'acide carbonique : les patients y trouvent une amélioration subjective notable. Je prescris volontiers la médication iodurée prolongée, préférant l'iodure de sodium à l'iodure de potassium; je l'administre 2 ou 3 fois par semaine à hautes doses.

Je crois qu'il faut s'abstenir de la digitale, à moins qu'elle ne soit indiquée par une insuffisance cardiaque. J'ai eu de mauvais résultats avec la nitroglycérine, dont l'ingestion (à la dose de 0 gr. 003 milligr.) a été suivie d'intoxication dans certains cas.

M. A. Fränkel (de Berlin). — A mon avis, les maladies infectieuses jouent un grand rôle dans l'étiologie de l'artériosclérose, particulièrement l'influenza, l'appendicite.

Pour ce qui est du traitement, la digitale associée à la morphine constitue la meilleure médication contre l'angine de poitrine des artérioscléreux. Les individus à pouls fortement tendu réagissent mieux à la digitale que ceux dont le myocarde est altéré. Les bains d'acide carbonique sont dangereux dans l'angine de poitrine.

M. Smith (de Potsdam). — J'ai vu des hémorrhagies avoir un effet salutaire sur l'artériosclérose. Comme moyen de traitement, je recommande la franklinisation, dont les effets ne sauraient être rapportés à une simple suggestion

M. Hoppe-Seyler (de Kiel). — Les altérations du pancréas, dans l'artériosclérose, consistent, comme pour le rein, en une prolifération du tissu conjonctif; en outre, on observe de l'atrophie pure et simple et de la prolifération des parois artérielles. Plus l'atrophie est considérable, plus le diabète est prononcé; dans les cas légers, il n'y a que de la glycosurie alimentaire. Je crois qu'on peut tirer de ces constatations un argument en faveur de l'importance des îlots de Langerhans dans la pathogénie du diabète, ces îlots étant en relation intime avec les vaisseaux sanguins.

M. Sauerbeck (de Bâle). — On ne peut pas encore affirmer si les îlots de Langerhans ont une influence sur la production du diabète pancréatique ou non. J'ai répété les expériences de Claude Bernard, consistant à lier le canal pancréatique, et j'ai réussi chez des lapins à obtenir au bout de cinq semaines un diabète chronique.

M. Erb fils (de Heidelberg). — J'ai pu produire expérimentalement l'artériosclérose chez des lapins en leur injectant une solution d'adrénaline dans la veine de l'oreille, ainsi que l'a fait récemment M. Josué en France (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 385). Les animaux diminuèrent de poids; au bout de quatre semaines, ils avaient de la paraplégie. A l'autopsie, l'aorte, depuis la crosse jusqu'aux vaisseaux sacrés, était épaissie, ossifiée et sinueuse; toutes les artères étaient atteintes; dans un cas on trouva un foyer apoplectique cérébral. Histologiquement, il s'agissait d'une endartérite et d'une mésartérite; il y avait des plaques calcifiées dans la tunique moyenne, mais pas de dégénérescence graisseuse.

M. Marchand. — Les lésions expérimentales ne peuvent pas être identifiées avec l'artériosclérose vraie : elles se résument en effet en une altération de la couche moyenne et non pas de l'endartère.

M. Romberg. — J'ai obtenu les mêmes altérations que M. Erb fils au niveau de la carotide, en produisant avec une sonde une insuffisance aortique expérimentale, surtout quand ma sonde n'était pas tout à fait aseptique. Histologiquement, le résultat fut le même que celui qu'a enregistré M. Erb. Ces expériences ont moins d'importance pour l'étiologie de l'artériosclérose que pour l'étude de l'influence d'une lésion de la tunique moyenne sur la circulation.

Pour ce qui est du traitement par la digitale, je ne suis pas de l'avis de M. von Jaksch. Dans les cas d'insuffisance cardiaque, ce médicament rend d'excellents services, surtout à petites doses (0 gr. 05 centigr. trois ou quatre fois par jour, sans dépasser la dose totale de 1 à 2 grammes). Souvent le pouls est fort, alors que le cœur est faible; dans ces cas, la digitale abaisse la pression artérielle en tonifiant le cœur.

Dr J. Karcher (de Bâle).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 11, 18 et 25 avril 1904.

L'autolyse des tissus et la genèse des phénomènes morbides.

M. Charrin. — Au cours de nombre de maladies, surtout d'affections chroniques, quand la mort survient, souvent depuis un temps plus ou moins long différents viscères sont en voie de dégénérescence, d'autolyse. A des dates successives, nous avons examiné des organes recueillis chez des individus ou des animaux malades; nous avons également étudié à ce point de vue des viscères (foie, et de préférence reins à surface plus facile à stériliser), conservés aseptiquement à l'abri de l'air dans du sérum artificiel isotonique.

Dans ces conditions, en dehors des tares habituelles et des anomalies portant sur la fonction dominante de l'organe en cause, on décèle une série de modifications intimes successives propres à faire comprendre comment l'évolution des processus autolytiques entraîne, dans un appareil, des changements susceptibles d'exercer une influence d'ailleurs complexe sur la genèse des phénomènes morbides.

En premier lieu, après des périodes variables, des principes, surtout de nature diastasique (sucrase, oxydases, amylase, etc.), disparaissent, disparitions liées en partie aux altérations histologiques des cellules ou à la suppression de tout produit hématique, car, parmi ces diastases, les unes naissent *in situ*, d'autres sont empruntées au sang. En second lieu, des acides, notamment des acides gras, se développent ou augmentent; on voit également apparaître des peptones, des corps amidés (leucine, tyrosine, etc.) et parfois de la lysine, de l'arginine, de l'histidine, de la choline en partie issues des transformations des lécithines.

Une telle variété entraîne une certaine dissemblance dans le mécanisme des troubles pathologiques.

Les diastases cessent d'élaborer la matière (dédoublements, hydratations, oxydations, réductions, etc.); le mal provient du défaut de ces composés utiles, bien que quelques-uns, tels que des ferments protéolytiques, résistent très longtemps. Les acides agissent par eux-mêmes ou en accaparant — en vue de former des sels — des bases, surtout des bases minérales dès lors détournées de leurs fonctions chaque jour plus importantes. Les autres composés assez vite résorbés, comme je l'ai montré, interviennent par voie de toxicité; dans le cas d'organes pairs, ces résorptions, ces sortes d'auto-injections peuvent entraîner la formation de cytotoxines, d'ailleurs peu actives, l'espèce animale et même l'individu fournisseur des éléments introduits et siège de la réaction ne variant pas.

On voit, en somme, combien sont complexes les procédés pathogéniques qui interviennent, au cours de l'autolyse des tissus, dans la genèse des phénomènes morbides. Parfois à un principe coagulant disparu succède un produit qui retarde la coagulation; de là de grandes variétés dans la symptomatologie, etc.

Renforcement spécifique de la phosphorescence par les extraits d'organes.

M. A. Charpentier adresse une note dans laquelle il relate des expériences tendant à démontrer que, de même que certains alcaloïdes augmentent la phosphorescence de l'écran vis-à-vis des organes ayant une affinité physiologique avec eux (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 100), de même les principes actifs d'un organe (extraits thyroïdien, ovarien et testiculaire) produisent un renforcement spécifique analogue.

L'auteur estime que la constatation de ce fait permettra de construire des écrans spécialement adaptés à l'exploration de tel ou tel organe.

Recherches chimiques sur l'appareil thyroïdien.

MM. J. Chenu et **A. Morel** envoient une note concernant leurs recherches expérimentales sur la localisation de l'iode dans les glandules parathyroïdes externes du chien, du lapin, du poulet. Ils en concluent — les glandules parathyroïdes contenant sensiblement moins d'iode que le corps thyroïde (environ 4 fois moins chez le chien) — que ces organes doivent leurs propriétés physiologiques à une substance autre que l'iodothyrine, le rôle de cette dernière devant être limité aux fonctions du corps thyroïde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1904.

Traitement de l'hypospadias périnéal.

M. A. Reverdin (de Genève). — Je viens d'observer un cas de pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéal, chez un sujet de trente-deux ans qui jusqu'ici avait été considéré comme appartenant au sexe féminin. Il présente un pénis petit, dont les dimensions sont à peu près celles du pénis d'un enfant de cinq à six ans; le prépuce est divisé en deux parties simulant les petites lèvres; enfin deux grandes lèvres, correspondant aux deux moitiés non soudées l'une à l'autre d'un scrotum rudimentaire, renferment chacune un testicule nettement pourvu d'un épididyme; au fond d'un infundibulum médian se trouve le col de la vessie, s'ouvrant ainsi directement au dehors.

M. Legueu. — J'ai en ce moment dans mon service 2 sujets tout à fait analogues à celui dont M. Reverdin vient de nous parler. Il s'agit de 2 frères, atteints l'un et l'autre d'hypospadias périnéal, et que j'ai opérés par le procédé de Nové-Josserand.

M. Demoulin. — Lorsque j'étais chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, j'ai vu M. Duplay opérer, par son procédé de la suture enchevillée, un cas semblable à celui de M. Reverdin; le résultat a été excellent.

M. Tuffier. — La difficulté, dans les cas de ce genre, est moins la reconstitution d'un nouveau canal, que l'abouchement de celui-ci à l'ancien canal. Il reste souvent au niveau de cette réunion une fistule dont la guérison nécessite des interventions multiples; j'ai vu 2 fois, en outre, s'y produire un rétrécissement. Au point de vue de l'avenir éloigné des opérés, le procédé de von Hacker me paraît particulièrement précieux.

M. Pozzi. — On pourrait employer, chez le malade de M. Reverdin, soit le procédé plastique de Duplay, soit celui de Thiersch. Ce dernier, qui m'a récemment encore donné un beau succès, me semble devoir être, dans ce cas, choisi de préférence.

M. Walther. — C'est surtout la constatation des épididymes qui permet d'affirmer que le malade de M. Reverdin est bien du sexe masculin. J'ai eu l'occasion de vous montrer un cas de pseudo-hermaphrodisme, dans lequel il s'agissait en apparence d'un individu du sexe masculin, alors que les glandes dont on constatait la présence dans les grandes lèvres étaient en réalité des ovaires, ainsi que l'opération m'a permis de le reconnaître.

M. Carlier (de Lille). — J'ai opéré un cas analogue à celui de M. Reverdin, en me servant de la méthode à deux lambeaux; le résultat a été très satisfaisant. Dans un autre cas d'hypospadias, j'ai eu recours avec succès à la méthode de Nové-Josserand.

Occlusion intestinale très tardive par brides et adhérences péritonéales.

M. Lejars. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. R. Le Fort (de Lille). Il s'agit d'un malade de soixante-douze ans qui, après avoir eu en 1852 une crise d'appendicite et être resté cinquante ans sans aucun accident, a été pris d'occlusion grave, à laquelle il a succombé malgré une intervention pratiquée au quatrième jour. La laparotomie a montré que, à un mètre environ du cæcum, l'intestin grêle était coudé et immobilisé par des adhérences nombreuses; de plus, l'ensemble des anses grêles semblait avoir subi une torsion totale sur le pédicule mésentérique. A l'autopsie, on a trouvé l'appendice coupé en deux tronçons, le bout terminal étant entièrement séparé du fragment initial; c'est à ce niveau qu'existaient les brides et coudures qui avaient déterminé l'occlusion.

Kystes du mésentère.

M. Kirmisson. — Je puis vous communiquer un fait de kystes mésentériques que j'ai observé chez un enfant de trois ans. L'abdomen était considérablement distendu par une double tumeur, dont la partie supérieure siégeait dans la région de l'hypocondre droit et se continuait en apparence avec le foie, tandis que la masse inférieure, très mobile et franchement fluctuante, était située au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

Une laparotomie médiane m'a permis de constater l'existence de deux kystes communiquant l'un avec l'autre et placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'insertion pariétale du mésentère. Le contenu de ces cavités était constitué par un liquide filant, analogue à celui des grenouillettes; leur paroi interne était simplement tapissée par un revêtement endothélial. Il s'agissait donc d'un double kyste du mésentère qui pouvait être considéré comme une forme de lymphangiome.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 avril 1904.

La névralgie occipitale dans les angines vulgaires.

M. Vincent. — Sur 136 cas d'angine simple, érythémateuse, pultacée, herpétique ou phlegmoneuse, j'ai constaté 17 fois, soit dans 12.5 % des cas, un retentissement névralgique dans le domaine du nerf occipital. Ordinairement unilatérale, la douleur siège le plus souvent à droite; elle s'exagère par les mouvements de déglutition et par la pression dans la fossette de la nuque et au niveau des points d'émergence des nerfs occipitaux. Elle peut, en outre, persister plusieurs jours après la disparition de l'angine.

Cette complication, non signalée jusqu'ici, paraît être la conséquence des relations anatomiques qui existent entre les nerfs sensitifs du pharynx et le deuxième nerf cervical d'Arnold. La deuxième racine cervicale postérieure envoie quelquefois, en effet, un ou plusieurs rameaux sensitifs au spinal. Ces filets accompagnent la branche interne de ce nerf jusqu'au ganglion plexiforme du pneumogastrique et se détachent vraisemblablement de ce ganglion en suivant le nerf pharyngé, qui n'est autre que la continuation de la branche interne du spinal; ces fibres aboutissent au plexus pharyngien. Ainsi s'explique la solidarité qui existe parfois entre le nerf occipital et les branches sensitives du pharynx. L'anastomose précitée n'est pas constante, ce qui explique que l'occipitalgie ne le soit pas davantage.

Chorée simple terminée par la mort subite.

M. Barié. — Le cas de chorée suivi de mort, que M. Dupré nous a communiqué dans la dernière séance, m'engage à vous citer l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui mourut subitement au quatrième jour d'une chorée intense et généralisée, mais sans aucune complication. L'autopsie ne put être pratiquée.

La mort subite qui survient dans environ 2.5 % des cas de chorée, même de moyenne intensité, me paraît imputable soit à l'épuisement nerveux (chorée simple), soit à des complications qui intéressent tantôt l'appareil circulatoire (endopéricardites) et tantôt le système nerveux (ictus, coma, manie aiguë). En outre, la mort, au cours de la chorée, peut encore être la conséquence d'infections secondaires (érysipèles, lymphangites, adéno-phlegmons, etc.) développées à la suite des excoriations ou des plaies cutanées résultant des mouvements désordonnés des malades.

M. Comby. — Sur 3 cas de chorée mortelle que j'ai observés, deux fois une endocardite végétante a été la cause de la mort. Le troisième malade a succombé à un rétrécissement mitral ancien avec infarctus pulmonaires multiples.

Endocardite végétante staphylococcique à type fébrile intermittent.

M. Sicard communique l'observation d'une femme de quarante-deux ans, qui fut atteinte, à la suite d'une angine, d'une endocardite à allures fébriles intermittentes à laquelle elle succomba. Les ensemencements du sang, pratiqués pendant les périodes fébriles, se montrèrent tous positifs et donnèrent du staphylocoque doré en abondance; pendant les phases d'apyrexie, au contraire, ils furent toujours stériles.

D'après l'orateur, le staphylocoque doré est assez fréquemment l'agent des endocardites malignes; il peut déterminer, comme le streptocoque et le colibacille, une fièvre à type intermittent et donner naissance soit à des lésions exclusivement végétantes, soit à des lésions ulcéreuses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 16 et 23 avril 1904.

Lésions des neuro-fibrilles consécutives à la ligature de l'aorte abdominale.

M. Marinesco. — Quatre heures après la ligature de l'aorte abdominale, les cellules radiculaires, ainsi que celles des cordons de la moelle, sont altérées à des degrés différents. Les neuro-fibrilles des cellules radiculaires ont un aspect granuleux, se colorent en brun, les mailles du réseau sont dilatées. En dehors de la dégénérescence granuleuse, il existe une fragmentation des neuro-fibrilles qui ne permet pas de les suivre sur un long trajet. Les neuro-fibrilles des prolongements paraissent moins altérées que celles du cytoplasma. Les massues terminales, réduites de nombre et de volume, sont plus pâles et fortement granuleuses.

Parmi les cellules des cordons, on en trouve quelques-unes qui sont peu altérées et dont les fibrilles gardent leur continuité, bien qu'elles soient devenues un peu granuleuses.

Lorsqu'on pratique l'examen dix-sept heures après la ligature de l'aorte, toutes les lésions ci-dessus décrites sont beaucoup plus accentuées.

Résistance cellulaire aux solutions isotoniques.

MM. Achard et **Lœper.** — En comparant l'action exercée *in vitro* sur les cellules blanches de la moelle osseuse par des solutions isotoniques de diverses substances, congelant à — 0°60, on observe des différences très grandes. Le chlorure de sodium laisse les éléments à peu près intacts, même au bout de vingt-quatre heures. Le sulfate de soude produit peu d'altérations. Le glucose et le saccharose altèrent les granulations neutrophiles ainsi que les noyaux et contractent les éléments. L'urée altère profondément et rapidement les éléments : déjà au bout de trois heures, les noyaux se colorent à peine, le protoplasma est diffluent, les granulations neutrophiles et la plupart des éosinophiles ont disparu.

Les cellules de la rate résistent mieux que celles de la moelle osseuse : c'est encore l'urée qui les altère le plus. Il en est de même pour les cellules du foie et du rein.

A noter que le glucose paraît conserver le glycogène hépatique mieux que les autres corps.

Le lait de vaches tuberculeuses.

M. G. Moussu. — En injectant à des cobayes le culot de centrifugation du lait fourni par des vaches qui réagissaient à la tuberculine, mais semblaient en bon état de santé et notamment n'offraient pas de lésions mammaires cliniquement reconnaissables, j'ai obtenu 7 résultats positifs sur 57 expériences.

Cette proportion est relativement faible, mais ces faits n'en démontrent pas moins que le lait des vaches atteintes de tuberculose latente peut renfermer des bacilles en quantité suffisante pour infecter, dans certaines conditions, des sujets réceptifs.

Les néphrites expérimentales dues au chloroforme et à l'iodoforme.

MM. Coyne et **Cavalié** (de Bordeaux) envoient une note de laquelle il résulte que l'introduction d'iodoforme sous la peau, et l'injection sous-cutanée de cette substance en solution dans l'éther ou l'huile de vaseline, déterminent constamment une néphrite parenchymateuse subaiguë sans congestion marquée.

Quant aux lésions rénales constatées chez les animaux que l'on sacrifie à la suite d'une anesthésie chloroformique prolongée, elles consistent toujours en une congestion intense des reins avec glomérulite.

Hypohémoglobinie musculaire.

MM. J. Camus et **Pagniez.** — Nos recherches nous permettent de conclure à l'existence d'une hypohémoglobinie musculaire (diminution de l'hémoglobine propre du muscle), laquelle ne dépend ni directement ni immédiatement de la richesse du sang en hémoglobine, mais paraît plutôt en rapport avec l'état général du sujet. L'anémie sanguine n'agirait qu'indirectement sur sa production ou s'observerait simplement en concomitance avec elle, les deux phénomènes étant sous la dépendance d'une même cause.

Si nous avons pu observer ou provoquer l'hypohémoglobinie musculaire chez le chien, nous n'avons par contre jamais constaté de surcharge hémoglobinique nette, bien que nos expériences aient porté sur un total de 47 animaux.

De la non-inoculabilité de la syphilis tertiaire.

M. Salmon dit avoir inoculé sans aucun résultat, à deux singes macaques, le pus d'une gomme, recueilli chez un homme qui avait contracté la syphilis huit ans auparavant. Ces deux singes ont été inoculés ensuite au niveau de la conjonctive avec du liquide provenant de papules de syphilis secondaire. L'un de ces animaux est mort quelque temps après cette seconde inoculation, mais l'autre est atteint actuellement de deux chancres indurés manifestes de la conjonctive palpébrale, avec adénopathie sous-maxillaire du côté correspondant.

Ces expériences, qui confirment ce que l'on savait déjà relativement à la non-contagiosité de la syphilis tertiaire, établissent en outre que le pus des lésions tertiaires ne possède aucune propriété vaccinante : ce n'est donc pas un virus atténué.

La lymphocytose dans le zona.

M. Brandeis (de Bordeaux) adresse une note dans laquelle il dit avoir constaté, chez 4 malades atteints de zona, une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Dans un de ces cas, cette lymphocytose persistait encore *dix ans* après l'apparition de l'affection zostérienne, et toutes les investigations qui ont été faites pour la rattacher à une autre cause que le zona sont restées infructueuses.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 mars 1904.

Les propriétés thérapeutiques des électro-aimants.

M. T. Cohn. — On a constaté que, chez les sujets placés dans le champ magnétique des électro-aimants, se produisent quelques modifications physiologiques consistant en une augmentation du taux de l'oxyhémoglobine et en phénomènes visuels (scintillations). Ces observations ont conduit à faire des essais thérapeutiques au moyen des électro-aimants. Pour ma part, j'ai employé cette méthode dans 37 cas d'affections diverses : névralgies, tics, névroses, maladie de Thomsen, claudication intermittente, chlorose, etc. J'ai pu m'assurer que les manifestations objectives de ces maladies ne sont nullement modifiées sous l'influence des électro-aimants, et qu'il en est de même pour les troubles subjectifs des affections nerveuses organiques et des névralgies vraies; par contre on peut obtenir des améliorations dans les névroses purement fonctionnelles. Je crois que la thérapeutique électro-magnétique n'agit, dans les faits de ce genre, qu'à titre de moyen de suggestion.

M. Bärwald déclare que l'augmentation du taux de l'oxyhémoglobine atteint parfois 20 % sous l'influence des électro-aimants. Il est certain que cette méthode ne saurait prétendre à guérir des affections nerveuses graves, mais il suffit qu'elle parvienne à amender des troubles subjectifs fort pénibles — telles les douleurs fulgurantes des tabétiques — pour que son emploi soit justifié.

Emphysème du grand épiploon.

M. H. Maass montre des pièces provenant d'un enfant de sept mois, chez lequel était apparue, six semaines auparavant, une tumeur abdominale dont la ponction fournit une sérosité chyliforme. Le petit patient fut confié à l'orateur à fin d'intervention; mais, en l'absence d'un diagnostic précis — on ne constatait qu'un développement exagéré du ventre, sans résistance ni matité anormales —, celui-ci se refusa à opérer. L'enfant ayant succombé, l'autopsie montra que le grand épiploon et la *bursa omentalis* étaient comme insufflés de gaz. La muqueuse gastrique était en grande partie détachée des couches sous-jacentes, et en un point existait une perforation communiquant avec la *bursa omentalis*.

M. Maass croit ce cas comparable à celui qui a été décrit par M. E. Hahn sous le nom de « pneumatose kystoïde ».

M. von Hansemann combat cette identification; dans le fait de M. Hahn, il s'agissait, en effet, d'une affection kystique probablement due à des bactéries produisant des gaz — affection déjà connue chez le porc —, qui disparut après une simple laparotomie.

Enchondrome du larynx.

M. B. Fränkel relate l'observation d'un homme de cinquante-sept ans, ayant depuis cinq années de la gêne à la déglutition et, depuis trois ans, de l'enrouement et de la dyspnée. A l'examen laryngoscopique, on constata la présence d'une tumeur dure, située au-dessous des cordes vocales et recouverte de muqueuse normale; cette tumeur était en partie perceptible extérieurement, entre les cartilages cricoïde et thyroïde. La dyspnée faisant des progrès inquiétants, M. von Bergmann pratiqua une laryngectomie totale; sur la pièce on reconnut qu'il s'agissait d'un enchondrome obstruant presque complètement la lumière du larynx, au point qu'on peut se demander comment la respiration était encore possible.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 23 avril 1904.

Traitement chirurgical des affections de l'estomac et de l'œsophage.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. von Eiselsberg** a fait une communication sur les cas de maladies chroniques de l'estomac et de l'œsophage où il est intervenu dans les huit dernières années.

Il a pratiqué 8 fois l'œsophagotomie pour corps étrangers de l'œsophage; pour des rétractions cicatricielles du pylore à la suite de brûlure, il a fait 1 fois la pylorectomie, 4 fois la gastro-entérostomie (avec 1 décès); pour les accidents consécutifs à la brûlure de l'œsophage et du pylore, il a employé des méthodes combinées (jéjunostomie, gastrostomie, etc.); 3 cas de spasme pylorique furent traités par la pyloroplastie ou par la gastro-entérostomie rétrocolique postérieure.

Dans les ulcères gastriques en activité, il faut d'abord essayer le traitement interne, et ce n'est qu'après l'échec de celui-ci, ou dans les cas où certains symptômes (hémorragies, douleurs, marasme) sont inquiétants par leur intensité, qu'il faut opérer, à moins qu'on ne soupçonne la nature cancéreuse de l'affection.

L'intervention pour ulcère rond n'est pas sans danger; 25 % des malades seulement ont guéri, 33 % sont morts à la suite de l'opération. Comme procédé, l'orateur donne la préférence à la gastro-entérostomie rétrocolique postérieure, ou — pour des cas très avancés — à la jéjunostomie. Parfois, l'exclusion du pylore permet d'obtenir la guérison de l'ulcère, celui-ci étant ainsi mis à l'abri du contact avec le suc gastrique. Dans les cas de cicatrices consécutives aux ulcères gastriques, la gastro-entérostomie rétrocolique postérieure donne des résultats excellents : sur 39 malades opérés par M. von Eiselsberg, 2 seulement sont morts et 15 ont définitivement guéri. Contre l'ulcère duodénal, l'orateur a fait 4 fois la gastro-entérostomie et 4 fois la gastrolyse; cette dernière opération ne donne pas de bons résultats.

Sur 143 cas de tumeurs de l'estomac, un seul concernait une tumeur bénigne, à savoir un gros myome de la paroi gastrique : la résection de l'estomac donna un beau succès. Tous les autres malades étaient atteints de cancer; chez un certain nombre d'entre eux, on a fait telle ou telle opération palliative, et la durée moyenne de la survie a varié de quatre-vingts jours (jéjunostomie) à six mois (gastro-entérostomie). La résection du pylore a donné des guérisons ayant persisté jusqu'à cinq ans.

Quant au manuel opératoire, M. von Eiselsberg est d'avis que l'intervention doit toujours être précédée d'un lavage de l'estomac; 17 fois il a opéré sous anesthésie locale. Après l'intervention, il laisse dans la cavité péritonéale une petite quantité d'une solution saline stérile. L'emploi du bouton de Murphy abrège la durée de l'opération, mais il a des inconvénients qu'on peut éviter par une application très exacte.

Importance diagnostique de la recherche chimique du sang dans les selles.

Dans la séance du 21 avril de la Société de médecine interne et de pédiatrie, **M. H. Löbl** a relaté le résultat des recherches qu'il a effectuées sur 115 malades, concernant la présence — chimiquement constatée au moyen de la teinture de gaïac — de sang dans les selles. Sur 9 sujets, qui à l'autopsie furent reconnus atteints d'ulcères tuberculeux de l'intestin, 6 offraient *intra vitam* du sang et des bacilles de la tuberculose dans les selles, les 3 autres ayant seulement du sang *ou* des bacilles; sur 11 phtisiques pulmonaires, au contraire, 7 avaient bien des bacilles dans les selles, mais aucun n'avait de sang. La présence de sang et de bacilles dans les selles est donc une preuve certaine de tuberculose intestinale.

Chez un malade atteint d'ulcère gastrique, et qui avait de temps à autre des accès douloureux, on a toujours décelé du sang dans les selles pendant ces accès, ce qui fit admettre la persistance de l'ulcère gastrique, diagnostic qui fut confirmé par l'opération.

Dans la fièvre typhoïde, enfin, on put constater de petites hémorragies intestinales, non reconnaissables à l'œil nu. L'orateur a encore trouvé du sang dans les selles chez des sujets atteints d'helminthiase, de tétanie et dans 2 cas de cholélithiase.

Dr Schnirer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du chancre mou par le pansement aseptique.

Malgré les inconvénients multiples inhérents à l'emploi de l'iodoforme (odeur, intoxication, exanthèmes), nombre de praticiens se servent encore de ce médicament pour traiter les plaies infectées et, en particulier, le chancre mou. Or, les recherches récentes de MM. Préobrajensky, Chtchégolev, Girmounsky, Fränkel, etc., ont démontré que l'action antiseptique de l'iodoforme et de ses succédanés est due, en réalité, non pas aux propriétés chimiques de ces substances, mais à leur pouvoir d'absorption, en vertu duquel elles assèchent la plaie et privent de la sorte les microorganismes du milieu humide nécessaire à leur pullulation.

Cela étant, un médecin militaire russe, M. le docteur V. P. Youvatchev, a eu l'idée de traiter le chancre mou par le pansement aseptique simple, en remplaçant l'iodoforme par le bismuth pulvérisé. Ce mode de traitement ayant donné de bons résultats, notre confrère renonça bientôt à l'emploi de toute poudre, se bornant à appliquer des lanières de gaze stérilisée, après avoir soigneusement nettoyé l'ulcération. En vue de ce nettoyage, M. Youvatchev commence par essuyer le pourtour de la plaie avec un petit tampon d'ouate imbibé d'alcool; puis il débarrasse la surface du chancre des produits de sécrétion et l'assèche ensuite au moyen d'un autre tampon d'ouate, également imbibé d'alcool. Cela fait, on applique la gaze stérilisée que l'on fixe à l'aide d'une bande. Ce pansement, utilisé dès le début et alors que la chancrelle n'a pas encore perdu sa spécificité, doit être renouvelé tous les jours.

Notre confrère a eu l'occasion d'expérimenter le traitement en question dans plus de 200 cas, et toujours il s'en est bien trouvé. Les résultats obtenus par l'emploi du pansement aseptique seraient même supérieurs à ceux que fournissent les procédés thérapeutiques usuels, notamment au point de vue des bubons : chez les malades traités par les moyens habituels, la proportion des cas où survient cette complication oscille entre 36 et 59 %, alors que, parmi les patients de M. Youvatchev, elle n'a pas dépassé 17 %.

Utilisation de la muqueuse buccale de grenouille pour greffes conjonctivales.

Ayant à donner ses soins à un homme qui, à la suite d'un phlegmon de l'orbite, offrait une rétraction cicatricielle de la conjonctive telle que le bord libre de la paupière inférieure adhérait au limbe scléro-cornéen, M. Leslie Paton, oculiste adjoint à St. Mary's Hospital de Londres, s'est fort bien trouvé de greffes faites avec des lambeaux prélevés sur la muqueuse palatine de la grenouille. Voici comment notre confrère a procédé dans le cas dont il s'agit :

Les lambeaux autoplastiques, constitués chacun par la totalité de la muqueuse palatine d'une grenouille, étaient au nombre de trois et mesuraient environ 1 centimètre sur 2. En disséquant ce qui restait de la conjonctive chez le malade, on eut soin de détacher cette membrane du bord libre de la paupière, de façon à laisser son bord adhérent en rapport avec le globe oculaire. Les trois lambeaux furent alors greffés dans le cul-de-sac inférieur ainsi dépouillé de son revêtement muqueux, et maintenus en place par des points de suture à la soie fine. Le sixième jour après l'opération, on constata que les trois greffes avaient parfaitement pris, sauf en un point limité, au voisinage de l'angle interne de l'œil, où quelques bourgeons charnus avaient apparu.

Six mois après l'intervention, l'aspect de l'œil était redevenu à peu près normal; il ne subsistait qu'une légère irrégularité du rebord ciliaire de la paupière inférieure.

Emploi de la teinture d'orangettes à titre d'antidiarrhéique.

D'après l'expérience d'un médecin russe, M. le docteur V. N. Vorontzov, les fruits de l'oranger, tombés de l'arbre ou cueillis avant maturité, et connus sous le nom d'*orangettes* ou *petits grains*, posséderaient des propriétés antidiarrhéiques très marquées. Notre confrère emploie la teinture préparée avec des orangettes ayant macéré plusieurs jours dans de l'eau-de-vie. Dès que le liquide acquiert la couleur d'une forte infusion de thé, la préparation est prête à être utilisée, et l'on ne doit pas prolonger davantage la macération. Pour les adultes, la dose quotidienne de teinture est d'un petit verre, pris en deux à quatre fois; aux enfants, on en donne X à XV gouttes, en répétant cette dose deux ou trois fois par jour.

Les effets de cette médication se manifestent d'abord par une sensation momentanée de brûlure au niveau de l'estomac; puis le malade perçoit une sensation agréable de chaleur, en même temps que ses douleurs abdominales se calment et que les mouvements péristaltiques exagérés de l'intestin, accompagnés de borborygmes, s'arrêtent. Sous l'influence du traitement en question, on verrait également disparaître l'anorexie, ainsi que le météorisme et la tension de l'abdomen, et dans l'espace de trois à sept jours tout rentrerait dans l'ordre.

Le nitrate de thorium en inhalations contre la pharyngo-laryngite hypertrophique.

Chez un homme de trente-six ans, atteint de pharyngo-laryngite hypertrophique chronique diffuse, un confrère anglais, M. le docteur J. Gordon Sharp (de Leeds), a obtenu d'excellents résultats thérapeutiques en ayant recours à des inhalations d'une solution de nitrate neutre de thorium à 20 %, répétées tous les jours pendant une heure. Après six semaines de traitement, l'hypertrophie de la muqueuse avait considérablement diminué, tant au niveau de la muqueuse linguale et pharyngée que de la glotte; en outre, les cordes vocales avaient repris leur fonctionnement normal.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des chiasmas optique, acoustique et vestibulaire; uniformité fonctionnelle, normale et pathologique, des centres de la vue, de l'ouïe et de l'équilibre.

Au cours de recherches cliniques sur la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête, observée dans les lésions encéphaliques, j'ai pu me convaincre de l'étroite similitude qui domine le fonctionnement, et les relations réciproques, des appareils périphériques et des centres encéphaliques des sens auxquels nous devons la connaissance de l'espace et des objets éloignés qui nous entourent.

Dans un premier travail (1), j'ai montré que l'attitude de déviation conjuguée des hémiplégiques devait être attribuée à la perte de l'équilibre normal de fonctionnement des centres sensoriels bilatéraux. Tout en insistant plus particulièrement sur le rôle des centres visuels, plus facile à démontrer et à mettre en évidence chez les malades, j'ai indiqué, dès le début, que les sens de l'ouïe et de l'orientation-équilibre pouvaient intervenir au même titre que celui de la vue, séparément ou simultanément, dans la production du phénomène de Prévost : il faut et il suffit que l'un des centres sensoriels antagonistes l'emporte nettement sur son congénère, soit par le fait de la paralysie de l'un, soit par celui de l'excitabilité exagérée de l'autre.

Je me propose de montrer aujourd'hui pour quelles raisons on peut affirmer, et comment il faut comprendre, l'unité de plan, et l'uniformité d'action, des trois sens dont le trouble unilatéral produit la déviation conjuguée des lésions encéphaliques.

I

La sphère visuelle corticale se compose de deux centres symétriques, reliés tous les deux aux deux yeux, mais dans des conditions très particulières, aujourd'hui bien connues. Les impressions optiques venues des parties centrales du champ visuel, recueillies en même temps par les deux maculas, situées à l'extrémité postérieure des axes oculaires, sont conduites aux deux hémisphères et perçues également par les deux centres corticaux; par contre, les impressions venues des objets situés dans les parties latérales du champ visuel, recueillies par les deux demi-rétines homonymes faisant face à l'objet considéré, sont conduites à un seul hémisphère, et sont perçues par un seul centre cortical; de telle sorte que les deux hémisphères voient simultanément et également les objets placés dans la prolongation des axes optiques, tandis que chaque hémisphère voit seul, quoique à l'aide des deux yeux, les objets qui sont situés dans la moitié de l'espace qui lui est opposée. L'hémianopsie homonyme par lésion unilatérale, la cécité par lésion centrale double, traduisent en pathologie cette disposition fonctionnelle.

On sait en second lieu que les centres corticaux visuels sont sensorio-moteurs, c'est-à-dire que les fibres de projection qui en émanent renferment, côte à côte et entremêlées, des fibres sensorielles centripètes et des fibres motrices centrifuges. L'excitation expérimentale de ces centres produit, chez les animaux, un mouvement de rotation de la tête avec déviation des yeux dirigée du côté opposé au centre excité, c'est-à-dire provoque le mouvement fonctionnel précisément nécessaire pour amener dans le champ central de la vision l'image d'un objet qui aurait attiré l'attention dans le champ latéral, du côté opposé à l'hémisphère excité.

Si ces détails fonctionnels sont actuellement incontestés, si l'on en admire quelquefois l'harmonie et l'ingéniosité, il ne semble pas qu'on se soit suffisamment rendu compte des conditions physiques et physiologiques qui en imposaient l'absolue nécessité. Comme il arrive souvent, la nature n'avait pas le choix; les propriétés physiques des ondes lumineuses d'une part, la symétrie générale de l'organisme par rapport au plan médian d'autre part, ne laissaient pas d'autre solution compatible avec le bon fonctionnement de la vision.

L'utilité du chiasma permettant la décussation qualitative que nous connaissons est à considérer séparément au point de vue de son rôle sur les réflexes moteurs et à celui de son influence sur la qualité des impressions sensorielles elles-mêmes. Le premier est simple et facile à comprendre, la seconde est un peu plus complexe, mais tous les deux concourent à la même démonstration.

Au point de vue moteur, la coexistence et la superposition dans les deux hémisphères des images du champ médian, la séparation entre les deux hémisphères des images de chaque champ latéral constituent au même titre la condition nécessaire à la production de réflexes moteurs rapides et automatiques; toute autre combinaison eût exigé l'intervention du jugement et de la volonté, avec toutes les lenteurs et toutes les incertitudes correspondantes.

L'image visuelle ne peut acquérir toute sa netteté que lorsqu'elle se forme sur l'axe optique du cristallin; tout objet placé latéralement par rapport à cet axe donne une image rétinienne utilisable comme indice pour attirer l'attention, insuffisante pour permettre une perception nette. Les rétines, en dehors de la macula, constituent seulement des sentinelles, dont le rayon de surveillance perd en précision ce qu'il gagne en étendue.

Lorsque l'attention se porte sur un objet placé dans le champ central, aucun mouvement de la tête ni des yeux n'est nécessaire pour en améliorer la vision; la perception centrale ne provoque aucun réflexe moteur, si ce n'est un mouvement de fixation synergique des deux côtés du corps, et, à ce point de vue étroit, il est indifférent qu'elle ait lieu dans l'un ou l'autre hémisphère, il est même préférable qu'elle ait lieu dans les deux à la fois. Par contre, si l'attention se porte sur un objet placé latéralement, il est nécessaire que la tête et les yeux fassent aussitôt le mouvement associé unilatéral nécessaire pour placer cet objet dans le champ central, et il est nécessaire aussi que ce mouvement s'arrête aussitôt que le but est atteint.

Quand l'objet est situé au-dessus ou au-dessous du centre, il est indifférent que les deux centres latéraux ou un seul d'entre eux soient avertis, parce que leur action ne peut être que synergique, s'exerçant dans le même sens des deux côtés. Lorsque l'objet est situé latéralement, il en est tout autrement, le sens du mouvement nécessaire étant différent suivant le côté où apparaît l'objet. Pour que le mouvement soit automatique, il faut alors que le centre du réflexe moteur soit unique, afin qu'il ne puisse pas hésiter sur le sens du mouvement à commander; ce qui sera réalisé par l'arrivée simultanée des deux images latérales d'un même objet dans un seul centre, qui reçoive également les images latérales homonymes des deux yeux et qui ne puisse commander des mouvements que dans une seule direction : à ce prix, mais à ce prix seulement, toute image latérale parvenue à ce centre commande un mouvement qui tend à la rendre médiane. Il est nécessaire, d'autre part, que chaque centre latéral soit averti de l'arrivée à cette position médiane, pour que le mouvement s'arrête dès que le but est atteint, quel que soit le côté qui est entré en action. Si le but est dépassé, le premier centre reste impuissant, mais son congénère, s'il est sain, entre aussitôt en jeu, et l'équilibre est bientôt rétabli.

Lorsque l'égalité d'action nécessaire à cet équilibre fait défaut pour un motif quelconque, suivant les cas la position médiane se maintiendra, difficilement, au prix de quelques secousses nystagmiformes, ou bien il se produira un entraînement latéral prédominant, une déviation conjuguée plus ou moins persistante.

Des conditions analogues sont également nécessaires pour les mouvements de rotation sur l'axe des globes oculaires, mouvements qui sont toujours de sens contraire dans les deux yeux.

L'équilibre sera assuré avec d'autant plus de perfection et d'autant moins d'effort que chaque centre latéral possède, comme les physiologistes l'ont démontré, une action bilatérale complémentaire, excitante de la contraction dans une direction, suspensive du tonus dans la direction opposée.

C'est ainsi que la pureté de l'automatisme exigeait à la fois que les deux centres fussent antagonistes moteurs, et que chacun d'eux fût averti seul, et exclusivement, des images d'un même objet dans les deux yeux, capables de solliciter la direction du mouvement qui est de son ressort.

Si j'insiste aussi longuement sur ce point, c'est que, comme il est facile de s'en rendre compte, les mêmes motifs existent, tout aussi impérieux, pour l'exercice de l'audition et de l'orientation-équilibre. Les résultats obtenus étant aussi parfaits que pour la vue, il est légitime d'affirmer que les mêmes causes ont produit les mêmes effets, et que nous retrouverons à l'occasion le même fonctionnement antagoniste moteur de centres latéraux à perception unique de deux impressions sensorielles périphériques complémentaires.

Il résulte des détails qui précèdent que la semi-décussation du chiasma pour les images des objets latéraux était imposée par les besoins de l'automatisme moteur des centres sensoriels; mais il se trouve qu'elle était également rendue nécessaire par les qualités physiques des images rétiniennes elles-mêmes.

L'apparition et le perfectionnement progressif de la vision dans la série animale peuvent être ramenés à trois étapes principales : d'abord la vision en mosaïque par les yeux à facettes des insectes; plus tard, la vision panoramique par les yeux lenticulaires à direction opposée; enfin la vision de face avec un champ binoculaire par les yeux à surfaces parallèles. A chaque étape, la vision gagne en netteté et en précision; ce qu'elle perd en étendue par la réduction progressive du champ visuel est compensé par la mobilité croissante des globes oculaires et de la tête.

Les connexions de l'appareil périphérique avec les centres se modifient parallèlement, pour s'adapter aux conditions nouvelles de leur fonctionnement. A la période de la vision en mosaïque, il n'y a encore aucun entre-croisement moteur ni sensoriel; à celle de la vision panoramique apparaissent à la fois la décussation des fibres sensorielles et celle des fibres motrices, commandées, dit-on, la seconde par la première, par besoin de défense, et la première par la nécessité de compenser, au moyen de la décussation des fibres sensorielles, le renversement de l'image rétinienne des objets, imposé par les propriétés optiques de la lentille cristallinienne.

En réalité, si les réflexes de défense expliquent la solidarité des entre-croisements moteurs et sensoriels, l'entre-croisement sensoriel ne résulte nullement des qualités propres des images fournies par le cristallin. En effet, le renversement de l'image a lieu au même titre dans les trois dimensions de l'espace, et l'entre-croisement latéral ne pourrait redresser qu'un seul de ces renversements, voire même précisément celui qui est le moins important des trois dans les yeux à faces opposées. Le redressement de l'image est réalisé par un méca-

(1) L. Bard. De l'origine sensorielle de la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête chez les hémiplégiques. (*Semaine Médicale*, 1904, p. 9-13.)

nisme unique pour les trois dimensions, celui de l'entre-croisement spatial des fibres émanées des divers quadrants de la rétine, et non celui d'une décussation latérale qui serait impuissante à résoudre le problème géométrique posé. Une preuve nouvelle en est fournie par le fait que les images maculaires sont indifféremment homolatérales ou croisées, sans aucun dommage pour leur perception.

La vision binoculaire des yeux à surfaces parallèles fait apparaître la double image pour un seul objet; c'est cette dualité de l'image, et non son renversement cristallinien, qui va créer la nécessité d'un entre-croisement compensateur; encore cette nécessité n'existe-t-elle que pour les images des champs latéraux et exige-t-elle dès le début un entre-croisement partiel, un chiasma créant une décussation qualitative.

Les conditions physiques de la production des images rétiniennes sont, en effet, différentes dans le champ central et dans les champs latéraux. Dans les champs latéraux, la double image d'un même objet vient se faire sur la demi-rétine nasale d'un côté, sur la demi-rétine temporale de l'autre; les deux images ainsi produites sont symétriques par rapport au plan médian du corps, mais elles sont l'image en miroir l'une de l'autre, c'est-à-dire qu'elles sont complémentaires et non superposables, comme le sont, par exemple, deux cristaux d'acide lactique hétéronymes, en vertu des propriétés géométriques des figures spatiales symétriques par rapport à un plan situé en dehors d'elles. Dans ces conditions, leur superposition centrale devient impossible sans un artifice correcteur, et cela quel que soit le point, homolatéral ou croisé, où elles se rencontreront, si chacune a conservé sa structure initiale. A leur origine rétinienne, elles sont complémentaires et de sens contraire; pour les rendre superposables, il faut et il suffit que l'une reste homolatérale et que l'autre franchisse le plan médian avant de rencontrer la première. De cette façon, celle-ci change de sens, comme un terme algébrique qui passe de l'autre côté du signe = de l'équation; l'image entre-croisée devient spéculaire par rapport à elle-même, c'est-à-dire identique et superposable à sa congénère; dès lors, en se projetant sur elle, elle va doubler sa puissance, alors que, projetée sans réversion sur le même point, elle eût créé la confusion par la désharmonie. Par contre, rien n'eût empêché que la décussation partielle se répétât dans les deux sens, et que chaque hémisphère reçût au même titre une double image; l'unicité du centre d'arrivée s'est imposée néanmoins par son rôle moteur; c'est pour lui que les images latérales n'ont subi qu'une semi-décussation qualitative qui a supprimé dans les centres leur dualité périphérique.

Dans le champ central, les deux images maculaires du même objet se font au foyer même de la lentille, et par là elles ne subissent pas de déformations latérales différentes des deux côtés, elles sont par suite identiques et superposables, et non plus seulement symétriques par rapport au plan médian; dès lors elles seront harmoniques et utilisables partout où elles se rencontreront. L'unicité du centre profond n'étant plus imposée par le rôle moteur, puisque la position de l'objet n'exige alors aucun mouvement d'orientation; la netteté et l'acuité, tant de l'image sensorielle que de sa perception cérébrale, ayant tout à gagner à ce que les deux impressions se répètent sur chaque hémisphère, il en est résulté que les images maculaires subissent une décussation purement quantitative, qui maintient leur dualité dans les centres comme à la périphérie.

En résumé, et par le fait même de nécessités inéluctables, les centres corticaux visuels bilatéraux présentent une *équivalence sensorielle* et une *synergie motrice* dans le *champ médian*, un caractère *complémentaire sensoriel* et *antagoniste moteur* dans les *champs latéraux*.

II

Le fonctionnement et les relations des oreilles et de la sphère auditive corticale sont beaucoup moins bien précisés que ceux de la vision. On connaît aussi l'existence de deux centres corticaux symétriques; on sait que la lésion simultanée des deux centres cause la surdité centrale, analogue de la cécité centrale, mais on ne décrit rien d'analogue à l'hémianopsie homonyme; on sait seulement que la lésion d'un seul des centres affaiblit l'oreille opposée sans la rendre sourde.

On est à peu près d'accord pour admettre que le nerf auditif, et spécialement sa branche cochléaire, présente chez l'homme un entre-croisement incomplet dans la profondeur des centres nerveux, mais on ne sait rien et on n'a même émis aucune hypothèse sur le choix réalisé par cet entre-croisement; on se contente de penser qu'il est simplement quantitatif, portant le plus grand nombre des impressions à l'hémisphère situé du côté opposé à l'oreille qui les perçoit, tout en en réservant une partie à l'hémisphère situé du même côté.

L'insuffisance de cette conception est formellement démontrée par les résultats incontestés de l'excitation expérimentale de la sphère auditive chez les animaux; ces résultats sont absolument identiques à ceux de l'excitation de la sphère visuelle : l'excitation d'un centre latéral provoque des mouvements des oreilles et de la tête, qui les dirigent du côté de l'espace opposé à l'hémisphère excité. Que faut-il de plus pour démontrer péremptoirement que ce centre est sensorio-moteur et qu'il obéit aux mêmes lois que son similaire visuel? Les deux centres auditifs ne peuvent être antagonistes au point de vue moteur que si chacun d'eux perçoit seul les bruits de provenance latérale de la moitié de l'espace qui lui est opposée, ou tout au moins que si chaque centre oriente nécessairement dans une seule direction tous ceux qu'il perçoit. Dès lors, une lésion unilatérale créera une hémisurdité centrale, analogue de l'hémianopsie, différente de la surdité d'une oreille comme celle-là l'est de la cécité d'un seul œil, et ne pouvant être décelée que par des procédés d'investigation appropriés, ce qui explique qu'elle ait échappé jusqu'ici aux observateurs non prévenus.

Par contre, les bruits venus de face, exigeant comme réflexe moteur la fixation active synergique dans la position médiane, doivent, comme les images maculaires, être portés simultanément aux deux hémisphères.

L'existence d'un chiasma auditif qualitatif, permettant le triage et l'acheminement divergent des diverses impressions auditives perçues par une même oreille, suivant la direction latérale d'arrivée de l'onde sonore, est une nécessité fonctionnelle, dont la réalisation est démontrée en fait par le caractère antagoniste moteur des centres de perception. La difficulté est de trouver, dans la structure et le fonctionnement de l'oreille, d'une part, dans les propriétés physiques des ondes sonores, d'autre part, les éléments nécessaires pour permettre de comprendre le mécanisme d'un pareil chiasma, que rien ne permet d'expliquer ni même de prévoir avec les faits invoqués ou avec les théories émises actuellement.

La nature et le rôle de ce chiasma ne pourront être bien exposés et bien compris qu'à l'aide d'une étude préalable des conditions anatomiques et physiques de l'orientation auditive, qui n'ont pas été jusqu'ici précisées et élucidées comme elles doivent l'être, étude dont j'ai réuni les éléments et qui fera l'objet d'un travail spécial. Je me contenterai aujourd'hui d'indiquer que la solution du problème est tout à fait comparable à celle du problème similaire posé par les images visuelles. Les ondes sonores créent dans les milieux auditifs des images spatiales, identiques et superposables, dans le champ médian, lorsque les directions d'arrivée des diverses ondes venues d'une même source sonore sont égales et de même sens relatif pour les deux oreilles, c'est-à-dire faiblement centrifuges pour chacune d'elles; symétriques et en miroir, dans les champs latéraux, quand les directions d'arrivée des ondes se trouvent de ce fait de sens contraire pour chaque oreille, c'est-à-dire centripètes par rapport à l'une et centrifuges par rapport à l'autre.

Dès ce moment, tout s'explique comme pour la vision; les images centrales, superposables, vont aux deux centres; les images latérales, spéculaires, retrouvent leur équivalence et une forme superposable par la décussation d'une seule d'entre elles; cette semi-décussation, rendue possible par le caractère spéculaire opposé des deux images, permet à son tour l'unicité du centre d'arrivée de la double image, nécessitée par l'automatisme moteur.

III

Les trois canaux semi-circulaires et l'utricule qui les relie constituent dans leur ensemble l'appareil périphérique d'un sens spécial, desservi par le nerf vestibulaire, et commandé par des centres encéphaliques vraisemblablement cérébelleux. Les origines du nerf vestibulaire sont très mal connues; on admet généralement, avec M. Thomas, que ses fibres ne franchissent pas la ligne médiane et qu'elles ne subissent par suite aucune décussation.

Le mode de fonctionnement et les relations des centres et du labyrinthe sont encore mal précisées, et elles sont assurément moins connues que celles de la vision et même que celles de l'audition. La place me manquerait pour passer en revue les nombreux travaux auxquels leur étude a donné lieu; je me contenterai de renvoyer pour cela aux multiples publications de M. Bonnier, et spécialement à la dernière d'entre elles (1). Cet auteur a fait de la question une étude approfondie, qui a réalisé des progrès importants, mais dont je ne saurais cependant accepter toutes les conclusions.

Un premier point me paraît s'imposer, c'est la séparation nette de la perception des attitudes de la tête — cas particulier de la perception des attitudes segmentaires — d'avec les sensations spécifiques dues au sens labyrinthique. La notion des attitudes n'est pas une sensation spécifique, fournie par un appareil périphérique spécialisé, mais bien la résultante complexe de l'association de notions sensitives multiples, qui ressortissent aux divers modes de la sensibilité générale. En quelque mesure comparable à la perception stéréognostique pour les objets extérieurs, elle est, pour les segments de notre corps, le résultat synthétique des sensibilités des parties profondes; la pression et les rapports des surfaces articulaires, la tension des aponévroses, la sensation musculaire, la pesanteur des diverses parties jouent un rôle dans la perception des attitudes. Aucun caractère primordial ne permet de séparer la perception des attitudes de la tête de celle des attitudes des autres parties du corps, alors surtout qu'il est hors de doute qu'elle persiste malgré la destruction des deux labyrinthes.

Le labyrinthe n'est pas un organe percepteur d'attitudes, rôle que sa structure serait incapable de justifier; il est un organe *récepteur de mouvements*, et il est parfaitement organisé pour signaler et pour analyser tous les mouvements qu'il subit, sans avoir d'ailleurs à distinguer d'aucune manière les mouvements actifs des mouvements passifs, tous étant également passifs à son égard, car il est inclus au centre d'un support rigide et il ne possède aucun muscle qui lui soit propre.

La rigidité de leur support osseux crée entre les deux labyrinthes une solidarité statique telle, qu'il n'est aucun mouvement qui puisse les influencer isolément; toute perception de

(1) Bonnier. Le sens des attitudes. Paris, 1904.

mouvement est donc bilabyrinthique à l'état normal. Par suite, la suppression d'un seul labyrinthe, de même que celle d'un seul œil ou d'une seule oreille, diminue en quelque mesure la précision des renseignements sensoriels, mais n'en supprime aucun, parce que l'autre labyrinthe, plus encore que l'autre œil ou que l'autre oreille, dont les champs sont limités, suffit à les fournir tous aux centres supérieurs.

L'appareil labyrinthique est organisé de façon à sentir et à enregistrer, mais avec une précision inégale, tous les mouvements de sens quelconque dont il est le siège.

Ces mouvements se divisent en deux groupes, suivant que leur trajectoire est rectiligne ou incurvée par rapport à un axe. Les premiers sont des mouvements de translation; ils correspondent pour le corps et pour le labyrinthe aux mouvements de progression ou de recul, d'élévation ou de chute, de translation latérale droite ou gauche. Les seconds sont des mouvements de rotation autour d'un axe; ils correspondent pour le corps et pour le labyrinthe aux mouvements de bascule antéro-postérieure, aux mouvements d'inclinaison latérale autour d'un axe horizontal, ou aux mouvements de rotation autour de l'axe vertical. Chacun des mouvements peut naturellement avoir lieu dans les deux sens opposés.

La direction de la trajectoire des mouvements de translation, de même que celle de l'axe des mouvements de rotation, peut d'ailleurs être quelconque; mais, quelque complexe que soit un mouvement, il peut toujours être décomposé géométriquement en composantes élémentaires, perpendiculaires entre elles, suivant les règles du parallélogramme des forces. Par suite, pour percevoir et pour enregistrer un mouvement quelconque, il suffit de percevoir et d'enregistrer simultanément ses effets sur trois plans, perpendiculaires chacun sur les deux autres; il se résout ainsi de lui-même en ses trois composantes spatiales.

Par suite encore, pour se rendre compte de la façon dont ce mouvement peut être enregistré et perçu, il suffit de se rendre compte de la façon dont est enregistrée et perçue chacune des trois composantes. Le résultat sera d'ailleurs le même en toutes circonstances, quelle que soit la place occupée dans l'espace par les trois plans analyseurs, pourvu que leurs rapports entre eux restent fixes et dominés par la loi de la situation perpendiculaire de chacun sur les deux autres. Telle est précisément la formule géométrique du groupement des trois canaux semi-circulaires d'un même labyrinthe : l'un horizontal, les deux autres verticaux, l'un sensiblement parallèle au plan médian du corps, les autres dès lors sensiblement perpendiculaires à ce même plan.

Les petites variations d'inclinaison de l'ensemble des canaux par rapport au plan médian du corps, les petites ondulations de l'un ou l'autre canal dans son propre plan, constituent des adaptations fonctionnelles accessoires, variables suivant les individus ou les espèces, négligeables dans une étude synthétique générale.

La considération attentive de la structure d'un canal semi-circulaire permet de se rendre un compte parfaitement exact de la manière dont il est sensible aux mouvements qu'il subit; la loi est la même pour chacun d'eux.

Chaque canal semi-circulaire est constitué (*fig. 1*) par un canal osseux rempli de liquide (périlymphe) et renfermant un canal membraneux beaucoup plus petit, rempli d'un autre liquide (endolymphe) séparé du premier par la paroi membraneuse. Les deux extrémités débouchent respectivement dans le vestibule osseux et dans l'utricule membraneux; à une seule d'entre elles, est située une petite dilatation ampullaire, et cette ampoule contient sur un côté une papille nerveuse, de forme semi-lunaire, dite crête acoustique, branche terminale d'un rameau du nerf vestibulaire.

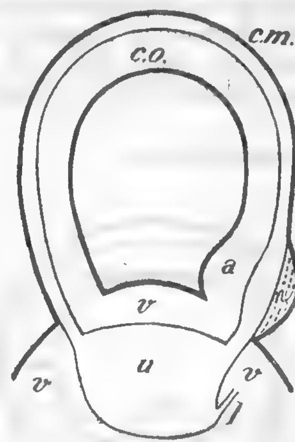


Fig. 1.

c.o., canal osseux, périlymphe; *c.m.*, canal membraneux, endolymphe; *a*, extrémité ampullaire; *n*, crête acoustique, papille nerveuse; *v*. vestibule; *u*, utricule; *l*, origine du canal endolymphatique.

Au repos, cette papille ne reçoit aucune excitation et par suite n'est le point de départ d'aucune perception. L'immobilité est au labyrinthe ce que l'obscurité est à l'œil et le silence à l'oreille. Si le canal subit un mouvement quelconque, la paroi osseuse suit passivement l'impulsion qui l'entraîne, tandis que le liquide qu'elle contient présente aussitôt, par le fait de son inertie, des variations intérieures de pression, créées et entretenues par le mouvement, qui persisteront pendant toute la durée de celui-ci, et que la papille nerveuse ressent et enregistre. Au moment où le mouvement s'arrête, après une courte sensation d'immobilité, il se produit pendant quelques secondes une sensation de léger mouvement en sens contraire, sensation illusoire qu'explique la courbe du retour de la pression du liquide à sa valeur initiale de repos.

On attribue habituellement l'excitation de la crête nerveuse à la friction engendrée par l'inégalité du déplacement de la paroi osseuse et du liquide intracanaliculaire, mais de multiples raisons démontrent qu'il n'en est rien. D'abord, dans un canal clos et plein, ce déplacement n'a pas lieu, au moins dans les mouvements de translation; ensuite la crête ne pourrait percevoir que le déplacement de l'endolymphe, alors que la périlymphe, plus abondante et plus mobile, ne servirait à rien; enfin ce déplacement n'aurait lieu qu'au début du mouvement ou de ses variations de vitesse, tandis que la sensation, tout en s'émoussant par sa prolongation, persiste en quelque mesure pendant toute la durée du mouvement causal. La capillarité du canal n'a d'ailleurs aucune influence, parce que l'absence de gaz ne lui en permet aucune.

Les variations de pression, créées au sein du liquide par l'inertie qu'il oppose au mouvement que lui communique la paroi osseuse, diffèrent suivant la nature et suivant la direction du mouvement. Tout d'abord, on constate que les seuls mouvements de rotation capables d'influencer la pression intérieure du liquide sont ceux (mouvement unique ou composante d'un mouvement complexe) qui s'accomplissent dans le plan dans lequel le canal est inclus, parce que ce sont les seuls mouvements qui portent leur influence sur la longueur du canal; les autres ne pourraient agir que sur sa largeur, et pratiquement restent sans effet. De même, les seuls mouvements de translation qui l'influencent sont ceux qui s'accomplissent suivant une trajectoire passant par sa courbure.

Tout mouvement de rotation s'effectuant dans le plan du canal, c'est-à-dire autour d'un axe perpendiculaire à ce plan, aura une influence sur la répartition de la pression le long du canal, et par suite sur la pression de son ampoule. Le mouvement exerce sur chaque extrémité d'un canal donné une influence égale et de sens contraire, si la rotation a lieu autour de son centre de figure (*cl, fig. 2*); c'est alors que

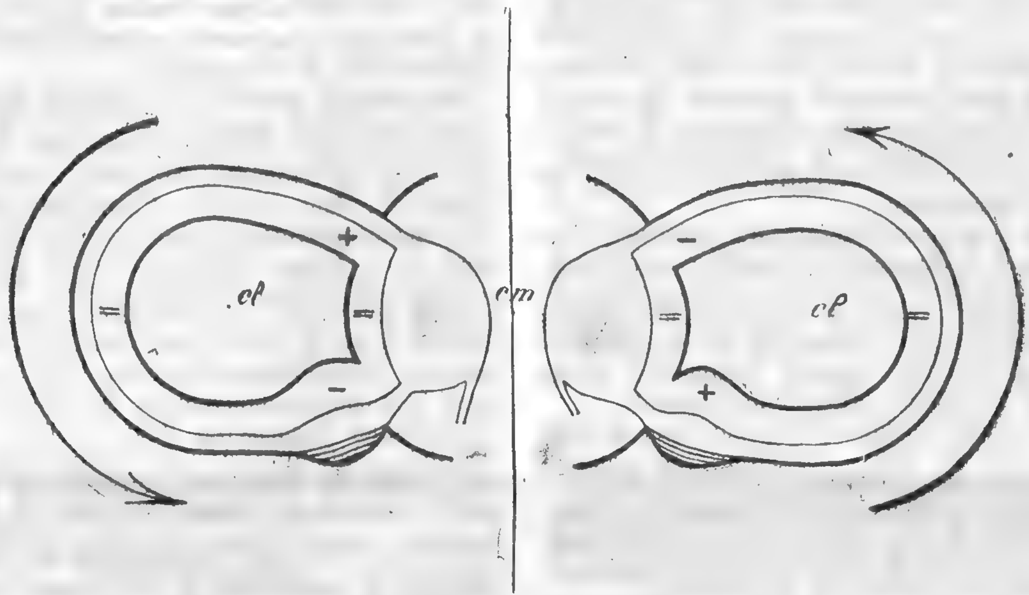


Fig. 2.

Canaux semi-circulaires horizontaux; mouvement de rotation suivant la flèche. *cm*, centre médian, centre de figure du couple; *cl*, centres latéraux, centres de figure de chaque canal.

le canal présente son maximum de sensibilité. Si le centre autour duquel se fait la rotation s'éloigne du centre de figure, l'action du mouvement restera de sens contraire sur les deux extrémités, mais la différence de pression créée entre elles s'atténuera d'autant plus que le centre sera plus lointain.

Quelle que soit la direction du mouvement, les deux extrémités seront à une pression inverse l'une de l'autre, et d'autant plus différente que la vitesse du mouvement sera plus grande; mais, suivant le sens du mouvement, la pression sera positive ou négative, tantôt à l'une et tantôt à l'autre des extrémités; comme il n'y a de sensible que l'une d'elles, il en résulte que la pression recueillie sera positive dans un cas, négative dans l'autre, ce qui permettra de préciser le sens de la rotation, alors que les deux sensations étant contraires se fussent annulées dans tous les sens si chaque extrémité du canal eût possédé une crête nerveuse propre.

Tout mouvement de translation s'exerçant parallèlement à la direction des branches du canal exercera une influence sur la répartition de la pression le long de ces branches (*fig. 3*); mais ici l'action s'exerçant différemment sur les deux branches, au lieu de se totaliser sur toute la longueur du canal, la pression sera positive ou négative dans l'anse, et inverse aux deux extrémités, tout en restant égale dans chacune d'elles; de ce fait, un mouvement de translation fera varier la pression ampullaire d'une quantité qui ne sera que la moitié de celle d'un mouve-

ment de rotation de vitesse égale. La sensibilité du canal atteindra son maximum lorsque la trajectoire sera parallèle à ses branches; elle devient nulle, lorsque la trajectoire leur est perpendiculaire. De même que pour le mouvement de rotation, le sens du mouvement sera donné par la variation positive ou négative de la pression ampullaire. L'utricule, qui est également muni d'une crête nerveuse, d'ailleurs unique, et qui reçoit l'influence combinée des deux extrémités de tous les canaux semi-circulaires, est là sans doute pour distinguer les mouvements de rotation des mouvements de translation, en renseignant sur l'existence d'une pression égale ou différente entre les deux extrémités des mêmes canaux.

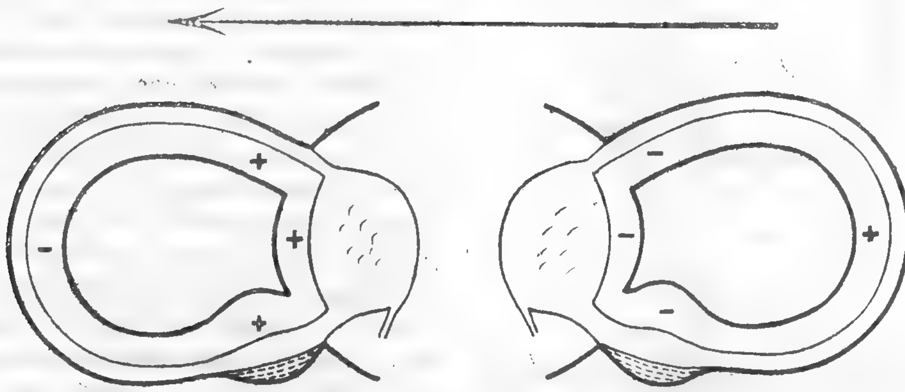


Fig. 3.
Canaux semi-circulaires horizontaux; mouvement de translation suivant la flèche.

Les caractères généraux qui précèdent s'appliquent uniformément à chaque canal considéré isolément; il est nécessaire maintenant d'examiner ce qui se passe simultanément dans les deux canaux homonymes de chaque labyrinthe, qui sont toujours sensibles en même temps à un même ordre de mouvements.

Dès qu'on considère l'effet d'un même mouvement sur les deux labyrinthes, apparaissent des différences fondamentales et capitales entre le groupe des deux canaux verticaux sagittaux, parallèles au plan médian du corps, et les deux autres groupes de canaux, c'est-à-dire les horizontaux et les verticaux transverses.

Les deux premiers (*fig. 4*) sont disposés de chaque côté de la ligne médiane, presque parallèlement au plan médian, leur extrémité ampullaire placée en avant; il résulte de cette disposition que l'inclinaison en avant ou en arrière, à laquelle ils sont sensibles, détermine dans les deux ampoules à la fois une pression négative en cas d'inclinaison en avant, positive en cas d'inclinaison en arrière, mais de même sens dans chacune d'elles. Toutefois les pressions, quoique de même sens, ne sont égales des deux côtés que lorsque le mouvement a lieu exactement autour d'un axe passant par leur centre de figure et perpendiculaire au plan médian. Elles deviennent inégales, mais toujours de même sens, pour toutes les variations d'inclinaison ou d'insertion de cet axe.

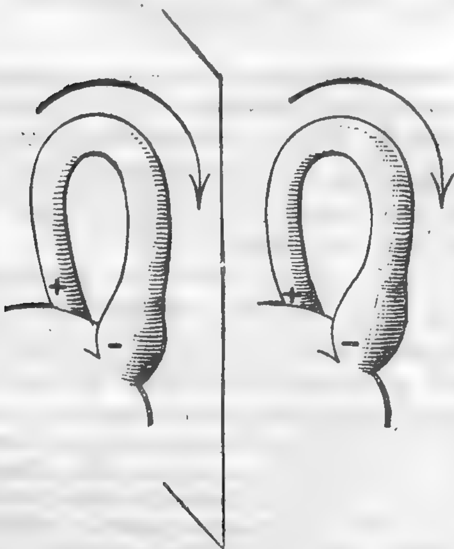


Fig. 4.
Canaux semi-circulaires verticaux parallèles; mouvement de rotation suivant la flèche.

La convexité des canaux étant dirigée en haut, également pour les deux, ils sont sensibles aux mouvements de translation verticaux, et ceux-ci donnent également une pression de même sens sur les deux canaux, égale en cas de translation exactement verticale, inégale en cas d'obliquité de la trajectoire.

Les choses se passent tout autrement dans le couple des canaux horizontaux (Voir *fig. 2*); ils sont situés à peu près dans le même plan, leurs convexités sont tournées en dehors; leurs extrémités se font vis-à-vis et, par suite, l'effet d'un même mouvement est diamétralement opposé pour chacun d'eux; c'est-à-dire que la pression ampullaire est négative d'un côté et positive de l'autre, d'un côté ou de l'autre suivant le sens du mouvement considéré, mais toujours de sens inverse entre les deux canaux, aussi bien pour les mouvements de rotation sur l'axe médian du corps (*fig. 2*) que pour ceux de translation latérale (*fig. 3*), qui constituent les deux ordres de mouvements auxquels ce couple de canaux est sensible. Quoique de sens contraire, les pressions sont égales des deux côtés quand la rotation se fait autour du centre de figure du couple (*Cm, fig. 2*), inégales quand le centre de rotation s'en éloigne.

Les conditions sont identiques dans le couple des canaux verticaux transverses, pour les mouvements d'inclinaison latérale auxquels ils sont sensibles : la pression ampullaire est positive dans un canal quand elle est négative dans son congénère, et *vice versa*.

Pour les mouvements de translation, la question est un peu plus complexe. La convexité de ces canaux étant dirigée en dehors et un peu en arrière, les deux canaux ne présentent à ce point de vue ni le parallélisme des canaux verticaux supérieurs, ni l'opposition à peu près directe des canaux horizontaux. Le seul mouvement de translation auquel les deux canaux soient sensibles au même degré est le mouvement exactement antéro-postérieur, qui présente le même angle au regard de chacun d'eux, et qui développe une pression de même sens, positive ou négative suivant le sens du mouvement, dans chacune des ampoules. L'impression cesse d'être égale dans les deux canaux dès que le mouvement de translation devient un peu oblique; et elle devient de sens contraire sur chaque canal dès que cette obliquité fait avec le plan médian un angle supérieur à l'angle très faible que fait le plan même du canal avec la normale au plan médian. Par là est assurée une perception très délicate — et surtout une action réflexe différente — des plus faibles obliquités des mouvements de progression ou de recul.

En fait, un mouvement, étant toujours complexe, sera toujours décomposé en ses divers éléments de rotation ou de translation, quelque peu différents de chaque côté de la ligne médiane. Par la participation variable de tous les canaux à cette analyse, résultera, dans chaque labyrinthe, la formation d'une sorte d'image spatiale de sa trajectoire, composée, comme les images visuelles ou les images auditives, d'éléments symétriques d'un côté à l'autre : les uns, produits dans le champ médian, de même sens, symétriques dans toutes leurs parties et superposables; les autres, produits dans les champs latéraux, de sens opposé, complémentaires, symétriques par rapport au plan médian du corps seulement, c'est-à-dire spéculaires, symétriques en miroir.

Les mouvements de rotation sur l'axe et d'inclinaison latérale, ainsi que les mouvements de translation latérale, appartiennent au second groupe.

Les mouvements de rotation antéro-postérieurs et les mouvements de translation verticaux et antéro-postérieurs appartiennent au premier groupe, tant qu'ils restent exactement dans le plan médian; ils passent dans le second dès qu'ils présentent une déviation latérale suffisante, ou plutôt ils participent aux lois de ce groupe pour leur composante latérale.

Les détails qui précèdent démontrent nettement que les caractères de différenciation des impressions sensorielles labyrinthiques latérales sont identiques à celles des impressions visuelles; par là, il est légitime de conclure que la même décussation partielle qualitative s'impose pour elles. En effet, deux sensations latérales de variation de pression de sens contraire s'annuleraient en se rencontrant telles quelles; elles deviennent au contraire superposables, et susceptibles de doubler leur effet, en se rejoignant après la décussation de l'une seule d'entre elles. La nécessité fonctionnelle exige donc qu'il y ait deux centres latéraux distincts et que le chiasma vestibulaire dirige vers l'un des centres les impressions positives d'un côté et les impressions négatives complémentaires venues du labyrinthe opposé — et, de même, inversement pour son congénère —; de telle façon que l'un de ces centres sera seul averti, par exemple, des mouvements d'inclinaison vers la droite, et l'autre le sera seul des mouvements vers la gauche.

Il importe peu que les pressions positives et négatives prennent dès leur origine des fibres nerveuses distinctes, subissant une décussation anatomique différente, ou que, arrivant au chiasma par les mêmes fibres, elles doivent à leurs qualités différentes leur classement et leur distribution ultérieure opposée; le seul point nécessaire est que le triage qualitatif ait lieu, et le caractère physique différent des deux impressions suffit pour qu'il soit réalisable.

Les pressions latérales de même sens, créées dans les canaux verticaux supérieurs par les mouvements du champ médian, ne sont pas en fait exactement superposables, parce que les deux canaux ne sont pas absolument parallèles au plan médian; il reste par suite toujours entre elles quelques éléments spéculaires qui ne les laissent pas aussi parfaitement interchangeables que les images visuelles maculaires, mais les différences sont assez faibles pour être négligeables quand le plan du mouvement présente exactement les mêmes rapports angulaires avec celui de chacun des canaux. Dans ce cas, leur sort dans le chiasma sera différent de celui des images franchement spéculaires des champs latéraux; il y aura bien encore deux centres distincts, recevant isolément l'un les impressions positives, l'autre les impressions négatives, c'est-à-dire recevant chacun les avis de l'une des directions des mouvements considérés; mais les impressions simultanées étant alors de même signe et de même forme dans les deux labyrinthes sont superposables d'emblée, et il ne sera plus question de décussation latérale qualitative. Les impressions équivalentes des deux côtés pourront aller soit directement en bloc à un centre médian unique, ce que permet la conformation du cervelet, soit simultanément — avec entre-croisement simplement quantitatif — à deux centres latéraux équivalents. Dans l'un

comme dans l'autre cas, il devra y avoir deux centres distincts, l'un pour les impressions positives, l'autre pour les négatives, disposés en avant l'un de l'autre, et antagonistes entre eux à la façon des centres latéraux propres aux impressions des mouvements des champs latéraux.

Par suite de ces connexions, une lésion d'un labyrinthe ou d'un nerf vestibulaire supprimera toutes les impressions unilatérales, mais elle ne compromettra l'action d'aucun centre, puisque tous reçoivent leurs renseignements des deux labyrinthes. Par contre, une lésion située sur les centres, ou sur les voies vestibulaires au delà de leur chiasma, supprimera la notion de l'une des directions des mouvements, en laissant persister la seule notion des mouvements de sens contraire; par là, elle créera une *hémidésorientation* centrale, qui est, pour le sens labyrinthique, le correspondant exact de l'hémianopsie et de l'hémisurdité pour la vue et pour l'ouïe.

Les centres encéphaliques du sens labyrinthique sont sensorio-moteurs comme les centres visuels et auditifs, mais, à l'inverse de ces derniers, leur rôle moteur est beaucoup plus important que leur rôle sensoriel. La vue et l'ouïe sont surtout destinées à fournir à l'intelligence les images des objets extérieurs, et les réflexes moteurs automatiques ne sont qu'un adjuvant de la fonction principale; le sens labyrinthique fournit des sensations confuses, restant subconscientes, et les réflexes moteurs qu'elles provoquent constituent la partie principale de la fonction; la conception précédente fait apparaître la simplicité et la précision de son mécanisme.

Chaque centre reçoit les notions d'une seule direction de mouvements; toutes les fois qu'il est excité, il commande automatiquement des contractions musculaires provoquant des mouvements d'une seule direction, toujours la même, celles qui sont capables de redresser la seule inclinaison dont le centre considéré a normalement connaissance. Pour chaque type de mouvement, la variation de pression est inverse suivant le sens, et c'est le sens de cette variation qui règle l'entrée en jeu des deux centres antagonistes. De plus, suivant le genre des mouvements, les contractions musculaires doivent être simultanées et de même sens dans les deux moitiés du corps ou, au contraire, antagonistes et opposées; au premier cas se rattachent les mouvements d'inclinaison antéro-postérieurs, les mouvements de translation verticaux ou antéro-postérieurs, c'est-à-dire précisément ceux qui provoquent des pressions de même sens dans chaque labyrinthe; au second ressortissent les mouvements d'inclinaison ou de translation latérales, de même que les mouvements de rotation sur l'axe, c'est-à-dire ceux dont les pressions latérales sont de sens contraire.

C'est ainsi que le sens labyrinthique constitue un appareil régulateur automatique de l'équilibre, en même temps qu'un mécanisme régulateur des mouvements actifs les plus divers, régulateur notamment de tous les modes de progression, dont il maintient automatiquement l'harmonie et la fixité de direction.

Par suite de ce mode de fonctionnement automatique, une lésion unilatérale située au delà du chiasma vestibulaire provoquera des troubles moteurs particuliers dus à la prédominance d'action unilatérale des centres antagonistes. La suppression de la notion des mouvements d'un côté, vers la gauche par exemple, supprime du même coup la production réflexe des mouvements compensateurs du côté opposé, c'est-à-dire vers la droite; et par suite toute déviation à droite restant corrigée, alors qu'une déviation gauche ne l'est plus, il en résultera une prédominance des mouvements vers la gauche, inconsciente, sous forme d'attitude ou de progression anormale suivant les cas. A l'état léger, la déviation conjuguée des yeux, à l'état plus accusé, les mouvements de rotation et de manège révéleront à l'observateur l'*hémidéséquilibre*, qui est la traduction motrice de *l'hémidésorientation* de cause centrale.

Ainsi se trouve justifiée l'affirmation qui fait l'objet de ce travail, l'existence d'un chiasma qualitatif univoque pour les trois sens de la vue, de l'ouïe et de l'orientation-équilibre, l'unité de plan des connexions de leurs appareils périphériques avec leurs centres, l'uniformité étroite du fonctionnement de leur automatisme moteur.

IV

La conception générale du fonctionnement des centres encéphaliques sensorio-moteurs, telle qu'elle résulte des détails qui précèdent, explique clairement les différences fondamentales qui séparent la symptomatologie des lésions, destructives ou irritatives, périphériques ou centrales, des appareils sensoriels.

Les lésions des organes périphériques et du système nerveux avant le chiasma, tout comme les lésions des centres ou des voies sensorielles après le chiasma, peuvent être irritatives ou destructives, et agir par excitation ou par paralysie.

Les lésions destructives des voies périphériques ne provoquent aucun trouble persistant; en supprimant la vision binoculaire, l'audition bi-auriculaire ou l'orientation bilabyrinthique, elles ne suppriment qu'un perfectionnement — utile, mais non essentiel — des sens considérés. Par contre, les lésions irritatives des mêmes localisations peuvent créer des troubles graves du fonctionnement sensoriel ou moteur des centres eux-mêmes. Ces lésions donnent, en effet, naissance à des impressions artificielles et fausses qui se rencontrent dans les centres avec les impressions justes du côté opposé; par leur discordance avec ces dernières, elles créent une impression de désaccord qui trouble la perception et fausse les réflexes moteurs; le vertige est la traduction sensorielle de cette désharmonie.

M. Grasset a excellemment insisté sur ce fait, que les sensations de déplacement vrai ne produisent pas de vertige, et que l'essence de ce dernier est une sensation fausse. Toutefois, cette définition n'est pas encore suffisante; l'illusion elle-même ne suffit pas à créer le vertige, si elle est vraiment une illusion, c'est-à-dire si elle est telle qu'elle puisse être prise pour vraie. Le vertige est créé par une sensation qui porte en elle la marque même de sa fausseté, et c'est là ce que la théorie précédente permet seule d'expliquer. La discordance des sensations spatiales fournies par les divers sens, ou surtout par les divers centres d'un même sens, est la cause provocatrice du vertige, quel que soit le mécanisme de production de cette discordance, fût-ce le surmenage localisé de l'un des centres (celui, par exemple, de la perception de la translation en arrière dans les malaises du rebours) ou la persistance de l'excitation du centre après la cessation brusque de la cause excitatrice, comme celui de la perception d'une rotation inverse dans le vertige qui suit la valse, etc., etc. Le vertige cesse avec la cessation de la discordance, soit par suppression de l'excitation anormale, soit même par annulation de la notion juste, qui enlève à la première la marque de sa fausseté.

Les lésions destructives des voies centrales créent un trouble sensoriel très spécial, plus grave que celui des lésions destructives des appareils périphériques, mais encore assez partiel pour passer le plus souvent inaperçu du sujet. L'hémianopsie n'est bien connue que depuis quelques années, et on sait que les malades ne la découvrent presque jamais d'eux-mêmes, grâce à la compensation facile par les mouvements de la tête et des yeux qui déplacent le domaine du champ obscur jusqu'à en effacer l'existence. L'hémisurdité, dont j'affirme aujourd'hui *a priori* l'existence, est assez peu gênante pour n'avoir encore jamais été reconnue. L'hémidésorientation ne compte que quelques faits cliniques très rares, mal interprétés d'ailleurs, bien que l'hémidéséquilibre qui la révèle soit assez fréquent, parce que son mécanisme de production purement automatique reste inconscient.

L'origine sensorielle hémianesthésique de l'attitude de la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête avait échappé jusqu'à la description que j'en ai donnée. Nul doute que les divers troubles moteurs unilatéraux provoqués par les hémianesthésies sensorielles centrales, une fois connus de tous, ne soient appelés à jouer un rôle important dans la pathologie encéphalique.

Les troubles engendrés par les lésions irritatives des voies centrales, lésions anatomiques ou actions toxiques, diffèrent de ceux qui sont dus aux lésions destructives des mêmes voies, non seulement par le sens opposé des déviations produites, mais plus encore par leurs allures spasmodiques, paroxystiques et transitoires; ils se présentent sous la forme d'hallucinations au point de vue sensoriel, sous celle d'entraînements et d'impulsions éclatant au repos, au point de vue moteur.

Les troubles des lésions paralysantes, au contraire, affectent la forme d'attitudes ou de démarches anormales, ne donnant pas du premier coup l'impression du déséquilibre, parce qu'elles ne diffèrent en somme que par leur automatisme et par leur inconscience des attitudes ou des démarches voulues similaires. De plus, ils n'existent pas au repos absolu du sens considéré; ils ne se produisent que par son entrée en action unilatérale, soit que celle-ci soit provoquée par l'intervention d'images réelles d'origine extérieure (objets vus, entendus ou mouvements réalisés), soit qu'elle soit due à l'action inégale de certains toxiques sur les deux moitiés des organes encéphaliques, comme dans le *delirium tremens* ou dans l'urémie, soit même qu'elle provienne de l'évocation spontanée d'images sensorielles, dans la rêverie ou dans les rêves du sommeil, pourvu que cette évocation soit elle-même unilatérale, par l'infériorité pathologique ou personnelle d'une moitié des centres intéressés.

Dr L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

VINGT ET UNIÈME CONGRÈS ALLEMAND
DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Leipzig du 18 au 21 avril 1904.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Valeur des méthodes cliniques permettant d'apprécier les dimensions du cœur.

M. de la Camp (de Berlin). — J'ai contrôlé, par l'étude clinique, radiographique et expérimentale, la valeur des moyens dont nous disposons pour déterminer les dimensions réelles du cœur.

J'ai pu me convaincre que la percussion fournit des résultats suffisamment exacts, et cela d'autant plus qu'il est facile de reconnaître s'il existe des complications pulmonaires, ou une position anormale du diaphragme, susceptibles de causer une erreur. De plus, on arrive généralement à circonscrire par la percussion les parties du cœur situées derrière le sternum et qui ne sont pas recouvertes par le poumon. Quand le cœur droit est dilaté ou hypertrophié, on constate que la matité est élargie en escalier vers la droite.

L'orthodiagraphie est la meilleure méthode pour apprécier les dimensions réelles du cœur, à moins que la dilatation cardiaque ne dépasse à gauche la ligne mamillaire.

En associant la percussion profonde avec la palpation, on peut dans la grande majorité des cas délimiter la matité relative du cœur, à trois

quarts de centimètre près. Par l'auscultation et la percussion réunies, on ne saurait obtenir des résultats plus précis.

Toutes les méthodes qui consistent à ausculter des bruits produits sur la surface du corps par un moyen quelconque (celle des frictions, de M. Smith, par exemple) ne sont pas utilisables pour la détermination des dimensions du cœur. Ces méthodes, en effet, sont uniquement basées sur la transmission du son par le thorax, dont la peau, les muscles et le squelette modifient notablement les vibrations. En particulier, les figures que M. Smith considère comme reproduisant les limites de certaines parties des vaisseaux et du cœur ne peuvent être regardées comme des projections de ces organes ; j'ai pu en obtenir de semblables avec des cadavres auxquels j'avais extirpé le cœur, et aussi — *intra vitam* — sur le thorax gauche d'un homme atteint de dextrocardie.

M. Pässler (de Leipzig). — Je tiens à ajouter que la méthode de M. Smith donne des figures toutes différentes selon qu'on fait l'exploration dans le sens centripète ou centrifuge.

M. L. von Schrötter (de Vienne). — La percussion permet de déterminer les limites du cœur, avec une erreur ne dépassant pas un demi-centimètre, ce qui suffit amplement pour la pratique.

M. Turban (de Davos). — Je pratique la percussion cardiaque très faible, et j'obtiens ainsi des notions exactes sur les limites vraies du cœur.

M. Moritz (de Greifswald). — En ce qui concerne l'orthodiagraphie, il faut pratiquer l'exploration dans le décubitus dorsal, car les malades debout ou assis ne peuvent suffisamment rester immobiles. De plus, le cœur paraît moins grand quand le malade est debout que lorsqu'il est couché, quoique cela puisse sembler paradoxal.

Soulèvement diastolique de la paroi thoracique et bruit de galop.

M. Brauer (de Heidelberg). — J'ai étudié le soulèvement diastolique de la paroi thoracique chez des malades auxquels on avait fait la cardiolyse pour médiastino-péricardite. Cette opération avait amené une amélioration notable, les mouvements de dilatation et de contraction du cœur étant devenus plus faciles.

J'ai comparé ce soulèvement avec le bruit de galop de certains cas de néphrite interstitielle avec gros cœur : je les ai trouvés synchrones. Comme ce soulèvement constitue un phénomène actif, je crois à une phase active dans la diastole; la propulsion en question serait ainsi une exagération d'un phénomène normal.

M. Gerhardt (d'Erlangen). — Je ne saurais partager cette manière de voir, car, dans le bruit de galop, le bruit supplémentaire ne se produit d'habitude que quand le cœur faiblit; il disparaît si les battements cardiaques redeviennent énergiques.

M. F. Müller (de Munich). — Il y a deux espèces de bruit de galop : tantôt le bruit supplémentaire correspond à une contraction de l'oreillette, tantôt il succède à la systole après un intervalle qui est toujours constant, même si l'action du cœur est irrégulière : le bruit supplémentaire n'est pas lié à la systole suivante; il reste comme accolé à la systole précédente.

Effets thérapeutiques des substances fluorescentes employées en badigeonnages ou en injections.

M. von Tappeiner (de Munich) fait une communication sur ses essais de traitement des affections cutanées avec une solution d'éosine à 5 % employée soit en badigeonnages (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 422), soit en injections sous cutanées et interstitielles. Grâce à ce moyen, l'orateur dit avoir guéri jusqu'ici 4 cas de cancer cutané; au contraire, les cancers de la vulve ou du sein ne lui ont pas donné de résultats bien nets. Quant au lupus, les nodules profonds eux-mêmes, sur lesquels les simples badigeonnages sont sans effet, réagiraient aux injections interstitielles. Enfin, dans la syphilis, non seulement le chancre traité de la sorte se cicatriserait rapidement, mais encore les lésions secondaires seraient minimes et tardives.

Dans tous ces cas, il faut associer l'action de la lumière à celle de la substance fluorescente.

M. Seifert (de Wurtzbourg) dit avoir obtenu la guérison de lupus en six à huit semaines par la méthode de M. von Tappeiner; dans le sycosis non parasitaire, un seul badigeonnage suffirait à donner une amélioration rapide.

La ponction du crâne au point de vue diagnostique et curatif.

M. Neisser (de Stettin). — Quoique la ponction exploratrice du crâne ait été recommandée par différents auteurs, il n'a pas été publié jusqu'à ce jour d'observation relative à l'utilisation pratique de cette méthode.

J'ai fait pour ma part 120 ponctions du crâne sur 30 malades. J'emploie à cet effet un trépan électrique avec lequel je perfore les parties molles et l'os. On sent bien quand l'instrument passe à travers les tables externe et interne du crâne, et on peut l'arrêter immédiatement; aussi, avec un peu d'habitude, ne blesse-t-on jamais la dure-mère. A travers l'orifice ainsi créé, on introduit l'aiguille à ponction que l'on plonge peu à peu, tout en aspirant, jusqu'à 5 centimètres de profondeur.

Avant de trépaner le crâne, il faut déterminer le siège des différentes circonvolutions cérébrales, ainsi que les points où l'on pourra le mieux aller à la recherche de lésions telles qu'abcès, hémorrhagies, etc., sans risque de blesser des vaisseaux sanguins. Il faut éviter de ponctionner dans la région sylvienne et vers la partie inférieure de la zone psycho-motrice, à cause du danger d'hémorrhagie.

Parmi les liquides que j'ai pu extraire de la sorte, ceux qui provenaient d'anciens épanchements sanguins jouent un rôle important. J'ai reconnu ainsi une série de cas d'hémorrhagie extra ou intra-dure-mérienne, qui n'auraient pas pu être diagnostiqués autrement. J'ai ponctionné aussi un tubercule du cerveau contenant des tissus nécrosés.

Il faut avouer toutefois que la ponction du crâne n'est pas toujours absolument inoffensive; dans 2 cas elle a été suivie d'une aggravation des symptômes; l'autopsie nous a montré en outre que parfois — mais rarement — il se produisait de légères hémorrhagies dans la pie-mère ou dans la substance cérébrale. Aussi la ponction exploratrice du crâne ne doit-elle pas être faite à la légère, sans indication précise; malgré sa technique facile, elle me paraît ne pouvoir être pratiquée que dans un service hospitalier.

De la claudication intermittente.

M. Erb (de Heidelberg). — Dans les six dernières années, j'ai observé 45 nouveaux cas de cette affection, tous chez des hommes, plus un cas, très peu typique, chez une femme. Chez aucun de ces malades je n'ai trouvé d'altération soit de la motilité, soit de la sensibilité. Par contre, le pouls de la pédieuse était toujours faible; la plupart du temps il manquait même complètement : sur 30 cas où l'affection était bilatérale, il faisait entièrement défaut chez 16 patients, et 4 fois seulement il n'était pas notablement altéré; dans 13 des 15 cas de lésion unilatérale (11 à gauche, 4 à droite), il manquait du côté malade; plusieurs fois il était aussi absent du côté sain. Une autopsie m'a montré que les artères en question étaient bien rétrécies, mais non pas complètement oblitérées.

L'étiologie de la claudication intermittente est celle de l'artériosclérose en général; quelques particularités sont pourtant à noter : les malades appartiennent presque tous aux classes aisées, ce sont à peu près exclusivement des hommes; 8 avaient moins de quarante ans, 37 avaient dépassé cet âge. Quant aux causes immédiates, 10 de mes malades seulement étaient syphilitiques, ce qui ne me permet pas de supposer que la syphilis joue un rôle dans l'étiologie de la claudication intermittente; l'alcool ne me paraît pas non plus devoir être incriminé; la goutte, le diabète n'ont également aucune importance étiologique; il en est de même de la prédisposition névropathique. Par contre, je suis frappé de l'influence du tabac dans mes observations : sur 38 cas où j'ai noté cette influence, 13 malades fumaient peu, 10 fumaient beaucoup et 15 fumaient énormément; dans 14 cas, aucun autre facteur que le tabac ne pouvait être invoqué. D'autre part, 12 de mes malades étaient exposés par leur profession aux intempéries (ingénieurs, médecins de campagne), de sorte que le froid semble jouer un certain rôle.

Le sérum antistreptococcique contre le rhumatisme aigu et chronique.

M. Menzer (de Halle-sur-Saale). — J'ai traité 47 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu par mon sérum antistreptococcique. Ces sujets guérirent tous sans que l'affection passât à la chronicité : je les ai revus au bout d'un à deux ans et ils n'avaient pas eu de récidive. J'ai en outre employé le même mode de traitement dans 9 cas de rhumatisme articulaire aigu devenu chronique (depuis cinq mois et plus) : 7 m'ont donné un succès complet, les 2 autres des améliorations suffisantes pour que les patients aient pu reprendre leur travail; j'ai retrouvé 8 de ces malades; la guérison avait été chez eux durable. Sur 2 autres cas analogues, compliqués de polynévrite, le sérum m'a fourni une guérison et une amélioration. De 11 cas de rhumatisme articulaire chronique d'emblée, 5 guérirent (formes exsudatives), 2 furent notablement améliorés, 4 patients enfin ne tirèrent que peu de bénéfices du traitement (formes tendant à la rétraction et à l'usure du cartilage); des 7 malades chez lesquels le résultat avait été favorable, j'ai pu en revoir 5 après un certain temps : la guérison ou l'amélioration persistait.

Sur 34 sujets atteints pour la première fois de rhumatisme articulaire et traités par le sérum antistreptococcique, un seul a eu une affection valvulaire du cœur. Sur les 47 cas de rhumatisme aigu traités en tout, j'ai observé 2 fois seulement une affection cardiaque.

M. Aronson (de Charlottenbourg). — Les courbes de température que nous présente M. Menzer montrent que l'injection est suivie d'une réaction fébrile, ce qui laisse supposer que son sérum contient des toxines.

M. Alfr. Wolff (de Berlin). — Tout sérum ayant une action bactéricide met, par suite de la bactériolyse, des endotoxines en liberté, ce qui détermine presque toujours une élévation du degré thermique, souvent suivie d'un abaissement de la température. On ne saurait donc conclure de la réaction consécutive à l'injection que le sérum de M. Menzer renferme des toxines.

Les troubles de la circulation dans la dothiénentérie.

M. Ortner (de Vienne). — J'ai trouvé dans 29 cas de dothiénentérie, sur 38 que j'ai observés, une accentuation marquée du deuxième bruit de l'aorte. La pression artérielle étant normale chez ces malades, je suppose qu'il s'agissait d'une dilatation des vaisseaux de la circulation artério-capillaire, compensée par une augmentation d'activité du cœur.

Dans les 9 cas où le deuxième bruit aortique n'était pas accentué, je pense que la vasodilatation superficielle était compensée par une contraction des vaisseaux viscéraux. Dans ces cas, la pression artérielle était aussi normale.

Les dothiénentériques meurent par parésie des vasomoteurs avec lésion organique du muscle cardiaque. J'attire particulièrement votre attention sur le dicrotisme du pouls capillaire chez ces malades, symptôme non encore signalé jusqu'à présent.

M. Wiesel (de Vienne). — Dans 12 cas de dothiénentérie, j'ai trouvé des altérations caractéristiques de la tunique moyenne des artères, consistant en une augmentation du tissu conjonctif avec atrophie des fibres musculaires. En outre, les fibres élastiques étaient très altérées; elles présentaient des déchirures, de la dégénérescence caséeuse. Je crois que ces lésions sont susceptibles de réparation.

Un nouveau procédé de diagnostic des affections du pancréas.

M. A. Schmidt (de Dresde). — De tous les sucs digestifs, seul le suc pancréatique digère la substance des noyaux cellulaires; aussi, après l'extirpation expérimentale du pancréas, on retrouve dans les déjections les noyaux des cellules musculaires absorbées sous forme de viande. Cela étant, pour apprécier l'état fonctionnel du pancréas, je fais ingérer au malade

de petits cubes de viande enveloppés dans de la gaze; quand le pancréas est sain, les noyaux sont digérés; au contraire, dans les cas d'affection grave ou de destruction complète du pancréas, on retrouve les noyaux dans les fèces.

Je crois que ce procédé peut rendre de bons services pour le diagnostic des affections pancréatiques. Il donne en effet un signe positif, tandis que la méthode de Sahli ne permet une conclusion que dans les cas où la réaction est négative.

Le traitement de l'hyperchlorhydrie.

M. Leo (de Bonn). — On peut admettre que, dans l'hyperchlorhydrie, les tissus contiennent plus de chlore qu'à l'ordinaire, car les fèces ne renferment cet élément qu'en très faible quantité. Aussi ai-je essayé de traiter des hyperchlorhydriques par l'hypochloruration; j'ai constaté que chez l'homme bien portant l'acide chlorhydrique diminuait dans le suc gastrique, sous l'influence de ce régime, mais l'abstinence de chlorure de sodium est pénible pour les malades; j'ai tenté sans grand succès de remplacer ce sel par du phosphate de soude.

J'ai obtenu de meilleurs résultats, chez les hyperchlorhydriques, en faisant des lavages de l'estomac avec une solution salée à 5 %, ou mieux encore en prescrivant des lavements avec cette même solution. J'ai pu, par ces moyens, faire diminuer l'acidité gastrique et atténuer les maux d'estomac. Ce traitement me paraît surtout recommandable pour l'hyperchlorhydrie des sujets atteints d'ulcère rond.

L'hypotonie oculaire dans le coma diabétique.

M. P. Krause. — Dans 4 cas de coma diabétique, j'ai pu constater, quinze heures avant la mort, une hypotonie considérable du globe oculaire — plus marquée que celle qui survient d'ordinaire chez les moribonds ou encore après une perte considérable de liquide —, sans que l'examen le plus minutieux des yeux décelât la moindre lésion locale. La pression artérielle de ces malades était normale.

Je n'ai pu reproduire expérimentalement ce symptôme en réalisant une intoxication par l'acétone ou par l'acide β-oxybutyrique; je ne l'ai pas non plus observé dans le coma basedowien ou addisonien, ni dans le coma des cardiaques.

M. Pässler présente deux tabétiques atteints d'une lésion de la partie inférieure de la colonne vertébrale, analogue à l'arthropathie tabétique.

Dr J. Karcher (de Bâle).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai 1904.

Traitement chirurgical de la myopathie scapulo-humérale.

M. Raymond présente un jeune homme de vingt-neuf ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui est atteint d'une atrophie complète des muscles de la ceinture scapulaire, survenue sans fièvre, sans troubles subjectifs ou objectifs de la sensibilité et sans modifications des réflexes.

A la suite de cette atrophie, qui a débuté par l'épaule droite et qui a envahi ensuite l'épaule gauche, ce jeune homme était devenu complètement impotent des deux membres supérieurs, malgré l'intégrité des muscles des bras et des avant-bras.

Les divers traitements médicaux auxquels on a eu successivement recours pour combattre les myopathies ayant jusqu'ici toujours échoué, l'orateur proposa au patient de se soumettre à une opération consistant à fixer le bord spinal de l'omoplate à la paroi thoracique, de façon à permettre le rétablissement des fonctions des membres supérieurs. Grâce à cette intervention, qui a été pratiquée seulement du côté droit, le patient est capable d'exécuter tous les mouvements avec le bras correspondant, et même de s'en servir pour des travaux de force.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 avril 1904.

Hémorrhagie méningée avec ictus suivi de paralysie de la troisième paire.

M. Achard. — J'ai observé récemment avec M. Paisseau un cas d'hémorrhagie méningée, reconnue par la ponction lombaire, chez un jeune garçon de dix-huit ans, qui fut frappé subitement de perte de connaissance et de convulsions épileptiformes. Après l'ictus, en même temps qu'une apyrexie complète, on constata des symptômes méningés fort nets: raideur de la nuque, attitude en chien de fusil, signe de Kernig, céphalée vive, constipation, lenteur du pouls. Un symptôme particulièrement frappant était la somnolence invincible que présenta le malade, même après le retour de l'intelligence et de la mémoire: on le tirait de son sommeil en l'interpellant vivement, mais bientôt il y retombait; on observait là quelque chose d'analogue à la maladie du sommeil, dont la symptomatologie, d'ailleurs, est principalement méningée.

Au cours de trois ponctions lombaires successives, on put reconnaître les divers stades de l'hémorrhagie: liquide d'abord hématique, ne se coagulant pas, renfermant des globules rouges et blancs en proportion normale, puis jaune avec prédominance des lymphocytes, et enfin clair et privé d'éléments figurés. La cause de l'hémorrhagie reste indéterminée; ce malade n'offrait aucun indice de syphilis.

Ce fait est encore intéressant par une circonstance assez exceptionnelle, à savoir l'apparition, au bout de plusieurs jours, d'une paralysie incomplète de la troisième paire, qui s'est atténuée ensuite. Cette paralysie paraît pouvoir être rapprochée des faits, également très rares, de compression du nerf optique par épanchement sous-vaginal au cours des hémorrhagies méningées.

La névralgie occipitale dans les angines.

M. Claude relate, à propos de la communication faite au cours de la précédente séance par M. Vincent, l'observation d'un homme de trente-quatre ans, d'une bonne santé habituelle, chez lequel une rhino-pharyngite muco-purulente fut suivie d'abord d'un gonflement douloureux des tendons d'Achille, et ensuite de douleurs très vives au niveau de la région occipitale et de la nuque, douleurs qui revenaient périodiquement toutes les nuits pour disparaître pendant le jour, et qui cédèrent à l'administration de la quinine et de l'antipyrine à hautes doses. Il s'agissait donc d'une névralgie occipitale, en rapport — comme la fluxion tendineuse qui l'avait précédée — avec l'infection du rhino-pharynx.

M. Rouget dit avoir observé une névralgie occipitale qui irradiait dans toute la moitié droite de la face, chez un homme atteint d'une angine érythémateuse simple. Comme dans les faits signalés par M. Vincent, les douleurs névralgiques s'exaspéraient par les mouvements de déglutition et par la pression au niveau du point d'émergence du nerf d'Arnold.

M. Jacquet présente une jeune femme, atteinte à la fois d'une angine légère avec tuméfaction de l'amygdale droite, d'une plaque de pelade occupant le côté droit de la nuque et, en outre, de douleurs occipitales très vives. Or, la dent de sagesse du côté droit de la mâchoire inférieure n'a pas terminé son évolution et la gencive offre à ce niveau une inflammation assez vive. D'après l'orateur, c'est cette inflammation gingivale qui est la cause de la pelade, de la névralgie occipitale et même de l'angine. Ces névralgies ne ressortissent donc pas à une infection, mais à une irritation mécanique de la muqueuse buccale, le plus habituellement d'origine dentaire.

Traitement de l'incontinence d'urine par la ponction lombaire.

M. Boisseau communique, au nom de M. Babinski et au sien, les observations de 3 sujets atteints d'incontinence nocturne essentielle d'urine, qui ont été guéris par la soustraction d'une quantité variable de liquide céphalo-rachidien (15 ou 30 c.c.) au moyen de la ponction lombaire.

Un quatrième malade, affecté de paraplégie spasmodique avec incontinence d'urine, ayant été également guéri de cette dernière infirmité par le même procédé, il semble difficile d'admettre que ces guérisons sont dues à une action psychique et non aux ponctions rachidiennes.

M. Bergé rappelle que MM. Albarran et Cathelain ont traité avec succès des incontinences d'urine au moyen d'injections épidurales de sérum artificiel (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 360).

M. Dufour dit n'avoir jamais vu disparaître l'incontinence d'urine des tabétiques, soit à la suite des ponctions lombaires, soit à la suite de l'injection de sérum artificiel dans le canal épidural.

Angine de poitrine et hypertension artérielle.

M. Londe relate l'observation d'un ancien hémiplégique, qui succomba à une angine de poitrine sept ans après le début de cette affection, et chez lequel — comme dans les faits récemment relatés par M. Vaquez (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 45) — il y eut toujours un parallélisme parfait entre l'augmentation de la tension artérielle et l'apparition des accès angineux. Ce qui prouve, en outre, que l'urémie n'a joué aucun rôle dans le développement de ces accès, bien que le malade fût albuminurique, c'est qu'ils se manifestaient surtout aux époques où le patient urinait abondamment et qu'ils ont au contraire disparu à deux reprises différentes pendant des crises d'asystolie ou de subasystolie avec congestion du foie.

Un cas de chorée mortelle.

M. Babonneix communique, au nom de M. Sergent et au sien, l'observation d'un jeune homme de dix neuf ans, rhumatisant, qui fut pris de délire au cours d'une chorée intense compliquée d'accidents cardiaques et qui succomba en quelques heures Peu de temps avant la mort, les membres inférieurs devinrent le siège d'une de ces éruptions scarlatiniformes qui ont été déjà signalées par différents auteurs et qui annoncent presque toujours une terminaison fatale.

L'autopsie du malade permit de constater qu'il avait succombé à une endocardite aiguë ulcéro-végétante.

M. Le Gendre relate l'observation d'une femme qui succomba à des accidents infectieux graves ayant débuté par une congestion pulmonaire, et chez laquelle on observa, au cours de ces accidents, une ophtalmie pneumococcique dont l'origine endogène était manifeste, ce qui constitue la particularité intéressante de ce fait.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 avril 1904.

Inoculabilité de l'ostéomalacie.

MM. Charrin et Moussu. — L'examen du lapin que nous présentons, aussi bien, du reste, que l'observation des animaux inoculés comme lui, introduit en pathologie générale une donnée nouvelle, à savoir la contagiosité et l'inoculabilité de l'ostéomalacie. Les os de ce lapin, surtout ceux de la tête, sont, en effet, mous et dépressibles; on imprime aisément au museau, ainsi qu'aux maxillaires, les torsions les plus prononcées. Or, cet animal a reçu sous la peau une émulsion de la moelle osseuse d'un porc ostéomalacique.

Si on analyse l'affection, décrite sous la dénomination de cachexie osseuse, qui atteint le porc, la chèvre, le lapin, etc., on voit que cette affection, au point de vue anatomo-pathologique, symptomatique et étiologique secondaire, est identique à l'ostéomalacie connue en pathologie humaine et considérée comme le type des processus purement humoraux. Or, par des injections sous-cutanées d'émulsion de moelle osseuse nous avons reproduit l'affection chez le porc, la chèvre, le lapin, etc. De plus, en faisant vivre des sujets sains à côté de porcs contaminés, nous avons parfois réussi à propager le mal; les aliments, la voie digestive, dans ces conditions, paraissent entrer en jeu.

Bien entendu, nous avons recherché le parasite; nous n'avons pas aperçu d'agents relative-

ment élevés (piroplasme, trypanosome, etc.) et, en dehors de la phase aiguë, nous n'avons décelé, par l'examen direct ou les cultures les plus variées, aucun élément. Par contre, au cours de cette phase aiguë, nous avons aperçu dans la moelle osseuse ou la synovie articulaire, des microcoques et un bacille que des cultures ont reproduit. Inoculées, ces cultures, chez deux petits lapins, ont provoqué de la phosphaturie, une augmentation des acides, mais jamais l'affection typique. Toutefois, quand les milieux ensemencés demeurent stériles, les inoculations de moelle osseuse sont sans effet.

Cette réduction de la période d'activité du virus, à certaines époques la rareté du mal capable à d'autres moments d'exercer d'importants ravages, la lenteur de l'évolution (deux à sept mois), et quelques autres conditions rendent ces recherches laborieuses. D'ailleurs, si on met à part les fausses ostéomalacies, au point de vue de l'anatomie pathologique, des symptômes, etc., cette affection peut être l'œuvre de différents agents, pourvu que ceux-ci soient aptes à engendrer en excès des acides capables, en solubilisant des phosphates, de déminéraliser le squelette. Or, c'est le cas de divers microbes, de certains champignons (nous avons établi le fait pour l'*Oospora Guignardi*), c'est également celui de nos cellules surmenées ou insuffisamment actives au cours des mutations nutritives. Toutefois, on conçoit que, suivant l'agent en cause (bactérie ou cellule), la maladie est ou n'est pas contagieuse, facilement inoculable.

Splénomégalies chroniques avec anémie chez le nourrisson.

MM. A. Raybaud et **Vernet** (de Marseille) relatent les observations de deux nourrissons atteints de splénomégalie chronique avec anémie très prononcée. Les recherches hématologiques des auteurs leur ont permis de reconnaître qu'il s'agissait dans l'un de ces cas d'une anémie pseudo-leucémique à forme lymphocythémique (63 % de lymphocytes), tandis que, dans l'autre, l'abondance des normoblastes, la proportion élevée des éléments mitosiques, la leucocytose manifeste, enfin la présence de myélocytes permettaient de conclure à une forme myélémique. Dans ce dernier fait, le sang contenait en outre des hématozoaires typiques; aussi MM. Raybaud et Vernet sont-ils d'avis que l'infection palustre peut jouer un certain rôle dans l'étiologie des anémies spléniques infantiles.

Fréquence de l'hérédité similaire collatérale en pathologie.

MM. Toulouse et **Damaye**. — On sait que dans différents groupes morbides (cancer, tuberculose, diabète, affections familiales), la maladie similaire est plus fréquente chez les frères et sœurs du sujet examiné que chez les ascendants et les descendants. De même, chez les syphilitiques et les alcooliques, la mortinatalité, la diathèse convulsive, les lésions des organes des sens, la tuberculose rapprochent les collatéraux entre eux beaucoup plus que de leurs ascendants.

Les recherches que nous avons faites sur 44 familles d'épileptiques nous ont fourni des résultats identiques. Nous avons noté l'hérédité convulsive chez 3.4 % seulement des ascendants, et chez 11.8 % des collatéraux.

Ces chiffres prouvent que, pathologiquement parlant, on ressemble plus à ses frères qu'à ses parents.

Lésions du cerveau chez des rejetons issus de mères malades.

MM. Charrin et **Léri**. — Chez les rejetons d'infectées ou d'intoxiquées, nous avons rencontré, dans d'assez fortes proportions, des lésions dont les dégénérescences et les hémorrhagies constituent les processus les plus fréquents; dans la moelle épinière, en particulier, ces hémorrhagies ne sont pas rares.

De nouvelles recherches nous permettent d'étendre ces données aux hémisphères cérébraux et aux méninges qui les enveloppent : 5 fois, en effet, dans ces méninges nous avons décelé des épanchements sanguins; 3 fois des extravasations assez importantes se trouvaient dans l'épaisseur même du cerveau; 3 fois ces extravasations étaient réduites à des foyers capillaires; 4, enfin, de ces nouveau-nés issus de mères malades ont présenté des centres indemnes de lésion. Les nourrissons porteurs de ces altérations étaient nés de mères tuberculeuses, albuminuriques, éclamptiques, etc.; l'un d'eux était atteint de sclérème. En général, leur survie a oscillé entre quelques heures et trois ou quatre semaines; nous avons même observé des hémorrhagies cérébrales chez un fœtus de cinq mois.

Quantités minima de chaux et de magnésie nécessaires à l'organisme dans les conditions de la ration moyenne d'entretien.

M. Maurel (de Toulouse). — En faisant varier les quantités de chaux et de magnésie ingérées, et en diminuant assez ces quantités pour qu'elles descendent au-dessous des besoins de l'organisme, nous avons constaté que, dans les conditions de la ration d'entretien, l'adulte peut se suffire avec 0 gr. 01 centigr. de chaux et 0 gr. 005 milligr. de magnésie par kilo de poids normal; et en outre que ces quantités de chaux et de magnésie sont contenues dans nos aliments habituels pris dans les proportions que comporte la ration d'entretien.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections intra-articulaires de vaseline contre l'arthrite chronique.

M. le docteur K. Büdinger, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne, dans des recherches poursuivies à l'hôpital général de cette ville, a constaté que les injections intra-articulaires de vaseline — dont M. le docteur H. Delagénière (du Mans) a obtenu l'année dernière de bons effets dans un cas d'arthrite sèche de l'épaule — étaient susceptibles de rendre de réels services dans les arthrites chroniques, quelle que fût d'ailleurs la jointure atteinte.

La vaseline servant à ces injections doit être stérilisée et chauffée; on facilite les manœuvres opératoires en choisissant un produit d'un degré de fusion relativement peu élevé. La quantité à injecter varie suivant la capacité de l'articulation atteinte : les doses utiles sont en moyenne de 4 c.c. pour l'articulation du genou, de 3 c.c. pour celle de l'épaule, de 1 à 2 c.c. pour les petites jointures. Lorsqu'il s'agit de lésions destructives ayant entraîné un agrandissement de la cavité articulaire, il y a avantage à augmenter la dose à injecter. Quant à l'articulation de la hanche, M. Büdinger estime qu'elle ne peut qu'exceptionnellement présenter des conditions favorables à l'emploi de la méthode. A la suite de l'injection, il convient de faire immédiatement des mouvements passifs, dans le but d'amener une répartition aussi parfaite que possible de la vaseline au sein de la cavité articulaire.

Les injections ne laissent pas de donner lieu à des douleurs parfois très violentes. Celles-ci débutent le plus souvent d'une demi-heure à deux heures après l'intervention; elles s'atténuent ensuite pour disparaître complètement dans l'espace de deux à six jours. Assez souvent, le membre est le siège de certaines paresthésies; en outre, il peut survenir de l'œdème péri-articulaire, témoignant de l'irritation de la synoviale. L'immobilisation de la jointure suffit toujours à faire disparaître ces phénomènes, d'ailleurs exceptionnels : même lorsqu'il s'agit du genou, le malade peut se servir du membre atteint presque aussitôt après l'intervention.

M. Büdinger a employé les injections intra-articulaires de vaseline chez 15 malades atteints d'arthrite chronique. Dans les cas légers, notre confrère a obtenu par ce procédé des résultats quelquefois excellents, généralement une amélioration notable. Chez les sujets atteints d'arthrite chronique avancée, les injections ont été plusieurs fois suivies de progrès appréciables. Enfin, dans les cas très anciens avec tendance à l'ankylose, elles ont constitué un adjuvant précieux du traitement classique par le massage et la mobilisation de la jointure.

Ajoutons que la tuberculose articulaire et les poussées aiguës d'arthrite infectieuse, notamment celles de rhumatisme blennorrhagique, constituent pour M. Büdinger des contre-indications formelles à l'emploi des injections intra-articulaires de vaseline.

Le phénylpropiolate de soude en inhalations contre la tuberculose laryngée et pulmonaire.

Certains dérivés de la série cinnamique ayant donné de bons résultats dans le traitement de la tuberculose, M. le docteur A. Bulling (de Reichenhall) a eu l'idée d'essayer un autre corps de cette série, le phénylpropiolate de soude, en inhalations contre la tuberculose du larynx et des poumons.

Ces inhalations sont pratiquées deux fois par jour, pendant une demi-heure. La température du liquide doit être au début de 25° à 30° environ; on la porte ensuite progressivement jusqu'à 42° ou 43°, et même à 45° si l'on ne croit pas avoir à redouter d'hémoptysie; une température aussi élevée a pour effet de favoriser l'action du médicament, en donnant lieu à une congestion veineuse de la muqueuse respiratoire. Vers la fin de la séance, il est bon de redescendre à 35°. Après l'inhalation, le malade doit se reposer une heure et surtout s'abstenir de parler pendant ce temps.

Au début du traitement, les inhalations se font avec une solution de phénylpropiolate à 0.5 %. On en augmente ensuite le titre de 0.5 % par semaine, jusqu'à ce que l'on ait atteint le taux de 3 %. Notre confrère n'a jamais employé de solutions plus concentrées, mais il estime qu'on pourrait le faire sans inconvénient, si l'on croyait devoir instituer un traitement intensif. Il est bon d'ajouter cependant qu'il se produit parfois, après l'augmentation du titre de la solution, une légère poussée fébrile avec extension du catarrhe spécifique.

Dans les 3 cas où il a eu jusqu'ici recours aux inhalations de phénylpropiolate de soude d'après la méthode que nous venons d'exposer, M. Bulling aurait obtenu une amélioration notable de l'état local et général.

L'anesthésie du larynx au moyen de l'adrénaline associée à la cocaïne.

Les avantages que présente l'association de l'adrénaline à la cocaïne en vue de l'anesthésie locale ont déjà été signalés, tant en chirurgie dentaire qu'en chirurgie générale (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 208 et 1903, p. 68, 131, 195 et 200). De son côté, M. le docteur E. Escat (de Toulouse) a constaté qu'il est possible de tirer parti d'une pareille association médicamenteuse dans les cas difficiles d'anesthésie du larynx : chez 3 malades auxquels notre confrère avait tenté sans succès de pratiquer l'ablation de polypes du larynx sous anesthésie cocaïnique, l'exérèse réussit parfaitement, aussitôt qu'à la cocaïne (en solution à 10 %) on eut ajouté de l'adrénaline (en solution à 0.5 ‰). Aussi M. Escat propose-t-il d'employer systématiquement un mélange des deux substances dans tous les cas malaisés d'anesthésie du larynx, surtout lorsque la difficulté semble provenir d'un état congestif chronique avec hyperesthésie et hyperkinésie pharyngo-laryngée.

L'adrénaline contre l'asthénie cardiaque.

L'action stimulante de l'extrait surrénal sur le cœur, déjà signalée par différents auteurs, n'est cependant pas admise encore par tous (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 144 et 1903, p. 57). A ce titre, il nous semble intéressant de faire connaître les excellents résultats qu'un médecin anglais, M. le docteur A. S. Myrtle (de Harrogate), aurait obtenus de l'adrénaline dans 2 cas d'asthénie cardiaque ayant résisté aux modes habituels de traitement.

L'un de ces faits concerne un homme de plus de soixante-dix ans qui était atteint d'une crise d'asystolie aiguë, jusque-là rebelle à toute médication, lorsque notre confrère eut l'idée d'essayer l'adrénaline comme cardiotonique. L'administration de XX gouttes de la solution de chlorhydrate d'adrénaline toutes les six heures eut une action des plus efficaces : à la cinquième dose, la crise put être considérée comme enrayée. Le second cas a trait à un homme de près de quatre-vingts ans, également en état d'asystolie aiguë; l'effet de la médication fut ici plus prompt encore que chez le premier malade, car, dès la troisième dose, on eut raison de la défaillance cardiaque.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — M. le professeur Debove.

La lithiase comme cause de cirrhose hypertrophique biliaire.

Les cirrhoses du foie ont été l'objet d'un grand nombre de travaux dans ces dernières années, et le schéma classique de Charcot a dû subir une série de modifications nécessaires.

Il est, en particulier, une notion capitale qui doit être admise sans conteste, à savoir que la même substance toxique peut agir sur le foie en produisant des lésions variables selon la quantité de poison ingérée et selon la réaction défensive de la cellule hépatique.

C'est ainsi que l'alcool, pour ne prendre qu'un exemple, est susceptible de déterminer, suivant les cas, la cirrhose graisseuse, la cirrhose atrophique ou la cirrhose hypertrophique; et ce que je vous dis de l'alcool est vrai également pour la plupart des substances qui agissent sur le foie par voie sanguine ou par voie biliaire.

Je me bornerai, pour aujourd'hui, à vous signaler la diversité d'action que la lithiase biliaire peut exercer sur le foie. Je voudrais vous montrer — à l'occasion d'une malade actuellement dans nos salles, et en m'appuyant sur un fait analogue recueilli naguère dans le service — que si les calculs du foie déterminent habituellement une cirrhose atrophique, ils peuvent, dans certains cas, entraîner une série de modifications histologiques et humorales qui aboutissent au développement d'une cirrhose hypertrophique biliaire, ou maladie de Hanot.

Or, le fait n'est pas sans intérêt, car Hanot, dans sa description magistrale, avait établi une dualité absolue entre les cirrhoses biliaires calculeuses et le type morbide qu'il décrivait. Je crois, néanmoins, que les faits que je vais vous exposer vous prouveront clairement que cette distinction était beaucoup trop absolue, et qu'il existe, en quelque sorte, une maladie de Hanot d'origine lithiasique.

Voici d'abord la malade à laquelle je faisais tantôt allusion. C'est une femme âgée de quarante-quatre ans, entrée dans notre service pour se faire soigner d'un ictère intense, qui a été très amélioré mais qui persiste néanmoins.

Si vous examinez, en effet, les manifestations morbides que l'on constate actuellement, vous êtes frappés tout d'abord par la teinte franchement ictérique de la patiente. Il s'agit d'un ictère franc, intense, généralisé à tout le tégument et aux muqueuses. Les urines abondantes, dépassant un litre et demi par vingt-quatre heures, donnent très nettement la réaction de Gmelin; en revanche, elles ne contiennent ni albumine ni sucre. L'examen du sérum montre également la présence de pigments et de sels biliaires : c'est donc là un ictère complet, puisqu'il y a non seulement coloration des téguments, mais encore cholémie et cholurie.

J'ajoute, pour achever de spécifier cet ictère, que les matières fécales ne sont pas décolorées : on ne saurait donc songer — maintenant du moins — à un ictère par rétention.

En présence d'un semblable ictère, l'examen du foie s'impose; il est rendu facile, dans ce cas, par le volume et la dureté de l'organe. On sent, en effet, le bord inférieur qui descend plus bas qu'une ligne transversale passant par l'ombilic; on peut suivre ce bord inférieur jusque vers la ligne médiane où il dépasse encore le nombril, puis il remonte obliquement pour se perdre sous les fausses côtes, au niveau du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté gauche. Il y a donc hypertrophie du foie portant sur les deux lobes; c'est une hypertrophie massive, ligneuse, mais qui n'est pas nodulaire, car la palpation de la partie accessible de la glande ne laisse percevoir aucune saillie, aucune nodosité : le foie est seulement dur dans son ensemble.

La rate, en revanche, ne paraît que peu ou pas augmentée de volume.

Il n'y a pas d'ascite, pas de circulation veineuse collatérale au niveau de la paroi, pas d'hémorrhoïdes.

Il nous est possible, grâce à ce tableau clinique, de porter un diagnostic : quand vous vous trouvez en présence d'un malade porteur d'un gros foie, dur et lisse, n'offrant pas d'ascite, ni de circulation veineuse collatérale; si le malade a de plus un ictère chronique sans décoloration des matières fécales, vous devez songer à la « cirrhose hypertrophique biliaire ». Sans doute, me direz-vous, la rate est habituellement volumineuse dans la maladie de Hanot. Cela est vrai pour la plupart des cas, mais MM. Gilbert et Castaigne ont montré que, dans un certain nombre de faits, contrôlés à l'autopsie, la rate était normale ou même petite; il en est souvent ainsi dans les cirrhoses hypertrophiques biliaires survenant après l'âge de quarante ans.

Nous sommes donc en présence d'un cas typique de cirrhose biliaire hypertrophique et je n'aurais pas attiré votre attention sur cette patiente, si on ne relevait pas chez elle une particularité qui mérite de nous arrêter : à savoir que cette maladie de Hanot est survenue à la suite d'une série de crises de coliques hépatiques.

Il y a un peu plus d'un an, en effet, cette femme a ressenti pour la première fois des douleurs violentes au creux épigastrique avec irradiation vers les lombes et l'épaule droite; dès cette époque, elle a remarqué que ses conjonctives étaient jaunes, mais son ictère était très léger et ne ressemblait en rien à celui que nous constatons maintenant.

Depuis cette première colique hépatique, jusqu'au mois de janvier 1904, la malade a eu toute une série de crises analogues : presque chaque mois elle souffrait dans la région épigastrique, et pendant ces périodes son ictère augmentait et ses matières se décoloraient.

Le 23 janvier 1904, elle est réveillée à quatre heures du matin par de violentes douleurs de la région épigastrique et de tout le thorax. En même temps, elle est prise de vomissements, peu abondants d'ailleurs; on appelle un médecin, qui fait des piqûres de morphine grâce auxquelles les douleurs s'atténuent. Le troisième jour, l'ictère devient très foncé, et la malade, se trouvant de plus en plus fatiguée, entre dans le service le 12 février.

Les premiers jours qui suivirent son admission à l'hôpital, cette femme présenta un ictère très intense avec décoloration des matières fécales; de plus, on constata une élévation passagère de la température, qui se maintint aux environs de 39° pendant quatre jours. Sous l'influence du traitement classique des coliques hépatiques, tous ces symptômes s'atténuèrent rapidement et la situation se modifia jusqu'à devenir telle que nous l'observons maintenant.

Ainsi donc, il n'est pas douteux, d'après ces renseignements et ces constatations, que la malade, après avoir présenté toute une série de crises de coliques hépatiques, offre actuellement tous les signes d'une cirrhose hypertrophique biliaire.

Ne croyez pas qu'il s'agisse là d'un fait isolé. Ainsi que je vous le disais au début de cette leçon, je puis vous citer un autre cas tout à fait comparable, que nous avons observé dans le service il y a trois ans. Rien ne manquait au diagnostic de cirrhose hypertrophique biliaire : ictère chronique tellement intense que la malade était plutôt noire que jaune; gros foie descendant presque jusqu'à la crête iliaque; doigts hippocratiques (déformation si fréquente dans cette forme de cirrhose). Quand j'aurai ajouté qu'il n'y avait ni ascite, ni circulation veineuse collatérale, vous aurez le tableau classique à peu près complet de la maladie de Hanot; je dis « à peu près complet », parce que, dans ce cas comme chez la malade que je vous montrais tantôt, la splénomégalie faisait défaut. Mais je vous ai déjà rappelé que, d'après MM. Gilbert et Castaigne, il en est souvent ainsi au cours des cirrhoses biliaires hypertrophiques survenant après quarante ans : or, notre malade avait plus de cinquante ans; il n'y avait donc pas lieu de rejeter chez elle le diagnostic de maladie de Hanot par suite de l'absence de splénomégalie.

D'ailleurs, l'autopsie fut faite quelques mois plus tard par notre chef de laboratoire, M. Castaigne, qui put constater qu'anatomiquement il s'agissait bien d'une cirrhose biliaire : le diagnostic clinique était donc confirmé. Mais la nécropsie nous révéla une notion étiologique que nous ignorions du vivant de la malade, à savoir que la vésicule biliaire était bourrée de nombreux calculs.

Il est donc hors de doute que, dans ce cas encore, la lithiase biliaire, sans doute en servant de point d'appel à une infection ascendante, avait été la cause du développement de la cirrhose hypertrophique.

La littérature médicale renferme du reste quelques faits analogues dont il n'est pas sans intérêt de signaler les plus typiques.

C'est ainsi — pour nous en tenir aux observations publiées en France — que M. Tison, dès 1888, communiquait à la Société anatomique de Paris l'observation d'une femme de trente-neuf ans dont la maladie avait débuté par une crise de colique hépatique, suivie d'un ictère qui, par la suite, devint chronique. L'affection évolua ainsi pendant cinq ans, se traduisant par un ictère chronique avec gros foie, grosse rate et hémorrhagies multiples; la mort survint par ictère grave, et l'autopsie permit de constater une cirrhose hypertrophique biliaire avec lithiase vésiculaire, splénomégalie et adénomégalie.

En 1897, MM. Gilbert et Fournier rapportaient un fait beaucoup plus instructif en raison de l'étude complète qu'ils en firent au point de vue clinique et anatomique : c'est l'histoire d'une malade qui, à la suite d'une série de coliques hépatiques, présenta de l'ictère chronique avec foie et rate énormes; à l'autopsie, on trouva des lésions histologiques d'angiocholite chronique se rapprochant beaucoup des altérations de la cirrhose hypertrophique biliaire.

Deux ans plus tard, M. Legry publia l'observation d'une femme qui, après avoir eu toute une série de crises douloureuses hépatiques, offrit au complet les signes de la cirrhose hypertrophique biliaire, avec gros foie, grosse rate et ictère chronique. Son autopsie montra la présence de calculs situés dans le cholédoque, mais mobiles et n'entraînant pas une obstruction complète. En dehors de ces calculs, toutes les autres altérations — macroscopiques et histologiques — trouvées dans ce cas étaient celles que l'on constate dans la maladie de Hanot.

M. P. Lereboullet, dans sa thèse, relate en outre une observation inédite de MM. Barié et Hauser, une seconde de MM. Gilbert et Lereboullet, ayant trait à des cas du même genre.

Une autre observation de M. Gilbert, également publiée par M. Lereboullet, mérite aussi d'être mentionnée. « Un homme, âgé de cinquante-cinq ans, sans antécédents alcooliques, syphilitiques ou paludéens, a des coliques hépatiques nettement caractérisées depuis longtemps. A leur suite sont apparus : ictère chronique, hypertrophie du foie et de la rate. Actuellement la rate déborde de 5 centimètres le rebord costal et le foie mesure 15 centimètres. »

Tels sont les principaux cas connus. Y compris nos 2 observations personnelles, c'est donc un total de 8 faits où l'on peut dire que, clini-

quement, la cirrhose hypertrophique biliaire a succédé à la lithiase.

Recherchons maintenant, à la lumière de ces documents, si l'on peut différencier cliniquement ces formes de cirrhose hypertrophique biliaire consécutive à la lithiase d'avec la maladie de Hanot, ou s'il faut considérer celle-ci et celles-là comme constituant une seule et même affection dont l'étiologie est connue dans quelques cas, plus obscure dans d'autres.

Ce qui ressort, à mon avis, de ces faits, c'est qu'il n'existe pas de signe différentiel constant permettant de séparer ces formes de cirrhose. M. Lereboullet, qui consacre un chapitre de sa thèse à cette importante question clinique, essaye cependant de spécifier chacune de ces formes : « Le diagnostic peut, toutefois, se faire assez facilement, dit-il, notamment par la décoloration des matières traduisant l'obstruction, par l'allure générale, souvent plus fébrile et plus rapide »; mais nous trouvons quelques lignes plus bas ce correctif bien nécessaire : « Certains de ces caractères, nous venons de le voir, n'ont rien de constant, dans les cirrhoses calculeuses ».

La décoloration permanente des matières fécales est, en effet, loin d'être de règle dans les cirrhoses hypertrophiques d'origine lithiasique; c'est ainsi que, dans nos deux observations, les matières étaient décolorées exclusivement au moment des poussées ictériques et il peut en être de même dans les cas les plus typiques de maladie de Hanot.

L'absence de splénomégalie est donnée par les auteurs classiques comme un signe de premier ordre pour différencier les cirrhoses calculeuses d'avec la cirrhose hypertrophique biliaire proprement dite. Dans nos 2 faits personnels, il faut le reconnaître, cette splénomégalie manquait, mais en revanche, dans les observations de MM. Gilbert et Fournier, de M. Legry, de MM. Barié et Hauser, de M. Gilbert, etc., la rate était très volumineuse. Si l'on ajoute qu'il existe une forme microsplénique de la cirrhose biliaire hypertrophique, on se rend facilement compte que la splénomégalie ne peut servir de signe différentiel.

Les crises douloureuses de la colique hépatique ne sauraient elles-mêmes être d'un grand secours pour reconnaître la cirrhose hypertrophique d'origine lithiasique, et cela pour deux raisons. Tout d'abord les coliques hépatiques peuvent être frustes, ou même manquer alors qu'il y a lithiase, comme dans celle de nos observations qui fut suivie d'autopsie. D'autre part, il est bien difficile parfois de distinguer les crises hépatalgiques observées dans certaines cirrhoses biliaires non lithiasiques, des crises de coliques hépatiques vraies.

Cette similitude absolue entre la maladie de Hanot et quelques formes de cirrhose d'origine lithiasique s'explique d'ailleurs fort bien, si l'on veut en étudier la pathogénie.

On a tendance à admettre à l'heure actuelle que la cirrhose hypertrophique biliaire est due à une infection ascendante du foie par les germes normalement contenus dans l'intestin et dans les gros canaux biliaires; l'évolution clinique, l'anatomie pathologique, les constatations bactériologiques, les données fournies par la pathologie comparée et l'expérimentation, plaident en faveur de cette interprétation.

Or, il n'est aucune affection qui prédispose plus aux infections ascendantes du foie que la lithiase biliaire; il n'est dès lors pas étonnant qu'on trouve parfois cette lithiase à l'origine de la cirrhose hypertrophique biliaire.

A ce point de vue, cependant, il faut faire une distinction essentielle : dans un certain nombre de cas — qui avaient été seuls étudiés jusqu'en ces dernières années —, l'obstruction du cholédoque précède l'infection biliaire; c'est alors que se produit la cirrhose calculeuse typique, avec foie modérément gros ou même atrophique, ictère très accentué et décoloration persistante des matières fécales. Mais fréquemment aussi, comme dans nos deux observations, comme dans celles de MM. Gilbert et Lereboullet et de MM. Barié et Hauser, la lithiase entraîne l'infection biliaire ascendante sans avoir produit l'oblitération des gros canaux biliaires, et ainsi prend naissance une cirrhose en tout comparable à la maladie de Hanot.

De cet ensemble de faits, nous tirerons donc la conclusion que la lithiase biliaire peut être la cause d'une cirrhose hypertrophique biliaire que l'on n'est pas en droit de séparer de la maladie de Hanot : les symptômes peuvent être absolument les mêmes; la pathogénie est identique, puisque dans les deux cas il s'agit d'une infection ascendante atténuée. Si bien qu'à notre avis les auteurs classiques devront dorénavant décrire, à côté de la cirrhose hypertrophique biliaire sans cause déterminante connue, une forme étiologique spéciale où c'est la lithiase biliaire qui est en cause.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'ascite aiguë initiale comme signe précoce de l'appendicite grave.

Quelque doctrine que l'on professe à l'endroit de l'intervention, on ne peut nier que certaines formes d'appendicite ne soient, d'emblée, particulièrement malignes et inaptes à l'enkystement. A quels signes — précoces — reconnaître ces formes de « gravité irréductible »? Plusieurs ont été indiqués : aucun, en réalité, n'est constant ni « de certitude ». Celui que M. le docteur L. Moszkowicz (de Vienne) vient de faire connaître n'échappe pas à cette critique, mais il vaut, comme tous les autres, d'être noté et recherché — au moins par ceux qui croient toujours à l'importance des indications dans la chirurgie de l'appendicite.

Ce signe précoce de malignité, de diffusion primitive, c'est la présence d'un *épanchement liquide, abondant et libre, dans l'abdomen.* Trouve-t-on, dès les premières trente-six ou quarante-huit heures, du liquide, beaucoup de liquide, dans le ventre, on peut en conclure, d'après notre confrère, que l'appendicite est de forme grave, et de celles qui ne s'enkystent pas. Ce liquide est séreux, d'abord, ou séro-fibrineux, c'est de l'ascite aiguë, si l'on peut ainsi dire; mais, demain, il sera devenu le bouillon sale ou le pus sanieux et fétide de la péritonite généralisée appendiculaire. Et M. Moszkowicz cite, à l'appui de son opinion, 27 cas où l'épanchement liquide, abondant et précoce, coexistait avec les plus graves lésions de l'appendice.

Tous ceux qui ont opéré des appendicites dans les premières vingt-quatre ou trente-six heures savent bien que, d'ordinaire, on trouve l'appendice libre, et du liquide dans le ventre; mais notre confrère viennois entend parler d'un épanchement très abondant et suffisamment copieux pour être reconnu à l'examen clinique et devenir un signe physique, à proprement parler.

Que cette poussée initiale d'exsudation séreuse révèle un processus local d'une acuité particulière, ou, pour mieux dire, un afflux précoce et considérable de toxines, le fait ne semble guère douteux; il a été signalé plusieurs fois, et, tout récemment encore, nous le constations de la façon la plus nette. Une jeune femme, qui avait eu en 1902 une crise très légère d'appendicite, est prise brusquement, dans la nuit, de douleurs iliaques et épigastriques; elle vomit, une seule fois; le pouls est bon, à 106; la température, de 38°2; le lendemain soir, il y a 39°, un pouls à 110, un peu d'agitation. Devant l'allure que revêt cette « seconde » crise, nous opérons dans les premières trente-six heures. Nous trouvons dans le ventre une quantité très abondante de liquide séreux, qui s'échappe dès que le péritoine est incisé, qui remplit tout le bassin et les fosses iliaques; l'appendice, libre, turgescent, saillant, sous-tendu par un méso épaissi et œdémateux, émerge, pour ainsi dire, tout seul de la plaie. On l'excise. Il est gros comme l'index, rempli de pus, et la paroi en est réduite à une coque fort mince, qui n'attendait, semble-t-il, que le moment de se rompre. Quelques heures de plus, et, suivant toute vraisemblance, le contenu appendiculaire se répandait dans le ventre, que ne défendait aucune ébauche de barrières, au milieu des anses grêles baignées dans le liquide épanché. Les accidents tournèrent court.

Il n'y a là, d'ailleurs, que l'expression particulière d'un mode réactionnel général du péritoine, et M. le docteur C. Hägler, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Bâle, y insistait récemment. Toute irritation péritonéale provoque, dès les premières heures, l'exsudation d'un liquide séreux, plus ou moins chargé de fibrine : qu'on injecte 100 grammes d'eau distillée dans le ventre d'un cobaye, elle sera résorbée très vite, et pourtant, une heure après, on trouvera encore de 30 à 40 grammes de liquide : ce ne sera plus de l'eau, mais une sérosité fortement albumineuse, témoin et produit de la réaction péritonéale. Les toxines donnent lieu au même phénomène, variable suivant leur dose et la virulence des germes dont elles procèdent. S'agit-il d'une virulence médiocre et d'une quantité, médiocre aussi, de toxine répandue, l'épanchement sera peu important, et, au bout de douze ou vingt-quatre heures, il aura disparu. Est-il très abondant, est-il durable, il demontre par là même la gravité de l'empoisonnement causal. « On peut considérer, dit M. Hägler, cet exsudat primitif libre, séreux ou hémorrhagique, du péritoine, comme un moyen de défense de second ordre » : lorsque la quantité ou la virulence des agents infectieux sont trop accusées pour permettre la formation d'adhérences autour du foyer initial, la défense du péritoine se traduit par l'exsudation séreuse qui dilue les toxines. On peut donc inférer, d'un épanchement primitif abondant, qu'il n'y a pas de tendance à l'enkystement, et que l'infection est très intense.

Tout cela est vrai, et la signification de l'ascite aiguë initiale n'est guère discutable. Ce qui l'est un peu plus, c'est la valeur pratique de ce signe, et, par là, j'entends la possibilité de le reconnaître aisément, en clinique, et avec une précision suffisante pour en faire état. Sans doute, il se manifestera, comme tout épanchement libre de l'abdomen, par la matité déclive, des fosses iliaques et de la région hypogastrique, et par le déplacement de cette matité, d'un côté à l'autre, suivant l'inclinaison du patient. Mais, outre qu'il convient d'être sobre d'explorations trop étendues, au début de l'appendicite, la percussion donnera-t-elle, à travers une paroi douloureuse, contracturée, qui se tend et forme bloc au moindre contact, des indications bien certaines et toujours utilisables? M. Moszkowicz conseille la petite manœuvre que voici, d'ailleurs bien connue : appliquez l'index et le pouce gauches, étendus, à plat et un peu écartés, sur la zone à explorer; avec le médius droit, percutez l'index gauche : s'il y a du liquide libre, l'onde se transmettra, sous forme d'un choc léger, au pouce correspondant; poursuivez l'exploration, en écartant davantage le pouce et l'index, en les déplaçant, et vous pourrez délimiter, de la sorte, le contour supérieur de la nappe liquide, et en apprécier l'étendue.

En résumé, le signe est intéressant, mais il est de ceux dont on peut dire que leur absence ne prouve rien ; est-il net et dûment constaté, il fournit au diagnostic un appoint de plus, et, rapproché des autres accidents, il contribue à démontrer que la situation n'est pas franche, et que, dans le doute, il vaut mieux agir.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai 1904.

De l'influence de « l'état naissant » sur les propriétés des médicaments.

M. Robin lit, sur ce sujet, un travail dont voici le résumé :

Dans les actions thérapeutiques des médicaments synthétiques, les propriétés des groupes chimiques mis en liberté au contact des tissus sont intimement liées, d'une part à la constitution moléculaire de ces groupes et, d'autre part, à ce qu'ils sont à l'état naissant au moment où ils se dissocient de leur groupement originel : on sait que cet état naissant a pour effet d'exalter considérablement l'activité des agents médicamenteux.

L'action antiseptique si puissante de l'eau oxygénée n'est pas due à une autre cause qu'au dégagement d'oxygène qui se produit lorsque ce liquide se trouve en contact avec les tissus organiques. Or, cette eau oxygénée peut elle-même se combiner avec des sels et se substituer en tout ou en partie à leur eau de constitution : on obtient ainsi une série de nouveaux corps doués du même pouvoir antiseptique que l'eau oxygénée, tout en conservant les propriétés des sels dont ils dérivent.

Les peroxydes de calcium, de magnésium, de sodium et de zinc, qui ont été introduits récemment en thérapeutique, appartiennent à cette catégorie. Au contact du suc gastrique, ils mettent en liberté tout leur oxygène actif; lorsqu'ils sont enrobés dans la kératine, ce dégagement a lieu seulement à la surface de l'intestin : ces corps peuvent donc être utilisés à volonté soit comme des antiseptiques gastriques, soit comme des antiseptiques intestinaux.

Parmi les autres agents que l'orateur passe en revue, et qui peuvent être cités comme des exemples de cette action exaltée des médicaments à l'état naissant, nous signalerons le soufre iodé, l'iodure double de bismuth et de cinchonidine, l'iodure double de bismuth et de morphine, etc. Tous ces médicaments sont doués de propriétés antiputrides et antifermentatives remarquables.

Sur l'anémie des mineurs.

M. Manouvriez (de Valenciennes) donne lecture, à propos de la communication faite dans une précédente séance par M. Fabre (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 127), d'un mémoire dans lequel il s'attache à démontrer que l'ankylostome duodénal constitue bien la cause réelle des accidents connus sous le nom d'anémie des mineurs; mais à ce parasite s'associeraient souvent deux autres nématodes, à savoir l'*Anguillula intestinalis* et le *Pseudo-rhabditis stercoralis*, dont on retrouverait fréquemment les œufs et les larves dans les selles; le premier de ces vers semble même pouvoir exercer une action pathogène spéciale, se manifestant par une forme diarrhéique de la maladie, qui rappelle la diarrhée de Cochinchine. Dans un cas, enfin, l'orateur n'a pu constater dans les selles que des larves de pseudo-rhabditis, en l'absence de tout ankylostome; toutefois, le sujet dont il s'agit étant anémique depuis plus de vingt-six ans, on peut admettre que le pseudo rhabditis était le reliquat d'une association parasitaire d'où l'ankylostome avait disparu par mort naturelle, faute de réinfection ultérieure.

Au point de vue pathogénique, le mode normal d'accès de la larve dans le corps de l'homme est représenté par la voie digestive; des recherches récentes paraissent cependant établir que la pénétration pourrait se faire aussi par voie cutanée, soit à la faveur des orifices pileux, soit par véritable effraction à travers l'épiderme, les larves d'ankylostome étant parfois enkystées dans une sorte de fuseau siliceux à pointes aiguës.

Enfin, si l'ankylostomiase, dans nos climats, s'observe à peu près exclusivement chez les mineurs, c'est que les galeries de mines constituent de véritables « étuves de cultures »; il semble même que, dans les régions tempérées, le développement des larves ne puisse se faire en dehors des mines. On sait que dans les pays chauds, au contraire, l'ankylostomiase est extrêmement répandue; par contre, l'anémie est rare, sans doute par suite d'une immunité spéciale dont la réalité est bien établie pour les races noires.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 mai 1904.

Les sérums antivenimeux polyvalents et la mesure de leur activité.

M. A. Calmette. — Tous les venins des colubridés venimeux et ceux de quelques vipéridés renferment une *neurotoxine* plus ou moins active, la plus nocive étant celle du venin de cobra; mais, à côté de cette neurotoxine, certains venins de colubridés et tous les venins de vipéridés contiennent une substance, l'*hémorrhagine* de Flexner, qui produit des désordres locaux souvent très intenses (œdème sanguinolent, digestion rapide des tissus), et qui, introduite directement dans la circulation, coagule le sang, puis le redissout.

On peut dès lors préparer — selon la nature du venin employé pour la vaccination des animaux — des sérums soit exclusivement antineurotoxiques, soit exclusivement antihémorrhagiques; mais, pratiquement, ce qui importe, c'est d'avoir un sérum à la fois antineurotoxique et antihémorrhagique, c'est-à-dire polyvalent, et par suite efficace dans tous les cas, quelle que soit l'espèce de serpent en cause : on obtient facilement un tel sérum en vaccinant les animaux d'abord contre un venin très neurotoxique (cobra), puis contre un ou plusieurs venins de vipéridés riches en hémorrhagine.

Il est essentiel de pouvoir mesurer, sans avoir recours à l'inoculation aux animaux, l'activité antitoxique d'un sérum antivenimeux. Il est pour cela un procédé commode, basé sur le fait qu'il existe un parallélisme étroit entre l'action antihémolytique et l'action antineurotoxique des sérums, d'une part; entre leur action antiprotéolytique et leur action antihémorrhagique d'autre part, de sorte que la mesure de l'activité antihémolytique permet de juger de l'activité antineurotoxique, de même que celle de l'activité antiprotéolytique fournit des indications sur l'activité antihémorrhagique.

Oscillations nerveuses étudiées à l'aide des rayons N émis par le nerf.

M. A. Charpentier adresse une note relative à des expériences d'où il résulte que, si l'on réunit à un même écran phosphorescent, à l'aide de deux fils d'égale longueur, deux points différents d'un nerf soumis à une excitation, l'augmentation de luminosité de l'écran n'est pas constante : pour certains intervalles bien déterminés (16 millimètres environ) des deux points du nerf mis en rapport avec l'écran, il n'y a plus augmentation d'éclat appréciable au moment de l'excitation, et cela bien que chacun des fils pris isolément transmette une augmentation d'éclat à l'écran. Il s'agit là de phénomènes d'interférence, qui s'expliquent si l'on admet que ces intervalles correspondent à la moitié de la longueur d'onde des oscillations nerveuses; or, par une autre méthode, M. Charpentier a précisément pu constater que cette longueur d'onde est égale à 32 millimètres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 27 avril et 4 mai 1904.

Des résultats de la gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac.

M. Quénu. — J'ai opéré il y a quelques mois un homme de quarante et un ans, alcoolique et porteur d'un ulcère rond qui, depuis dix ans, avait à diverses reprises donné lieu à des hématémèses. Je fis une gastro-entérostomie, qui fut exécutée très simplement et eut des suites opératoires tout à fait normales. Mais l'évolution de l'ulcère gastrique n'en suivit pas moins son cours, pour se terminer par la mort foudroyante, à la suite de la perforation de l'artère hépatique au fond de la perte de substance de la paroi stomacale.

Ce cas m'a engagé à rechercher quels sont les résultats de la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères hémorrhagiques de l'estomac. Sur un total de 32 faits (y compris mon observation personnelle), je trouve 9 récidives, ce qui constitue déjà une proportion considérable. Je dois ajouter que les cas où la gastro-entérostomie a donné les résultats les plus brillants concernent des malades qui présentaient des signes de sténose pylorique. Je me demande donc si, quand il s'agit d'un ulcère ancien, sans sténose du pylore, il n'y pas lieu de pratiquer une autre opération. L'excision n'étant pas toujours possible, il faudrait peut-être obtenir une exclusion plus parfaite que celle qu'on peut attendre de la gastro-entérostomie; à ce point de vue, on pourrait songer à la jéjunostomie, qui n'a d'ailleurs pas fait suffisamment ses preuves. Pour réaliser cette exclusion d'une façon parfaite, lorsque l'ulcère siège dans la région pylorique, je serais tenté de compléter la gastro-entérostomie en isolant la portion prépylorique de l'estomac (comme pour une pylorectomie), mais sans en pratiquer l'ablation, et en me contentant de faire de chaque côté de la section une suture séro-séreuse.

M. Potherat. — Je puis vous citer un cas personnel, où la gastro-entérostomie, pratiquée pour un ulcère hémorrhagique, a été suivie d'une guérison parfaite.

Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente.

M. Legueu. — J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas typique d'hydronéphrose par coudure congénitale de l'uretère, et je considère comme absolument fondée cette pathogénie, sur laquelle M. Bazy a insisté dernièrement (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 76). En ce qui concerne la coudure de l'uretère sur une artère rénale anormale, elle est souvent secondaire, c'est-à-dire consécutive à l'hydronéphrose, mais il n'en est pas moins certain qu'elle est quelquefois, au contraire, primitive, et que c'est elle qui détermine la distension du bassinet; dans un fait que j'ai observé, par exemple, l'hydronéphrose étant très peu développée, la partie inférieure du bassinet restait assez éloignée du point de croisement de l'uretère et de l'artère anormale, pour qu'il fût possible d'affirmer que l'hydronéphrose était la conséquence et non la cause de la coudure de l'uretère sur l'artère.

M. Hartmann. — J'ai opéré un homme de vingt-cinq ans, pour une hydronéphrose nettement déterminée par une coudure de l'uretère au niveau d'un pédicule vasculaire; ce fait vient donc également à l'appui de la théorie de M. Bazy.

Quant au cas relaté par M. Delbet, dans lequel le cathétérisme de l'uretère semble avoir donné des indications plus exactes que la séparation des urines, je crois qu'on peut l'expliquer en admettant que le cathétérisme redresse la coudure de l'uretère; on arrive au même résultat, avec la séparation des urines, en élevant suffisamment le rein pour redresser cette coudure et permettre ainsi à l'urine de s'écouler.

M. Picqué. — J'ai de mon côté opéré il y a quelques semaines une malade de mon service de l'hôpital Bichat, pour une hydronéphrose par anomalie artérielle : j'ai pu nettement constater l'existence d'une branche anormale de l'artère rénale, sur laquelle l'uretère semblait se couder.

Traitement chirurgical d'une méningite consécutive à une fracture de la base du crâne.

M. Mignon. — Je puis vous citer un cas de fracture de l'étage antérieur du crâne, avec ouverture de l'ethmoïde, chez un homme de vingt-trois ans, que j'ai dû opérer quatre jours après l'accident, parce qu'il présentait des signes d'infection méningée : j'ai pratiqué une trépanation bilatérale, qui m'a permis de drainer largement l'étage antérieur de la base du crâne. Vingt-quatre heures après l'opération, l'état du blessé était déjà très amélioré; au huitième jour je supprimai les drains, et la guérison s'est faite sans incident.

L'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu par la ponction lombaire a montré une augmentation considérable du nombre des polynucléaires; les ensemencements ont permis d'isoler un pneumocoque dont les cultures ont tué en vingt-quatre heures les souris inoculées.

M. Moty. — J'ai observé il y a quelques années un cas du même genre : il s'agissait d'un

homme atteint de méningite de l'étage antérieur, chez lequel je suis également intervenu avec succès par la trépanation.

Occlusion intestinale par adhérences consécutives à l'appendicite.

M. Potherat. — Le récent rapport de M. Lejars, sur une observation de M. Le Fort relative à un cas d'occlusion intestinale tardive, due à des adhérences consécutives à une appendicite datant de cinquante ans (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 134), m'engage à vous communiquer 3 faits où j'ai eu moi-même l'occasion d'intervenir pour des accidents d'occlusion dus à une appendicite ancienne. Dans le premier cas, relatif à un jeune enfant, il s'agissait d'un véritable étranglement interne, dans un orifice déterminé par des adhérences consécutives à une appendicite. Chez mon second malade, un homme de soixante-dix ans, atteint d'occlusion, je trouvai également une anse intestinale engagée dans un hiatus résultant d'une adhérence appendiculaire. Dans le troisième fait, enfin, concernant une jeune fille de dix-huit ans, l'extrémité de l'appendice était fixée au voisinage de la colonne vertébrale, sur la partie latérale gauche du mésentère, produisant ainsi un orifice dans lequel une anse intestinale était étranglée.

Chez ces 3 malades, l'intervention n'a malheureusement pas empêché la terminaison fatale.

Kystes du mésentère.

M. Tuffier. — A propos de la communication de M. Kirmisson (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 135), je puis vous citer un cas de kystes chyleux du mésentère, que j'ai observé chez un enfant auprès duquel j'avais été appelé pour des accidents d'obstruction attribués à une lésion tuberculeuse. La laparotomie me permit d'ouvrir toute une série de kystes, dont le contenu était séreux pour les uns, chyleux pour d'autres; indépendamment des poches que j'ouvris et drainai, il y avait un très grand nombre de petits kystes disséminés dans le mésentère, que je dus négliger; or, la guérison a été complète et définitive.

J'ajouterai que j'ai déjà observé, il y a une douzaine d'années, un autre fait du même genre.

Trépanation pour ramollissement cérébral traumatique.

M. Legueu. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Ardouin (de Cherbourg), relativement à un cas de trépanation tardive (au bout de trois mois) pour ramollissement cérébral consécutif à une fracture du crâne avec enfoncement. Des phénomènes de paralysie ayant succédé aux crises d'épilepsie jacksonienne qui avaient apparu à la suite de l'accident, notre confrère fit la trépanation au niveau de la zone psycho-motrice et trouva un foyer cortical de ramollissement.

L'opération date actuellement de dix-huit mois et le résultat est excellent : les troubles paralytiques ont complètement disparu, et les crises d'épilepsie sont progressivement devenues beaucoup moins fréquentes et moins intenses.

M. Moure (de Bordeaux) communique un fait de *mucocèle ethmoïdale*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mai 1904.

Inefficacité du traitement préventif de la syphilis.

M. Danlos. — Voici un jeune homme qui, ayant contracté un chancre induré il y a dix ans, resta ensuite sept ans sans suivre aucun traitement, ni présenter d'accidents. A ce moment il fut atteint d'une syphilide tuberculo-gommeuse du front, qui céda à une seule injection de calomel. Dans le but de prévenir le retour de nouveaux accidents, on soumit alors ce malade à un traitement ininterrompu de deux années, au cours desquelles il reçut environ 60 injections de calomel : au bout de ce temps, il eut néanmoins une nécrose spécifique des os du nez.

J'ai observé un autre syphilitique qui reçut, dans l'espace de deux ans et demi, 100 injections d'huile grise : malgré ce traitement intensif, il fut atteint d'une hémiplégie dont il n'a jamais guéri.

De ces deux faits, je crois qu'on peut conclure à l'inefficacité du traitement préventif des accidents syphilitiques par les injections mercurielles, sans compter que des cures prolongées et ininterrompues, comme celles dont il vient d'être question, ont l'inconvénient de produire l'accoutumance et, par suite, de rendre le malade réfractaire à l'action du mercure au moment où il devient nécessaire d'employer ce médicament.

Méningite atténuée au cours des oreillons.

M. Chauffard. — J'ai observé récemment, avec M. Boidin, un homme de vingt-quatre ans qui, au cours d'une inflammation ourlienne unilatérale, présenta une céphalalgie de moyenne intensité pendant vingt-quatre heures, une inégalité des deux pupilles qui dura deux ou trois jours, et enfin une instabilité avec ralentissement du pouls, laquelle persista un peu plus longtemps. Tous ces phénomènes disparurent avec l'affection ourlienne à l'occasion de laquelle ils s'étaient montrés : on doit les considérer comme des manifestations d'une méningite très légère, probablement localisée à la région bulbo-protubérantielle, car l'examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué le premier jour de la maladie, a montré l'existence d'une lymphocytose moyenne, laquelle a du reste disparu complètement au bout d'une semaine.

M. Terrien dit avoir observé, avec M. Le Gendre, une femme qui présenta également — mais au cours de la grippe — des symptômes très atténués de méningite; la réalité de cette affection fut d'ailleurs démontrée par la ponction lombaire.

Décortication rénale dans un cas de néphrite.

M. Pasteau communique, en son nom et au nom de M. Ertzbischoff, l'observation d'une femme de vingt et un ans, atteinte de néphrite double avec hématuries, chez laquelle on a pratiqué il y a quatre mois la décortication des deux reins. Dès le jour de l'intervention, les vomissements cessèrent, le sang et les cylindres granuleux disparurent des urines, la quantité d'urine éliminée s'éleva de 30 grammes à 650 grammes pour atteindre 800 grammes le lendemain. L'état général subit une amélioration parallèle, et actuellement, bien que la malade ne soit soumise à aucun régime spécial, les symptômes de néphrite ont sinon disparu complètement, du moins considérablement diminué.

Diabète insipide hyperchlorurique.

M. J. Teissier (de Lyon) adresse, en son nom et au nom de M. P. Courmont, une note sur un syndrome de diabète insipide hyperchlorurique, observé au cours d'une néphrite interstitielle. Ce syndrome était caractérisé par une polyurie et une polydipsie très marquées, avec hyperchlorurie, sécheresse de la peau et des muqueuses, déshydratation des tissus, hypertension et bruit de galop. L'ingestion de chlorure de sodium augmentait encore chez ce malade la déperdition en chlorures, comme si l'aptitude des tissus à retenir ces sels avait disparu, de même que, dans les autres formes de diabète insipide, les tissus perdent la faculté de retenir l'azote, les phosphates (diabètes azoturique, phosphaturique), etc.

Pelade, migraine et névralgie dentaire.

M. Souques relate l'observation d'une femme atteinte de plaques de pelade dans les régions rétro-auriculaires droite et gauche. En l'absence de toute contamination appréciable, on peut invoquer, comme cause de ces lésions, l'existence de crises fréquentes de migraine classique avec irradiations douloureuses occipitales, ou celle d'anciennes névralgies dentaires.

M. Verdalle (de Bordeaux) communique plusieurs cas de pelade associée soit à du lichen plan ou à du vitiligo, soit à ces deux dermatoses à la fois; il considère ces associations morbides comme plaidant en faveur de l'origine trophonévrotique de la pelade.

M. Apert relate un cas de tétanos chronique qui a guéri à la suite de quatre injections de 10 c.c. chacune de sérum antitétanique, pratiquées dans l'espace sacré épidural, à quarante-huit heures d'intervalle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 mai 1904.

Sur l'absorption des solutions salines par l'intestin.

MM. Carnot et Amet. — Nous avons étudié l'absorption des solutions salines par l'intestin et comparé successivement les variations de l'eau et du chlorure de sodium en fonction de la concentration et du temps.

En ce qui concerne les variations quantitatives de l'eau, nous avons constaté qu'avec des solutions salines de concentration inférieure à 18 ‰, il y a absorption immédiate et rapide; avec des solutions de concentration saline supérieure, il y a d'abord dilution de la solution par excrétion aqueuse et ultérieurement résorption progressive et complète.

Quant aux variations quantitatives du chlorure de sodium, elles semblent indépendantes des variations aqueuses : la quantité de sel diminue dès le début, et d'autant plus vite que la concentration est plus faible; elle diminue alors même que la quantité d'eau augmente, la résorption saline se poursuivant en même temps que se produit la dilution aqueuse.

Œdème expérimental.

MM. Achard et Paisseau. — Nous avons observé des œdèmes à la suite d'injections intraveineuses de solution hypotonique de chlorure de sodium et de solution hypertonique de sulfate de soude. Dans ce dernier cas, la sérosité avait la même concentration que le sang, mais renfermait moins de sulfate et plus de chlorure. Le sulfate, en sortant des vaisseaux, avait entraîné non seulement de l'eau de dilution, mais aussi du chlorure.

C'est une preuve nouvelle que, dans ses déplacements à travers les membranes vivantes, et notamment les séreuses, l'eau entraîne une certaine quantité de chlorures.

Quantité minima d'acide phosphorique nécessaire à l'organisme dans les conditions de la ration moyenne d'entretien.

M. Maurel (de Toulouse). — J'ai pu constater qu'une quantité de 0 gr. 04 à 0 gr. 05 centigr. d'acide phosphorique par kilo suffit à notre organisme dans les conditions de la ration moyenne d'entretien.

Même en faisant descendre le chiffre de l'acide phosphorique au-dessous des besoins de l'organisme, la quantité éliminée par les urines, pour l'adulte d'un poids moyen, ne peut guère s'abaisser au-dessous de 1 gramme, soit 0 gr. 016 milligr. environ par kilo.

Hypohémoglobinie cardiaque.

MM. J. Camus et Pagniez. — Il résulte de nos recherches sur la diminution de l'hémoglobine propre du myocarde, qu'il existe une hypohémoglobinie cardiaque spontanée ou provoquée, indépendante de la teneur du sang en hémoglobine. Il n'y a pas non plus de rapport constant entre la richesse des muscles des membres en hémoglobine et celle du myocarde. Enfin l'hémoglobinisation paraît se produire d'une façon plus précoce ou plus rapide pour le myocarde que pour les muscles des membres.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 5 mai 1904.

La radiothérapie dans le cancer.

M. Bissérié. — Je ferai remarquer, à propos de la communication que M. Oudin nous a faite, dans une précédente séance, sur les dangers des applications radiothérapiques trop prolongées ou trop rapprochées dans le traitement du cancer (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 78), que les cas de généralisation cancéreuse brusque au cours de la radiothérapie, dont il a été parlé, peuvent être interprétés autrement que par une action nuisible du traitement lui-même.

Dans les 3 observations citées par M. Oudin, il s'agissait de néoplasmes durant déjà depuis longtemps; or, de nombreuses observations cliniques prouvent qu'en pareil cas, en dehors de toute action thérapeutique, on voit assez souvent la maladie, qui était restée localisée jusque là et avait suivi une évolution lente, prendre tout à coup l'allure d'une infection générale.

Au reste, ce sont là des faits exceptionnels, et quelle que soit l'interprétation qu'il faille en donner, les excellents résultats obtenus par l'application des rayons X au traitement de nombre de cas de cancer cutané n'en suffisent pas moins à justifier l'emploi de cette méthode.

M. Balzer. — Je ne sais s'il a été pratiqué des examens histologiques au niveau des cicatrices de ces cancers considérés comme guéris par la radiothérapie; ce que je puis dire, c'est que, dans des cas de guérison apparente d'épithéliomas cutanés au moyen des caustiques, j'ai fait un certain nombre de biopsies et toujours j'ai trouvé des cordons épithéliaux persistant au milieu du tissu cicatriciel.

M. J. Darier. — Dans un cas de cancer de la face qui avait été guéri par la méthode de Czerny, j'ai fait pratiquer, dix-huit mois après la cicatrisation, une autoplastie, au cours de laquelle on excisa un petit lambeau d'apparence suspecte. L'examen histologique y montra la persistance de boyaux épithéliaux. Je dois ajouter qu'il y a cinq ans et demi que cette opération a été faite et qu'il n'est pas survenu de récidive.

M. Brocq. — Nous n'avons jamais eu la prétention d'obtenir une guérison radicale du cancer au moyen de la radiothérapie. Mais nous croyons que cette méthode constitue, à l'heure actuelle, le meilleur mode de traitement pour certains cas que l'expérience nous apprendra à bien déterminer.

Etiologie de la pelade.

M. Jacquet. — Voici un malade qui était atteint depuis deux ans d'une pelade de la moustache du côté gauche, avec hyperesthésie faciale du même côté, imputable à une fistule dentaire due à un fragment de dent brisée lors d'une extraction et restée au fond d'un alvéole. Ce fragment ayant été extrait, la repousse des poils a été très rapide, en même temps que disparaissait l'hyperesthésie du côté gauche de la face.

M. J. Darier. — Depuis les premières communications de M. Jacquet, j'ai toujours recherché, chez mes malades, les rapports qui pouvaient exister entre la pelade et des lésions dentaires. Or, ces rapports seraient très communs, à en juger d'après ce que j'ai constaté. D'autre part, quand il n'existe pas de lésion dentaire, on note fréquemment, du côté de la pelade, des phénomènes douloureux ou érythrodermiques. Enfin, dans les cas où ces signes font défaut ainsi que les lésions dentaires, j'ai le plus souvent relevé des troubles généraux de la nutrition, particulièrement en rapport avec la croissance.

M. Brocq. — Les résultats de mes recherches sur ce sujet sont identiques à ceux qu'a obtenus M. Darier. Les lésions dentaires qui m'ont paru le plus souvent en relation avec la pelade sont les accidents des dents de sagesse.

Eruption bromique anormale.

M. Hallopeau présente une femme, soumise depuis plusieurs jours à un traitement par le bromure de potassium, chez laquelle il s'est produit, en même temps qu'une éruption disséminée de macules ecchymotiques accompagnées d'un petit nombre de bulles, des eschares rubanées en îlots géographiques. Il s'agirait là d'une forme anormale de bromisme.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 27 avril 1904.

La néphrite goutteuse primitive.

M. Litten. — J'ai reçu, il y a quelque temps, dans mon service une femme de quarante-cinq ans, plongée dans le coma urémique et qui succomba au bout de douze heures sans qu'il eût été possible de l'interroger et sans que l'examen clinique eût révélé autre chose qu'une hypertrophie du ventricule gauche.

A l'autopsie, on constata une atrophie granulaire très accentuée des reins, avec aspect bigarré de la couche corticale, où des zones blanches alternaient avec des zones rouges; en outre, on y apercevait des raies brillantes, qui, à leurs réactions chimiques, furent reconnues comme constituées par de l'urate de soude. L'examen histologique fit découvrir que, autour des dépôts uratiques, se trouvaient des cellules géantes paraissant provenir de l'épithélium des canalicules urinaires, car la paroi de ces canalicules, qui portait par endroits son revêtement épithélial normal, était ailleurs tapissée par ces cellules géantes, ou encore on voyait les deux sortes d'éléments coexister côte à côte. Ces cellules géantes sont, à mon avis, douées de propriétés phagocytaires, ce sont de véritables *urophages*.

Outre ces lésions goutteuses du rein, il y avait dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins, de l'intestin et de l'endocarde; comme altérations goutteuses, en dehors de la néphrite, on ne put trouver que de légers dépôts uratiques dans les articulations métacarpophalangiennes, et deux tout petits *tophi* auriculaires.

Il s'agissait bien là d'une néphrite goutteuse primitive; en effet, d'après les renseignements qui me furent ultérieurement fournis, cette femme n'avait jamais eu d'accès de goutte; elle avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'accès d'urémie auquel elle devait succomber, et qui avait débuté tout récemment. Il va sans dire que, quand je parle de néphrite goutteuse primitive, c'est seulement au point de vue clinique et anatomo-pathologique que je me place, car, étiologiquement et pathogéniquement, ce n'est pas la néphrite qui constitue le phénomène primitif, mais bien la dyscrasie goutteuse.

Je tiens en terminant à attirer l'attention sur la dégénérescence amyloïde constatée dans ce cas. C'est la seconde fois que je vois, chez des goutteux, survenir une telle dégénérescence en l'absence des causes qui lui donnent d'ordinaire naissance; aussi, la dégénérescence amyloïde idiopathique étant tout à fait exceptionnelle, il me paraît difficile de nier l'existence d'un rapport entre les lésions amyloïdes et la goutte.

M. F. Hirschfeld. — A en juger par les statistiques des compagnies d'assurance sur la vie, les goutteux atteints de lésions rénales — se traduisant par de l'albuminurie — ont une survie assez longue; c'est que ces lésions, peut-être précoces, n'aboutissent que lentement à l'atrophie du rein.

M. Rosenbach. — J'ai pu observer, comme M. Litten, l'enkystement des corpuscules uratiques par des cellules géantes; le même processus se rencontre aussi dans les cas — d'ailleurs très rares — de goutte osseuse.

M. Orth. — Je ne crois pas que la présence de cellules géantes dans le rein des goutteux soit un phénomène particulier; on peut aussi trouver ces éléments, provenant de l'épithélium canaliculaire, dans la tuberculose rénale.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 25 avril et 2 mai 1904.

Sur une nouvelle méthode pour déterminer l'état fonctionnel du cœur.

M. Katzenstein décrit la méthode qu'il a imaginée pour apprécier l'état fonctionnel du cœur, et qui consiste à noter la pression artérielle et la fréquence du pouls après compression digitale des deux artères iliaques (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 126).

M. von Leyden considère cette méthode comme très ingénieuse. Toutefois l'expérience seule pourra montrer s'il n'existe pas des causes d'erreur susceptibles d'en fausser les indications; à cet égard, l'orateur cite notamment l'influence de la respiration : on sait qu'une inspiration profonde entraîne un abaissement notable de la pression; aussi convient-il, si l'on emploie le procédé de M. Katzenstein, de recommander aux malades de respirer superficiellement.

M. Litten fait observer que l'on possède déjà un moyen clinique très suffisant pour apprécier l'état fonctionnel du cœur : il consiste à comprimer la radiale jusqu'à ce qu'on n'en sente plus les battements, et à voir au bout de combien de temps le pouls rétrograde, qui apparaît dans la partie périphérique du vaisseau ainsi interrompu, est aussi fort que le pouls normal; la durée de ce laps de temps permet de juger de l'état des fonctions cardiaques.

M. Kraus est d'avis que l'on ne saurait, en pareille matière, comparer tous les malades entre eux; il convient avant tout d'individualiser. Cela est vrai particulièrement pour l'anesthésie chirurgicale, où un élément toxique entre en jeu : c'est ainsi que tel patient, dont le cœur paraît affaibli, tolérera parfaitement la narcose, tandis que tel autre, chez lequel les fonctions cardiaques semblent s'accomplir très régulièrement, ne pourra la supporter.

Sérum antistreptococcique.

M. F. Meyer fait une communication dans laquelle il déclare que, pour obtenir un sérum antistreptococcique efficace chez l'homme, il faut immuniser les animaux avec des streptocoques provenant directement de l'homme, sans passage préalable par les animaux de laboratoire (car ce passage affaiblit la virulence); il importe en outre — l'unicité des streptocoques n'étant rien moins que démontrée — de se servir pour l'immunisation de plusieurs races également virulentes : l'orateur emploie dans ce but un streptocoque provenant d'un érysipèle et un streptocoque provenant d'une septicémie, et qui, l'un et l'autre, tuent la souris en vingt-quatre heures aux doses de 0 c.c. 001 à 0 c.c. 03.

Avec le sérum ainsi préparé, M. Meyer a traité des cas graves d'angine simple ou scarlatineuse, d'érysipèle, de rhumatisme articulaire aigu, de septicémie, et il en a obtenu de bons résultats. Il est seulement nécessaire de pratiquer les injections aussi précocement que possible, car, si on laisse à l'agent pathogène le temps de pulluler dans l'organisme, la bactériolyse due au sérum met en liberté une quantité considérable de toxines susceptibles de produire des effets nuisibles.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 avril 1904.

Sur les neurofibrilles.

M. Rommelaere. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un mémoire de M. H. Joris (de Bruxelles), relatif aux neurofibrilles.

Au moyen d'une nouvelle méthode de coloration basée sur l'emploi d'une solution d'or colloïdal après traitement par le molybdate d'ammoniaque, l'auteur a étudié chez l'homme les neurofibrilles, tant de la moelle que de l'encéphale, dans les trois conditions où elles se présentent : neurofibrilles intracellulaires, neurofibrilles des prolongements cellulaires, neurofibrilles extracellulaires.

Pour ce qui est des neurofibrilles intracellulaires, leur disposition n'est pas constante, et il y a lieu de distinguer à cet égard trois variétés de cellules inégalement réparties : 1° des *cellules à réseau*, dans lesquelles le réseau des neurofibrilles envahit complètement le corps cellulaire et englobe même le noyau, sans affecter au niveau de ce dernier de disposition particulière; 2° des *cellules de passage*, où les faisceaux de neurofibrilles, nettement délimités, s'écartent pour faire place au noyau et circonscrivent autour de lui un espace plus ou moins étendu, libre de fibrilles; 3° des *cellules mixtes*, avec réseau localisé à la partie centrale de la cellule et faisceaux exclusivement périphériques.

Quant aux neurofibrilles des prolongements cellulaires, il en est — elles sont presque constantes au niveau des cellules de Purkinje — qui paraissent éviter le neurone : elles passent à côté de la cellule, en traversant un tronc proto-

plasmique important ou en en parcourant partiellement les ramifications lointaines. Leur existence démontre que la cellule nerveuse n'est pas le centre vers lequel convergent toutes les neurofibrilles.

Enfin, sous le nom de neurofibrilles extra-cellulaires, M. Joris désigne des fibrilles existant au delà des limites assignées aux prolongements protoplasmiques par l'imprégnation selon la méthode de Golgi ou par la réaction d'Ehrlich; ce sont elles qui réunissent les neurones les uns aux autres.

Eosinophilie dans l'ankylostomiase.

M. Firket fait un rapport sur un travail de MM. Lambinet (de Liège) et Goffin (d'Ath), consacré à l'éosinophilie chez les individus porteurs d'ankylostomes.

Chez 15 sujets dont le sang renfermait ce parasite, sans qu'il existât de symptômes d'anémie ou d'irritation intestinale, les auteurs ont constaté une éosinophilie notable, les leucocytes éosinophiles constituant jusqu'à 15 % du total des cellules blanches du sang.

On voit donc qu'à un moment où le sujet infecté ne peut encore être considéré comme un malade, il existe déjà un trouble notable de l'équilibre leucocytaire, élément important de la défense organique.

D[r] Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 30 avril 1904.

Des rapports existant entre la syphilis héréditaire, le rachitisme et l'hydrocéphalie.

Dans la séance du 28 avril de la Société de médecine interne et pédiatrie de Vienne, **M. Hochsinger** a fait une communication dans laquelle il s'est efforcé de démontrer que l'irritation hyperémique générale, qui, dans la période précoce de la syphilis héréditaire, exerce son action aux points d'accroissement des os, favorise la production du rachitisme, tandis que l'hyperostose qui suit la rétrocession des phénomènes irritatifs constitue un obstacle au développement de graves déformations rachitiques.

D'après l'orateur, le rachitisme serait un peu plus fréquent parmi les jeunes hérédo-syphilitiques que chez les enfants sains. En outre, chez les premiers, il débute plus tôt, et sa marche est plus rapide et plus grave.

Passant aux déformations crâniennes, M. Hochsinger déclare que le crâne des enfants hérédo-syphilitiques a, pendant la première année de la vie, une circonférence supérieure à celle du crâne des enfants normaux, à cause de l'abondante production de tissu osseux déterminée par la syphilis; ce n'est que dans la seconde année que le crâne des hérédo-syphilitiques est dépassé, comme dimension, par le crâne des rachitiques.

Quant au *crâne natiforme* de Parrot, il ne peut être attribué avec certitude à la syphilis que lorsqu'il se développe dans les premiers mois de la vie et lorsqu'il est associé à une dureté anormale des os crâniens et à une étroitesse relative des fontanelles: en effet, cette forme du crâne s'observe également chez les rachitiques non syphilitiques dans la deuxième ou la troisième année de la vie.

Enfin, pour l'orateur, l'hydrocéphalie du premier âge est due, dans un grand nombre de cas, à la syphilis héréditaire, qui détermine des lésions inflammatoires de la pie-mère et des plexus, ainsi que des lésions vasculaires intra-crâniennes Souvent une périostite interne spécifique diffuse des os crâniens est le point de départ de la leptoméningite.

Dans nombre de cas, l'hydrocéphalie syphilitique peut être guérie par le traitement spécifique; aussi ce traitement est-il indiqué dans toutes les formes d'hydrocéphalie du premier âge.

M. Zappert déclare que, à l'autopsie des enfants atteints d'hydrocéphalie syphilitique, on trouve rarement de la leptoméningite.

M. Escherich croit aussi à la rareté de la leptoméningite chez les enfants hérédo-syphilitiques. D'autre part, il n'admet pas qu'il faille instituer le traitement antisyphilitique dans tous les cas d'hydrocéphalie.

Glandules parathyroïdes et tétanie.

Dans la séance du 29 avril de la Société des médecins de Vienne, **M. Pineles** a rendu compte de ses recherches sur les rapports existant entre la tétanie et les glandules parathyroïdes. Quand on enlève à des singes ou à des chats ces corpuscules, soit seuls, soit simultanément avec le corps thyroïde, les animaux sont pris de tétanie et meurent. Mais si on enlève le corps thyroïde en laissant au moins une glandule parathyroïde, la tétanie ne survient pas; par contre, les animaux meurent bientôt de cette affection, pour peu que l'on supprime ce dernier corpuscule.

La réalité de ces rapports entre les glandules parathyroïdes et la tétanie résulte, en outre, de faits cliniques. Lorsqu'on pratique chez l'homme l'extirpation totale d'un goitre lingual, dû au déplacement vers le haut du corps thyroïde, les patients se cachectisent, mais ils n'ont jamais de tétanie, parce que les glandules parathyroïdes, qui proviennent des troisième et quatrième arcs branchiaux, ne sont pas supprimées par cette opération. Dans les extirpations partielles de goitre, la tétanie est plus fréquente quand on enlève les lobes latéraux que lorsqu'on enlève l'isthme : c'est que les glandules siègent à la face interne des lobes latéraux et risquent davantage d'être enlevées avec ces lobes qu'avec l'isthme.

Comme conclusion, l'auteur exprime l'opinion que, les différentes formes de tétanie offrant les mêmes symptômes, on doit admettre qu'elles reconnaissent une cause commune, et celle-ci est l'insuffisance des glandules parathyroïdes.

D[r] Schnirer.

LITTERATURE MEDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Un nouveau cas de kyste juxta-intestinal, par MM. F. Terrier et P. Lecène.

A propos d'un cas de kyste juxta-intestinal opéré par M. Terrier, les auteurs de ce travail étudient une variété rare et encore mal connue de kystes juxta-intestinaux à structure intestinale, que l'on pourrait appeler « entéroïdes ».

On rencontre, au niveau de l'intestin et de ses mésos, plusieurs variétés de kystes d'origine et de structure très différentes. La variété la plus fréquente et la mieux connue est celle des kystes lymphatiques, en général multiloculaires. Beaucoup plus rarement, il s'agit de lymphangiomes kystiques du mésentère. A côté de ces deux variétés, on a signalé des kystes dermoïdes juxta-intestinaux, ainsi que des kystes hydatiques. Les kystes entéroïdes, sur lesquels MM. Terrier et Lecène attirent l'attention, se distinguent des variétés précédentes par un certain nombre de caractères tirés surtout de l'examen histologique de leur paroi. Celle-ci, en effet, est constituée par une couche de fibres musculaires lisses, rappelant tout à fait celle de l'intestin normal, par une véritable muqueuse comprenant un chorion lymphoïde, quelquefois des villosités, et recouverte d'un épithélium cylindrique, souvent caliciforme; on y rencontre fréquemment de véritables glandes de Lieberkühn s'enfonçant dans le chorion de la muqueuse.

Dans le fait de MM. Terrier et Lecène, la tumeur, du volume du poing, était située au-dessous et un peu en arrière du cæcum, à la paroi duquel elle adhérait. Or, les kystes de cette variété s'observent le plus ordinairement sur la fin de l'iléon ou dans l'angle iléo-cæcal. Par rapport à la paroi intestinale, ils peuvent occuper un siège variable; tantôt le kyste est sous-muqueux, tantôt il est développé dans l'épaisseur de la couche musculaire qu'il dédouble, tantôt enfin il est situé sous la séreuse, soit sur le bord libre de l'intestin, soit au niveau de son bord mésentérique; dans ce dernier cas, la tumeur pénètre plus ou moins profondément à l'intérieur du mésentère qu'elle dédouble.

Ces kystes se rencontrent surtout chez des nouveau-nés et des enfants; souvent, cependant, on ne constate leur existence qu'à l'âge adulte; ce sont donc très vraisemblablement des kystes congénitaux. On peut admettre qu'ils se développent aux dépens d'un débris du canal omphalo-mésentérique et qu'ils sont par conséquent très analogues aux diverticules de Meckel; cette hypothèse est surtout vraisemblable pour les kystes sous-séreux du bord libre de l'intestin grêle. Pour les autres kystes intra-musculaires et sous-séreux du bord mésentérique, il est très probable qu'ils dérivent d'un pincement et d'un enclavement secondaire de la paroi intestinale au cours du développement.

Au point de vue du traitement, on peut, suivant les cas, pratiquer l'énucléation du kyste, comme M. Terrier a pu le faire facilement, ou, au contraire, réséquer l'anse intestinale sur laquelle siège la tumeur; c'est ainsi que Quensel fit une résection de l'intestin pour un kyste qui avait subi une dégénérescence sarcomateuse; de même, Sprengel réséqua l'anse invaginée par suite de la présence d'un kyste sous-muqueux. (*Rev. de chir.*, février 1904.) — m. c.

De la rougeole ecchymotique, par M. U. Monnier.

Ayant eu l'occasion d'observer, au cours d'une épidémie de rougeole qui éclata à Nantes l'année dernière, 3 cas de rougeole ecchymotique sur une centaine de rougeoleux hospitalisés dans son service, l'auteur fait une étude d'ensemble de cette modalité de la rougeole, spécialement en ce qui concerne la forme ecchymotique *d'emblée*.

On sait en effet que les taches purpuriques qui caractérisent la rougeole ecchymotique apparaissent en général du deuxième au quatrième jour de l'exanthème, par transformation hémorrhagique de l'élément morbilleux : c'est là, purement et simplement, une rougeole hémorrhagique essentiellement bénigne, sans hémorrhagies viscérales, sans atteinte de l'état général, et dont le diagnostic n'offre d'ordinaire aucune difficulté.

Mais parfois au contraire la tache purpurique est primitive, et les faits de ce genre offrent un intérêt particulier pour le clinicien, en raison des difficultés qu'ils suscitent au diagnostic. M. Monnier en relate un exemple : une fillette de sept ans est admise dans le pavillon des coquelucheux, pour une coqueluche paraissant sur son déclin; le lendemain, la petite malade est abattue, refuse de manger, a une fièvre légère; le surlendemain, la figure offre des pétéchies en tout semblables à celles des purpuras; il n'y a pas de larmoiement, d'ailleurs; pas de papules ni d'énanthème, aucune tache de Koplik; le jour suivant, à côté des taches purpuriques, ainsi que sur le tronc, on voyait une éruption discrète de papules morbilleuses qui tranchait toute hésitation ; les ecchymoses s'étendirent par la suite au cou et à l'avant-bras droit, en même temps que l'éruption rougeoleuse suivait son cours normal.

Comme le fait observer l'auteur, le diagnostic est en pareille occurrence à peu près impossible, jusqu'au moment où l'éruption typique apparaît. Au début, l'absence de signes généraux graves permettra bien d'éliminer l'hypothèse de purpura infectieux, mais seule la notion d'une épidémie concomitante de rougeole pourra faire soupçonner la véritable nature de ce purpura pré-morbilleux. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 février 1904.) — f. f.

Un cas particulier de paralysie faciale [avec troubles auditifs], par M. A. Bienfait.

Un homme de cinquante-sept ans eut un jour une douleur dans l'oreille droite; les jours suivants apparurent des bourdonnements et de la surdité du même côté, ainsi que du vertige et des vomissements; en même temps se développait une paralysie faciale droite.

Quand l'auteur vit le malade pour la première fois, plus de trois mois après le début des accidents, il constata — outre une paralysie faciale classique, portant sur les trois branches principales du nerf, avec réaction de dégénérescence — une diminution notable de l'ouïe du côté droit; le patient avait toujours des bourdonnements, qui, quoique plus marqués à droite, existaient des deux côtés. L'examen des oreilles, fait par deux spécialistes, ne révéla aucune lésion.

L'étude du vertige voltaïque permit de reconnaître que le vertige était déterminé, au niveau de l'oreille droite, par le pôle positif ; au niveau de l'oreille gauche, par le pôle négatif (courant de 5 milliampères).

Discutant la pathogénie de ces troubles complexes, puisqu'ils portent à la fois sur la septième et la huitième paire, M. Bienfait commence par éliminer l'hypothèse de maladie de Ménière associée à une paralysie faciale, en raison du début lent des accidents et de l'absence de troubles de l'équilibration, ainsi que celle d'une otite moyenne avec participation du facial, démentie par les résultats de l'examen des oreilles. D'autre part, il ne saurait s'agir d'une lésion centrale, intéressant à la fois les noyaux bulbaires du facial et ceux de l'auditif, car à une telle lésion participerait fatalement le noyau de l'oculo-moteur externe, compris dans le genou du facial. On ne peut donc invoquer qu'une lésion atteignant le facial et l'auditif pendant leur trajet commun, vraisemblablement dans le conduit auditif interne : « c'est là un passage dangereux », dit l'auteur ; les deux nerfs sont en effet accompagnés par l'artère et la veine auditives internes, qui, devenues turgescentes, en cas de congestion, pourraient les comprimer et déterminer ainsi le syndrome observé; à plus forte raison une hémorrhagie — et la réaction qui succède à cet accident — serait-elle capable d'aboutir au même résultat. (*Journ. de neurol*, 20 janvier 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La profession de souffleur de verre peut-elle déterminer un emphysème pulmonaire? par MM. Prettin et Leibkind.

Des nombreuses théories pathogéniques de l'emphysème pulmonaire, les unes attribuent à cette affection une origine purement mécanique, tandis que d'autres font jouer un rôle important à un trouble trophique préexistant. Les partisans de l'origine mécanique invoquent, à l'appui de leur manière de voir, la fréquence particulière de l'emphysème pulmonaire chez les individus exerçant des professions qui nécessitent des efforts expiratoires puissants et souvent répétés (joueurs d'instruments à vent, souffleurs de verre, etc.). Or, il s'en faut que cette considération soit établie sur des faits dûment observés, la fréquence de l'emphysème pulmonaire dans telle ou telle profession n'ayant guère, jusqu'en ces dernières années, fait l'objet de recherches systématiques.

Cette lacune a été partiellement comblée par l'enquête que M. Fischer publia, il y a environ deux ans, et qui avait trait à 500 musiciens militaires, parmi lesquels on n'arriva pas à déceler un seul cas d'emphysème pulmonaire, même chez les individus âgés. De leur côté, MM. Prettin et Leibkind ont examiné à ce même point de vue 230 souffleurs de verre, dont 218 âgés de vingt-cinq à cinquante ans, et 12 de cinquante et un à soixante-deux ans. Tous exerçaient leur profession depuis dix ans au moins : 104 soufflaient le verre depuis plus de vingt ans, 102 depuis onze à vingt ans, 24 depuis dix ans. Or, parmi ces 230 ouvriers, on n'en a trouvé que 5 qui fussent atteints d'emphysème pulmonaire : 164 d'entre eux, âgés de moins de quarante ans, n'ont fourni aucun cas d'emphysème; sur 54 dont l'âge variait entre quarante et cinquante ans, 2 seulement étaient atteints de cette affection; enfin, des 12 ouvriers âgés de plus de cinquante ans, 3 présentaient de l'emphysème. Et pourtant les explorations pneumatométriques pratiquées par MM. Prettin et Leibkind ont démontré que la pression intrathoracique est fortement exagérée chez tous les souffleurs de verre.

Les auteurs du présent mémoire se croient, dès lors, autorisés à conclure que la profession de souffleur de verre ne suffit pas, en elle-même, pour produire un emphysème pulmonaire. Même en ce qui concerne les quelques cas où ils ont noté l'existence de cette affection, on doit incriminer non seulement la distension du tissu pulmonaire par suite des efforts répétés, mais encore l'inhalation de la poussière et de la suie, les refroidissements fréquents auxquels sont exposés les souffleurs de verre, les bronchites chroniques qui en résultent, etc.

Sans vouloir contester que l'emphysème pulmonaire se développe souvent chez les sujets dont les poumons sont secoués par des quintes de toux violentes (asthme, bronchite chronique), MM. Prettin et Leibkind estiment cependant que les poussées de toux ne sauraient suffire, à elles seules, pour expliquer la pathogénie de l'emphysème, et que les lésions inflammatoires ou autres du tissu pulmonaire, peut-être même des anomalies congénitales (hérédité de l'habitus emphysémateux), y jouent un rôle considérable.

Ajoutons qu'au cours de leurs recherches, les auteurs ont été à même de se rendre compte que la tuberculose pulmonaire s'observe chez les souffleurs de verre dans la proportion de 20 % environ des cas. Cette fréquence de la phtisie semble tenir non seulement aux conditions insalubres propres à la profession, mais encore à la contagion directe de bouche à bouche. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 février 1904.) — L. CH.

De la laryngite aphteuse, par M. K. A. Zuppinger.

Si, le plus souvent, le pronostic de la stomatite aphteuse reste tout à fait bénin, l'éruption étant très discrète et strictement localisée, il est cependant des cas dans lesquels l'exanthème revêt la forme confluente et où les ulcérations recouvrent non seulement la langue et les lèvres, mais aussi la voûte palatine, le voile du palais, les piliers, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx. A côté de ces faits, qui sont de notion courante, il convient, d'après M. Zuppinger, de faire une place à part à ceux dans lesquels le processus morbide envahit le larynx, se traduisant par des phénomènes cliniques dont la gravité varie suivant l'âge du malade. Chez les adultes et les enfants grandelets, on ne constate, en fait de symptômes locaux, que de la douleur à la déglutition avec raucité de la voix et toux fréquente et plus ou moins pénible. S'agit-il, par contre, d'un enfant en bas âge, la tuméfaction de la muqueuse peut amener une sténose accentuée du larynx et donner ainsi lieu à un tableau symptomatologique rappelant de fort près le croup. En pareille occurrence, le pronostic doit être réservé, et on fera bien de se rappeler que, dans un cas observé par M. Flögl et concernant un garçon de trois ans et demi, chez lequel les parents s'étaient opposés à ce qu'on fît la trachéotomie, la mort survint au cours du troisième jour de la maladie, au milieu de phénomènes d'asphyxie.

Personnellement, l'auteur a eu à soigner six jeunes enfants atteints de stomato-pharyngite aphteuse avec extension du processus au larynx. L'âge de ces petits patients variait entre trois semaines et dix-huit mois. Tous ont guéri, sous l'influence d'un traitement qui visait surtout les localisations buccales et pharyngées du mal : dès que celles-ci commençaient à s'amender, les manifestations laryngées rétrocédaient également. Contre l'inflammation aphteuse elle-même, M. Zuppinger a recours, de préférence, aux lavages de la bouche et du pharynx avec une solution de permanganate de potasse. A titre de moyens adjuvants, il emploie avec succès les inhalations de vapeur d'eau et les applications de compresses humides tièdes sur le cou.

Ajoutons qu'au point de vue du diagnostic on ne doit pas négliger de pratiquer l'examen bactériologique, afin de pouvoir exclure avec certitude l'hypothèse de diphtérie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 février 1904.) — L. CH.

Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant, par M. A. Czyzewicz.

L'observation que relate M. Czyzewicz a trait à une femme enceinte pour la quatrième fois et chez laquelle on reconnut l'existence d'une grossesse extra-utérine au sixième mois. L'enfant étant vivant, on décida d'attendre, pour intervenir, une époque aussi rapprochée que possible du terme. On atteignit ainsi le terme lui-même; il fut marqué, du côté de l'utérus, par des douleurs énergiques qui, d'après la parturiente, ne différaient aucunement de celles qu'elle avait ressenties lors de ses accouchements antérieurs. L'auteur y voit la preuve que l'on ne saurait attribuer à la pression de l'œuf sur les parois utérines surdistendues l'apparition, au moment de l'accouchement, des douleurs utérines. D'autre part, celles-ci prenaient leur point de départ dans la région lombaire et irradiaient vers la symphyse, ainsi que cela s'observe dans la grossesse normale; on doit donc en conclure que ce n'est pas non plus la tête, en s'engageant dans l'excavation et en comprimant les gros troncs nerveux appliqués contre les parois du bassin, qui détermine la douleur, mais que celle-ci résulte bien de la compression des terminaisons nerveuses au sein du muscle utérin.

Pour délivrer la mère, on pratiqua la laparotomie en position déclive. La poche fœtale se trouvait en arrière de l'utérus, dont le volume correspondait à celui d'une grossesse normale au deuxième mois, et qui, par la presque totalité de sa surface, avait contracté des adhérences avec les organes voisins. Après l'extraction de l'enfant, qui, légèrement asphyxié au début, fut rapidement ranimé, M. Czyzewicz tenta d'abord d'arrêter l'hémorrhagie par le tamponnement du sac. Mais le placenta, en partie inséré sur la face postérieure de l'utérus, se détacha partiellement de cet organe, d'où résulta une hémorrhagie dont l'auteur ne put se rendre maître que par des ligatures en masse des deux ligaments larges. L'opération dura une heure et quart.

Il ne se produisit pas d'hémorrhagie secondaire; la patiente était cependant dans un état d'anémie extrême, et elle mourut le cinquième jour. A l'autopsie, on trouva des foyers de bronchopneumonie, et l'on constata qu'il s'était agi d'une grossesse ovarienne droite.

L'enfant présentait tous les signes d'un fœtus à terme; il était toutefois petit, pesant 2,700 grammes seulement et mesurant 46 centimètres de long. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 janvier 1904.) — F. M.

Diabète sucré et métrite disséquante; contribution à la pathologie de la métrite disséquante, par M. W. Liepmann.

A en juger d'après l'observation relatée dans le présent travail, le diabète constituerait une cause — non encore signalée, semble-t-il — de gangrène utérine.

Une femme de trente ans, diabétique depuis un certain temps déjà, était enceinte de sept mois et demi, quand on fut obligé d'interrompre sa grossesse, un volumineux hydramnios occasionnant une dyspnée intense; les urines, outre le sucre, contenaient un peu d'albumine. La poche des eaux rompue, il s'écoula 11 ou 12 litres de liquide, et l'on dut terminer l'accouchement par la version, en raison d'une hémorrhagie. L'inertie utérine obligea également à pratiquer l'extraction manuelle du placenta. Après la délivrance, l'utérus ne se contractant toujours pas, la perte sanguine reparut; toutefois, à l'aide du tamponnement et de l'administration d'ergotine, on finit par s'en rendre maître.

Le lendemain de l'accouchement, la malade ne rejeta que 850 grammes d'urine, ne contenant plus de sucre; le surlendemain, le taux des urines atteignait 1,280 grammes avec 0.6 % de glucose; enfin, le troisième jour la parturiente émit 9,800 grammes d'urine renfermant 4 % de sucre, soit une glycosurie de près de 400 grammes pour les vingt quatre heures. En même temps la fièvre s'allumait et au cinquième jour cette femme tombait dans le coma diabétique, pour succomber neuf jours après son accouchement. Un peu avant sa mort, elle avait expulsé un gros caillot d'odeur fétide.

A l'autopsie, on trouva sur chacune des parois utérines une large plaque de sphacèle épaisse de 1 centimètre : celle de la paroi postérieure était entièrement détachée; celle de la paroi antérieure tenait encore par une sorte de pont au tissu utérin. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

L'étroitesse congénitale de l'orifice pylorique en tant que cause de troubles gastriques chroniques chez l'adulte, par M. A. E. Maylard.

Au cours de plusieurs interventions opératoires pour troubles gastriques chroniques, M. Maylard a eu l'occasion de constater l'existence d'un état d'étroitesse particulière de l'orifice pylorique de l'estomac, qui ne paraît pas avoir jusqu'à présent attiré suffisamment l'at-

tention des cliniciens. L'anomalie en question n'a rien de commun avec la *sténose congénitale du pylore* (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 261-263) : celle-ci relève d'un épaississement nettement défini d'une portion des tuniques stomacales, tandis que celle-là semble tenir tout simplement à un développement exagéré de la valvule pylorique, ce repli circulaire de la muqueuse rétrécissant le calibre de l'orifice duodénal, qui, de 12 à 15 millimètres à l'état normal, peut ne mesurer que 2 ou 3 millimètres.

Cette étroitesse congénitale du pylore se rencontrerait particulièrement chez la femme et donnerait lieu à des phénomènes dyspeptiques rebelles pouvant simuler la gastrite chronique, mais qui, le plus souvent, ne présenteraient rien de caractéristique. Ce qui serait toutefois de nature à mettre sur la voie du diagnostic, c'est que ces troubles, très tenaces, ne reconnaissent aucune des causes habituelles des maladies de l'estomac : il s'agit généralement de jeunes filles ou de jeunes femmes vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, ne commettant aucun écart de régime et exemptes de tout antécédent héréditaire. L'auteur a remarqué que la plupart de ces patientes étaient minces et de petite taille, et il serait porté à voir là un élément prédisposant aux troubles par étroitesse congénitale de l'orifice pylorique, le développement exagéré de la valvule muqueuse risquant d'autant plus d'aboutir à l'occlusion de cet orifice que les dimensions de l'estomac sont plus faibles. Le fait même de la plus grande fréquence de l'affection parmi les femmes tiendrait probablement à ce que celles-ci sont, en général, plus petites que les hommes. Enfin, ce qui semble devoir également faciliter le diagnostic, c'est que le traitement diététique, tout en étant susceptible d'amener une amélioration considérable, reste cependant insuffisant pour assurer la guérison définitive, les phénomènes morbides ne tardant pas à réapparaître dès que la malade reprend le régime habituel. Aussi M. Maylard est-il d'avis qu'en pareille occurrence il faut intervenir chirurgicalement, sans se laisser influencer par les améliorations passagères obtenues au moyen du traitement médical. En ce qui concerne le choix de l'opération, il donne la préférence à la gastro-jéjunostomie. (*Brit. Med. Journ.*, 20 février 1904.) — L. CH.

De l'ablation de la prostate et de l'urèthre prostatique après cystotomie sus-pubienne dans le cas d'hypertrophie sénile de la prostate, par M. B. G. A. MOYNIHAN.

Dans le présent travail, M. Moynihan rend compte d'une nouvelle méthode de prostatectomie, ainsi que des résultats qu'il en a obtenus. L'opération qu'il préconise s'exécute de la manière suivante :

Après avoir lavé la vessie avec une solution d'acide phénique à 1 % et y avoir laissé de 300 à 350 grammes de liquide, on commence par pratiquer une cystotomie sus-pubienne. La vessie ouverte, les deux lèvres de l'incision vésicale sont suturées à la paroi abdominale. Puis, avec des ciseaux pointus, on fait à la muqueuse vésicale, en arrière de l'orifice interne de l'urèthre, une petite boutonnière dans laquelle on glisse l'index gauche qui agrandit peu à peu cette ouverture et décolle la muqueuse dans toute l'étendue de la face vésicale de la prostate. Ce travail de l'index gauche est facilité par la main droite : celle-ci étant recouverte d'un gant de caoutchouc, on en introduit l'index et le médius dans le rectum pendant que le pouce presse sur le périnée ; l'effort combiné de ces trois doigts refoule la prostate vers la vessie et vers la main gauche qui y opère. Pendant ce temps, l'index de cette dernière main poursuit la libération de la prostate sur ses différentes faces, jusqu'à l'urèthre membraneux; la prostate est alors séparée de l'urèthre et l'on peut l'extraire en totalité de sa loge, y compris la portion d'urèthre qui la traverse.

L'hémorrhagie, au cours de cette intervention, serait relativement faible et ne durerait jamais plus de vingt à trente minutes. Quant à la place laissée libre par l'ablation de la prostate, elle se rétrécit aussitôt et paraît bien petite en comparaison des dimensions de l'organe enlevé. L'opération terminée, on lave la plaie à l'eau phéniquée, en raison des propriétés anesthésiques de cet antiseptique; si la vessie est très infectée, on fait passer à l'intérieur, par l'intermédiaire d'une sonde, un courant d'oxygène. Pour finir, on place une sonde à demeure dans le canal de l'urèthre, un gros drain dans la plaie de la cystotomie, rétrécie à ses extrémités par deux points de suture. Durant les quelques heures qui suivent l'intervention, les opérés accusent d'ordinaire de violentes douleurs et du ténesme : on les calme au moyen de suppositoires ou d'une injection de morphine.

Au bout de quarante-huit heures, on retire le drain et on le remplace par une mèche. Tous les jours, on lave la vessie avec de l'eau phéniquée, et tous les cinq ou six jours on retire la sonde à demeure pour la remplacer par une autre. Il est bon de relier la sonde à un tube d'aspiration afin d'assurer l'évacuation permanente de la vessie. Pendant les premiers jours, des fragments de tissus sphacélés peuvent se montrer dans la plaie sus-pubienne : il suffit de les extraire avec une pince. Enfin, on approprie le traitement général à chaque cas particulier, mais, vu l'âge des malades, on fera bien de les faire asseoir le plus tôt possible, dès le deuxième ou le troisième jour.

Sur 12 prostatiques ainsi opérés, M. Moynihan n'en a perdu qu'un seul. Quoique la durée de la convalescence soit assez variable, la guérison est généralement complète en cinq ou six semaines. (*Ann. of Surgery*, janvier 1904.) — R. DE B.

Un cas rare d'empyème du sinus maxillaire, par M. P. B. GOLDSMITH.

L'observation que publie M. Goldsmith a trait à un corps étranger ayant pénétré dans le sinus maxillaire au cours d'un empyème de cette cavité.

Il s'agit d'une femme, âgée de trente-cinq ans, chez laquelle l'auteur avait pratiqué l'ouverture du sinus maxillaire gauche, atteint d'empyème, par le bord alvéolaire. Après avoir introduit dans l'orifice un tube de drainage métallique légèrement coudé, il renvoya la patiente chez elle, lui recommandant de faire des lavages du sinus à travers la canule. Un jour, en voulant replacer le tube qui avait glissé hors de l'orifice, le mari de la malade le poussa avec force, au point qu'il disparut dans la profondeur du sinus. N'ayant pas réussi à l'extraire par l'orifice alvéolaire, M. Goldsmith pratiqua l'ouverture du sinus par la fosse canine, mais, malgré toutes ses recherches, il ne parvint pas davantage à trouver le corps étranger. Il enleva, au cours de son intervention un gros polype qui était inséré sur la paroi interne du sinus et put constater ce fait assez singulier que la paroi postérieure et la paroi externe de la cavité présentaient chacune un orifice assez large, mettant le sinus en communication avec la fosse zygomatique et le naso-pharynx; il conclut de cette disposition que le tube de drainage avait dû s'échapper par un de ces orifices et glisser en arrière. M. Goldsmith se contenta donc de faire le curettage du sinus et de le panser à travers l'ouverture de la fosse canine. Trois jours après, la malade lui rapporta le tube qui était tombé dans sa gorge. (*Canada Lancet*, décembre 1903.) — S. J.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Sérothérapie de la dysenterie.

Au cours d'une épidémie de dysenterie ayant sévi à Moscou l'année dernière, M. le docteur L. Rosenthal aurait obtenu d'excellents résultats — chez 157 malades traités dans le service de M. le docteur I. D. Sarytchev, médecin de l'hôpital Staro-Ekatérinensky — avec un sérum préparé en immunisant des chevaux au moyen d'inoculations mixtes de cultures et de toxine du bacille de Shiga-Kruse. La dose habituellement employée a été de 20 à 40 c.c.; dans certains cas particulièrement graves, elle fut portée jusqu'à 140 c.c.

Le sérum s'est montré surtout efficace lorsque l'injection était pratiquée dans les trois premiers jours : la plupart du temps, la maladie avortait alors en un ou deux jours; le sang et les mucosités disparaissaient des garde-robes, les douleurs et le ténesme cessaient et la guérison ne tardait pas à être complète. Dans les cas où le traitement fut institué à une période plus avancée de l'affection, les effets en furent moins rapides; mais la guérison, quoique plus tardive, fut généralement obtenue, et les récidives ne survinrent qu'exceptionnellement. Toujours la convalescence aurait été exempte des complications que l'on observe communément après une attaque grave de dysenterie.

Sur les 157 malades traités par le sérum antidysentérique, on a eu à enregistrer 8 décès seulement, ce qui correspond à une mortalité de 5 %, tandis que — au cours de la même épidémie — la mortalité de la dysenterie atteignit, soit à l'hôpital Staro-Ekatérinensky avant l'emploi du sérum, soit dans les autres hôpitaux de la ville, le taux de 10 % environ. La sérothérapie aurait donc réduit la mortalité de moitié.

Quant à l'influence du sérum sur la durée de la maladie, on peut s'en faire une idée en tenant compte que le séjour des dysentériques à l'hôpital Staro-Ekatérinensky a été en moyenne de dix jours, alors que dans les autres hôpitaux il a été de seize jours.

Un procédé d'enfouissement du moignon appendiculaire après la résection de l'appendice.

On est revenu maintes fois, dans ces derniers temps, sur le mode de section de l'appendice, et sur l'enfouissement du moignon, en particulier dans les opérations à froid : la technique la plus simple est, ici encore, la meilleure; pourtant le procédé que vient de recommander un médecin américain, M. le docteur Th. E. Soules (de Westfield), paraît assez séduisant pour être noté parmi ces variantes opératoires.

Notre confrère sectionne d'abord le méso-appendice, après l'avoir lié en deux ou trois petits paquets, et libère dûment l'appendice jusqu'à son implantation cæcale; ceci fait, il incise circulairement la tunique péritonéo-musculaire dudit appendice, à peu de distance de l'extrémité libre, et retrousse, en s'aidant de la pince et des doigts, une longue manchette, un long fourreau, jusqu'au cæcum. Le cylindre central, muqueux, est alors lié et sectionné au ras de son abouchement, puis le doigt de gant péritonéo-musculaire, la gaine vide est fendue sur son bord mésentérique, étalée, appliquée sur la surface de section du méso-appendice, et fixée par quelques points. On réalise, en somme, l'encapuchonnement, la péritonisation, au moyen du péritoine de l'appendice lui-même, ainsi conservé et rabattu.

Cette pratique est basée sur la mobilité bien connue des couches externes de l'appendice, et c'est en utilisant ce glissement facile que l'on réalise l'appendicectomie sous-séreuse, et que beaucoup d'opérateurs relèvent une manchette, notablement plus courte, il est vrai, pour recouvrir le moignon appendiculaire. On ne saurait, d'ailleurs, obtenir la manchette « totale », dont parle M. Soules, que dans certains cas où la texture de l'organe et l'adhésion réciproque de ses tuniques ne sont pas trop modifiées par le processus inflammatoire.

Infusion de tabac à haute dose en lavement contre l'atonie intestinale.

Lorsque l'on a recours à des lavements d'infusion de tabac contre l'occlusion intestinale, il est généralement recommandé de ne pas dépasser la dose de 1 à 2 grammes de substance active, afin d'éviter toute intoxication par la nicotine. Or, d'après les constatations faites par M. le docteur V. Torresi (d'Urbisaglia), les infusions plus concentrées ne présenteraient nullement les inconvénients que l'on redoute, et elles auraient l'avantage d'agir avec une efficacité réelle, même dans des cas où l'atropine ou l'ésérine ne donnent que des résultats absolument nuls.

La dose que préconise notre confrère est de 25 grammes de feuilles de tabac en infusion dans 1 litre d'eau; il n'a même pas hésité à porter la dose jusqu'à 30 grammes dans un cas de paralysie intestinale post-opératoire paraissant absolument désespéré.

Sur 7 malades chez lesquels M. Torresi a eu recours à ce mode de traitement, la guérison a été obtenue 5 fois; les 2 cas de mort concernent des patients déjà moribonds au moment où fut institué le traitement.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Eloi (de Montpellier). — M. le professeur J. Grasset.

De la déviation, en sens opposé, de la tête et des yeux : paralysie d'un oculogyre et contracture du céphalogyre homonyme.

Quoique bien étudiée de tous côtés depuis près de quarante ans — car la thèse de M. le professeur Prévost date de 1868 —, la question de la déviation de la tête et des yeux n'est pas résolue; elle motive encore des travaux intéressants : le plus récent est celui de M. le professeur Bard (1), sur lequel j'aurai bientôt à revenir.

On paraît s'être toujours plus spécialemnt occupé de la déviation *conjuguée* de la tête et des yeux, c'est-à-dire du syndrome constitué par la rotation de la tête et des yeux *du même côté*. C'est à ce syndrome que se rapportent les travaux de M. Prévost et de Vulpian (1868), ceux de M. Landouzy et les miens (1876), ceux de M. Bard, et tant d'autres.

Récemment notre attention a été attirée, à propos d'un malade que vous avez pu voir dans nos salles, sur une variété toute différente du phénomène : il s'agit de la déviation des yeux *d'un côté* et de la rotation de la tête *de l'autre*. Cette *dissociation* et cette *opposition* des deux éléments constitutifs du syndrome classique nécessitaient une explication pathogénique, sinon nouvelle, du moins modifiée. En fait, tandis que depuis M. Landouzy on est habitué à diviser les déviations conjuguées en déviations par paralysie et en déviations par contracture, chez notre malade les deux processus générateurs étaient réunis : la déviation des yeux d'un côté était d'ordre *paralytique* et la déviation de la tête de l'autre côté était d'ordre *irritatif*.

Il y a donc deux éléments nouveaux d'intérêt dans ce fait : 1° c'est une déviation *en sens opposé* de la tête et des yeux, alors que jusqu'ici on a surtout étudié la déviation *conjuguée* de la tête et des yeux; 2° c'est une *paralysie* d'un oculogyre avec *contracture* du céphalogyre homonyme : or, jusqu'à présent, on ne connaît guère que les déviations exclusivement paralytiques et les déviations exclusivement irritatives.

Enfin un troisième point est encore intéressant chez ce malade : il était hémianopsique et à ce point de vue mérite d'être rapproché des sujets observés par M. Bard. Mais il diffère de ces derniers en ce que sa déviation oculaire était d'ordre paralytique, tandis qu'on comprend mieux la déviation d'origine sensorielle comme un phénomène actif et d'ordre irritatif (observations de M. Bard et de M. Dufour).

Je vous rappellerai tout d'abord les points essentiels de l'histoire de ce patient, telle qu'elle résulte des notes recueillies par notre chef de clinique, M. Gaussel.

Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans, qui depuis quelque temps présentait des signes d'artériosclérose (crampes dans les jambes, pollakiurie nocturne, acroparesthésies bilatérales, céphalalgie, vertiges).

Le 18 avril 1904, à dix heures du matin, il est pris d'un vertige dans la rue et tombe sans connaissance. Transporté dans une maison voisine, il reconnaît son fils, qui arrive environ dix minutes après, et lui confie son argent. Le premier médecin appelé constate une hémiplégie gauche, lui donne un purgatif et le fait entrer, le soir même, à l'hôpital où il est couché salle Barthez, n° 3.

Le 19 avril au matin, à ma première visite, je constate :

1° Une hémiplégie gauche; survivent seulement quelques mouvements très limités des orteils, du cou-de-pied et du genou; le malade soulève à peine la cuisse; le facial inférieur est atteint (déviation de la commissure, il fume la pipe à gauche), ainsi que le facial supérieur (il résiste mal à l'ouverture provoquée des paupières et ne peut pas fermer isolément l'œil gauche, chose qu'il faisait très bien auparavant); la langue est légèrement déviée à gauche;

2° Une hémianesthésie gauche très nette, moins accentuée à la face, qui participe cependant à ce trouble; il y a astéréognosie à la main gauche; l'ouïe est diminuée à gauche; l'odorat semble aboli des deux côtés;

3° Une hémianopsie gauche très nette : cet homme ne voit pas les objets placés dans la moitié gauche du champ visuel des deux yeux;

4° Une paralysie du lévogyre oculaire : les deux yeux sont constamment déviés à droite; quand on sollicite le regard du malade vers la gauche, il les amène à la ligne médiane, mais ne la dépasse jamais.

Quant à la tête, l'interne du service, M. Rimbaud, l'a vue déviée à droite (comme les yeux) au moment de l'entrée du patient. A mon premier examen, elle n'est déviée d'aucun côté, et il en est encore ainsi le 22 avril. Mais le 23 elle est fortement déviée à gauche, tandis que les yeux restent tournés à droite. Si on prie le malade de tourner sa tête à droite, il déclare ne pas pouvoir le faire et avoir un torticolis qui l'en empêche; si on essaie de porter soi-même la tête du sujet à droite, on ne le peut pas davantage, cet homme proteste et déclare qu'on lui fait mal. « Je souffre beaucoup; j'ai un torticolis », répète-t-il.

Ces divers symptômes ont persisté jusqu'à la mort, survenue par coma dans la nuit du 28 au 29 avril : l'hémiplégie, l'hémianesthésie, l'hémianopsie gauches et la paralysie du lévogyre oculaire, du commencement à la fin (dix jours), la déviation de la tête à gauche du 23 à la fin (six jours).

Quant au psychisme, il a été variable tout le temps : d'assez longues périodes de lucidité parfaite ont alterné au début avec quelques périodes d'excitation avec verbiage et optimisme, puis avec de longues périodes (de durée croissante) de sommeil, d'abattement.

Le pouls oscillait de 60 à 84, la tension de 19 à 20, la température de 37° à 38°4. Le malade avait de l'incontinence d'urine et un peu d'albuminurie.

Je diagnostiquai une hémorrhagie cérébrale dans la moitié postérieure de la capsule interne et prescrivis successivement des lavements purgatifs, des sangsues au fondement et aux apophyses mastoïdes, des injections d'huile camphrée.

A l'autopsie, nous trouvâmes une grosse hémorrhagie occupant la couche optique et toute la partie correspondante de la capsule interne, avec menace, non réalisée, de pénétration dans le ventricule.

Ce cas est d'abord intéressant en ce qu'il confirme nettement la symptomatologie, aujourd'hui classique, des *lésions capsulo-thalamiques* : l'hémiplégie, l'hémianesthésie et l'hémianopsie. C'est l'ancien syndrome capsulaire postérieur de Charcot, avec l'hémianopsie remplaçant l'amblyopie croisée.

Mais l'observation est plus intéressante et plus neuve pour ce qui est de la déviation des yeux et de la tête, et c'est sur ce point surtout que je vais insister.

Il y avait d'abord déviation persistante des yeux à droite; cette déviation était d'ordre paralytique, et non irritatif, puisque le malade pouvait volontairement ramener ses yeux à gauche jusqu'à la ligne médiane, qu'il lui était impossible de dépasser. Il y avait donc paralysie de l'hémioculomoteur lévogyre. Ceci est encore classique. Car on sait aujourd'hui que les fibres de ce rotateur des deux yeux passent dans la région détruite chez notre malade, celles qui viennent du centre sensorio-moteur pariétal (pli courbe) commes celles qui viennent du centre sensitivo-moteur périrolandique.

Mais ce qui est beaucoup moins classique, c'est que la tête était déviée du côté opposé à la déviation oculaire : la tête était tournée à gauche, alors que les yeux étaient tournés à droite.

Ce symptôme, très persistant chez ce patient, et dont nous avons pu contrôler très exactement l'existence, est un fait exceptionnel.

Dans le syndrome classique de Vulpian et Prévost, les yeux et la tête sont simultanément déviés du même côté. Les auteurs (Landouzy, Picot) ont vu, chez un même sujet, le sens de la déviation changer pendant le cours de la maladie, mais la tête et les yeux se suivaient toujours dans les deux phases.

On rencontre aussi assez souvent la déviation dissociée, isolée, soit des yeux, soit de la tête. Dans ces cas, toutefois, il n'y a pas direction opposée de la tête et des yeux : c'est le syndrome classique, incomplet, réduit, tandis que notre fait paraît paradoxal.

Dans mes recherches bibliographiques (d'ailleurs très rapides), je n'ai trouvé comme mention de ce phénomène bizarre que cette phrase de M. Picot (1) : « Enfin, on a pu voir la rotation céphalique se faire d'un côté, tandis que la déviation oculaire se faisait du côté opposé ». Comme document à l'appui, cet auteur cite une observation de la thèse de M. Prévost : il y eut hémiplégie droite, et d'abord déviation de la tête et des yeux à droite; le lendemain, « les yeux sont dirigés à droite avec nystagmus; la face est tournée du côté gauche », et cette nouvelle déviation persista jusqu'à la mort, qui survint deux jours après. A l'autopsie, « on observa du côté gauche dans l'étage moyen [de la protubérance], mais près de la face inférieure, un petit ramollissement caractérisé par une simple diffluence de tissu, sans grand changement de couleur » (2).

En tous cas, le symptôme semble rare. Cependant il est possible que les observations se multiplient, quand l'attention aura été attirée sur ce point.

En pareille occurrence, la déviation des yeux et la déviation de la tête diffèrent l'une de l'autre, non seulement par la direction, mais encore en ceci que la déviation oculaire est d'ordre paralytique, tandis que la déviation céphalique est d'ordre irritatif : alors que le sujet pouvait volontairement ramener ses yeux de l'angle droit des deux orbites à la ligne médiane, il ne pouvait pas ramener volontairement la tête de gauche à droite, même jusqu'à la ligne médiane. La tête était fixée à gauche comme par un torticolis, disait le malade, et quand j'essayais de la ramener moi-même vers la ligne médiane, par des mouvements communiqués, je provoquais de la douleur.

Donc, le symptôme, tel que le présentait notre patient, est caractérisé par : 1° *la déviation, en sens opposé, de la tête et des yeux;* 2° *la paralysie d'un oculogyre et la contracture du céphalogyre homonyme.*

La pathogénie de ce syndrome est assez facile à comprendre avec les idées que je développe depuis quelques années sur la déviation conjuguée de la tête et des yeux, considérée comme le résultat de la paralysie ou de la contracture des rotateurs homonymes des yeux et de la tête, de l'oculogyre et du céphalogyre homonymes.

On sait que les voies nerveuses oculogyres et les voies nerveuses céphalogyres sont très voisines, mais ne sont pas identiques, puisque chacun des deux groupes peut être lésé isolément, sans participation de l'autre : les faits, rappelés plus haut, de déviation dissociée, limitée à la tête ou aux yeux, le prouvent nettement.

(1) L. Bard. De l'origine sensorielle de la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête chez les hémiplégiques. (*Semaine Médicale*, 1904, p. 9-13.)

(1) J.-J. Picot. Leçons de clinique médicale (2e série), p. 220. Paris, 1892.

(2) J.-L. Prévost. De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie. (*Thèse de Paris*, 1868, obs. LII, p. 69.)

Dès lors, on comprend que, si le plus souvent une lésion irrite ou détruit simultanément les deux ordres de voies nerveuses, dans certains cas une lésion puisse détruire un groupe de voies nerveuses (les voies oculogyres, par exemple) et irriter l'autre groupe (les voies céphalogyres).

Cette combinaison, dont le raisonnement démontre la possibilité, l'observation de notre malade en établit la réalité clinique : évidemment, dans ce cas *l'hémorrhagie capsulo-thalamique avait détruit le lévogyre oculaire et irrité le lévogyre céphalique.*

Un dernier point mérite d'être signalé dans cette observation : c'est la coïncidence, chez le sujet, de l'hémianopsie et de la déviation oculaire.

Dans le travail que je vous citais au début de cette leçon, M. Bard a attiré fortement l'attention sur ce fait et en a déduit toute une conception de la *déviation conjuguée d'origine sensorielle.*

La coïncidence clinique entre les deux symptômes avait été rapidement signalée par quelques auteurs (Dejerine, P. Marie, Revilliod, J. Roux), mais c'est certainement M. Bard qui a nettement posé la question et développé la théorie sensorielle de la déviation conjuguée.

Tout récemment, M. Dufour a confirmé les mêmes idées, donné deux nouvelles observations (avec autopsie) et conclu qu'il ne faut même pas séparer, comme le fait M. Bard, la forme de déviation oculaire dépendant d'une hémianopsie d'avec la forme commune apoplectique de la déviation conjuguée, sans dire cependant que toutes les déviations conjuguées de la tête et des yeux, d'origine cérébrale, s'accompagnent d'hémianopsie.

L'observation de notre malade confirme, une fois de plus, cette loi formulée par M. Bard, à savoir que l'hémianopsie et la déviation conjuguée coïncident fréquemment chez le même sujet.

Mais, dans le travail du professeur de Genève, il y a autre chose : le rôle de l'hémianopsie dans la production de la déviation oculaire. « L'hémianopsie homonyme crée une attitude de déviation conjuguée, qui devient la règle à l'état de repos. »... « Dans cette manière de voir, la forme commune de la déviation conjuguée de la tête et des yeux est l'effet automatique de l'anesthésie sensorielle centrale unilatérale... L'attitude anormale est un mouvement actif, commandé par les centres sensorio-moteurs du côté sain. Elle résulte bien... de la prédominance des centres sensorio-moteurs sains sur leurs congénères inhibés, privés de leur perception, ou même simplement de leur pouvoir de réflectivité » (1).

Cette interprétation ingénieuse peut être considérée comme complétant heureusement les anciennes théories pour certains cas de déviation, mais elle ne contredit ni ne remplace ces mêmes théories.

Si elle explique, en effet, l'attitude habituelle des yeux à droite chez les hémianopsiques gauches (comme notre malade), elle n'explique pas pourquoi le sujet ne peut pas, par un effort volontaire, faire dépasser à ses yeux la ligne médiane vers la gauche. Donc, chez les patients comme celui que vous avez vu dans le service, l'hémianopsie ne suffit pas à expliquer la déviation, il faut admettre aussi la paralysie d'un oculogyre (le lévogyre dans l'espèce). Par conséquent, il n'y a pas contradiction (comme certains passages du mémoire de M. Bard pourraient le faire croire), il n'y a pas contradiction entre les idées de mon collègue de Genève et les miennes sur la physiologie de la déviation conjuguée.

Je dirai plutôt qu'elles se confirment et se complètent.

J'ai toujours proclamé (avec tous les physiologistes) que tous les grands appareils nerveux sont formés de voies centripètes et de voies centrifuges exerçant les unes sur les autres une action constante, à l'état normal et dans la maladie. L'hémivision droite ou gauche nécessite et provoque la déviation de la tête et des yeux vers le côté droit, à l'état physiologique. On comprend donc que l'hémianopsie gauche puisse porter le malade à regarder *habituellement* à droite (1). Mais cette habitude, qui peut créer une attitude au repos, ne suffit pas, je le répète, à empêcher le sujet de dépasser volontairement la ligne médiane avec ses yeux.

En d'autres termes, dans la déviation conjuguée (telle que la présentait notre malade), il y a deux éléments constitutifs, également essentiels : 1° l'impossibilité de dépasser la ligne médiane; cet élément ne peut dépendre que de la paralysie d'un oculogyre (le lévogyre dans l'espèce); 2° l'attitude habituelle des deux yeux à droite; cet élément, je l'avais jusqu'à présent toujours attribué à la perte du tonus des muscles innervés par le lévogyre et à la prédominance du tonus des muscles innervés par le dextrogyre, resté intact et non contrebalancé. Cette cause est en jeu, je crois, dans beaucoup de cas; mais il ne faut peut-être pas lui attribuer un rôle exclusif, et on peut admettre que l'hémianopsie intervient, dans un certain nombre de faits, pour produire cette attitude oculaire.

Voilà, ce me semble, la vraie portée — encore grande — des idées nouvelles que M. Bard vient de développer avec un grand talent.

L'hémianopsie a-t-elle quelque part dans la production de la déviation de la tête quand, comme chez notre malade, cette déviation se fait dans un sens opposé à celui de la déviation oculaire?

Voici l'hypothèse qu'on pourrait proposer :

Le sujet est hémianopsique gauche; donc, il dirige ses yeux vers le champ visuel droit. Mais il peut aussi vouloir amener les objets situés en face dans la partie droite (saine) de ce champ visuel, et pour cela il faut qu'il tourne la tête à gauche. On comprendrait alors que l'hémianopsie gauche donnât au sujet la mauvaise habitude de tourner la tête vers la gauche, mauvaise habitude qui engendrerait la contracture du lévogyre de la tête (comme nous l'observions chez notre malade).

Cette explication, qui développerait et étendrait la théorie sensorielle aux cas de déviation en sens opposé de la tête et des yeux, comme aux cas de déviation conjuguée, me paraît soulever une grosse objection : c'est que la même théorie nous permettrait, à volonté, d'expliquer pour une même lésion unilatérale la déviation à droite et la déviation à gauche. Cette plasticité de la théorie, qui s'adapterait avec la même facilité à des effets opposés et contradictoires, ne semble pas être un argument en faveur de cette conception de l'origine sensorielle de la déviation.

Des faits cliniques cités et réunis par M. Bard, retenons en tous cas que l'hémianopsie et la déviation conjuguée de la tête et des yeux sont des symptômes fréquemment associés chez le même sujet. Les faits comme celui que nous avons observé dans le service prouvent que la même association peut exister entre l'hémianopsie et la déviation en sens opposé de la tête et des yeux. Tout cela démontre le voisinage immédiat, dans chaque hémisphère, des voies hémioptiques et des voies hémioculomotrices, et les réactions mutuelles et fréquentes de chacun de ces deux appareils nerveux sur l'autre.

En somme, la doctrine actuelle de la déviation de la tête et des yeux découle tout naturellement de la loi physiologique de la vision.

Cette loi physiologique peut se formuler ainsi : *chaque hémisphère cérébral voit et regarde, avec les deux yeux, du côté opposé.*

Le système nerveux entier est formé de deux parties symétriques par rapport à la ligne médiane du corps, chaque moitié ayant une action croisée sur l'autre (Galien) ; l'hémisphère droit agissant sur les nerfs moteurs gauches comme les nerfs sensitifs droits impressionnent l'hémisphère gauche.

Pour les yeux, il semble que chaque hémisphère doive présider à la vision et aux mouvements de l'œil du côté opposé, comme cela se passe pour les membres supérieur ou inférieur. Il y a à peine un quart de siècle on le croyait. Aujourd'hui l'anatomo-clinique a démontré qu'il n'en est rien.

Nulle part, dans le cerveau gauche, il n'y a un centre pour le nerf optique droit, ni dans le cerveau droit un centre pour les nerfs moteurs de l'œil gauche. La ligne médiane, au niveau des yeux, ne passe plus au milieu du corps; elle se bifurque et passe au milieu de chacun des deux yeux.

L'appareil nerveux de la vision est donc bien, comme tous les autres, formé de deux parties symétriques par rapport à une ligne; seulement cette ligne divise chacun des deux globes oculaires en deux moitiés, de sorte qu'il y a une moitié binoculaire pour la vue à droite et une moitié binoculaire pour la vue à gauche, chacun de ces appareils étant formé de la moitié homonyme des deux yeux.

Pour le physiologiste, il n'y a donc pas un œil droit et un œil gauche; il y a *deux appareils hémioptiques.* Et, comme la fonction visuelle comprend l'acte de *regarder* et l'acte de *voir*, chacun de ces appareils comprend un appareil moteur (dextrogyre ou lévogyre des deux yeux et de la tête) et un appareil sensoriel (dextro-optique ou lévo-optique).

Chacun de ces appareils nerveux vient de l'hémisphère opposé, et ainsi l'hémisphère droit regarde et voit à gauche (avec les deux yeux), et l'hémisphère gauche regarde et voit à droite (avec les deux yeux).

Les symptômes visuels sont l'expression du fonctionnement pathologique de cet appareil nerveux. *L'hémianopsie* est le symptôme de l'altération de l'un des appareils hémioptiques, l'hémianopsie gauche (perte du champ visuel à gauche, paralysie des deux hémirétines droites) indiquant une lésion de l'hémioptique gauche qui vient de l'hémisphère droit, et *vice versa.* La *déviation conjuguée de la tête et des yeux* est le symptôme de l'altération de l'un des appareils hémioculomoteurs; cet appareil pouvant être suivant les cas détruit ou irrité, la déviation conjuguée est suivant les cas symptôme de paralysie ou d'excitation. Quand il y a paralysie d'un oculogyre, la déviation se fait vers l'hémisphère malade; quand il y a excitation d'un oculogyre, la déviation se fait du côté opposé à l'hémisphère malade. Si maintenant un oculogyre est paralysé et si le céphalogyre homonyme est excité par la même lésion, les yeux sont déviés vers l'hémisphère malade et la tête est déviée du côté opposé : c'est le symptôme sur lequel j'ai voulu attirer aujourd'hui votre attention et qui constitue la *déviation en sens opposé de la tête et des yeux.*

Lorsque la déviation est d'ordre convulsif, l'excitation de l'oculogyre suffit à expliquer tout le phénomène. Quand la déviation est d'ordre paralytique, la lésion destructive de l'oculogyre ne rend compte que de l'impossibilité où se trouve le sujet de dépasser volontairement la ligne médiane avec ses yeux; pour expliquer l'attitude habituelle des yeux dans l'angle de l'orbite, il faut admettre en plus la perte du tonus dans les muscles paralysés ou l'action pathogène de l'hémianopsie (Bard), celle-ci étant un symptôme très fréquemment associé, en clinique, à la déviation conjuguée.

Ces faits prouvent le voisinage (surtout dans la région capsulo-thalamique, lésée chez notre malade) des voies hémioptiques et des voies hémioculomotrices. Les voies nerveuses de

(1) L. Bard. (*Loc. cit.*, p. 11 et 12.)

(1) C'est une sorte de *phototropisme*.

l'oculogyrie et les voies nerveuses de la céphalogyrie sont très voisines, comme le démontrent les faits de déviation conjuguée de la tête et des yeux; mais elles ne sont pas identiques, ainsi qu'il résulte des faits de déviation dissociée, isolée de la tête ou des yeux, et des faits (comme celui que nous venons d'étudier) de déviation, en sens opposé, de la tête et des yeux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mai 1904.

De la cholédocotomie avec drainage du canal hépatique.

M. Lejars. — J'ai au début, comme presque tous les chirurgiens, pratiqué la cholédocotomie suivie de suture, puis, peu à peu, à l'exemple de M. Quénu, j'ai abandonné toute suture. Faisant un pas de plus, suivant la pratique conseillée par M. Kehr (de Halberstadt), j'ai adopté le drainage du canal hépatique, auquel j'ai eu recours 3 fois; ce drainage a pour but d'assurer l'évacuation secondaire des petits calculs laissés dans les voies biliaires au cours de l'intervention, et en même temps de traiter l'angiocholite.

Dans mon premier fait, concernant une femme de cinquante et un ans, qui m'avait été adressée par M. Launois pour des accidents fébriles d'obstruction chronique du cholédoque, avec ictère permanent et décoloration des matières, j'ai trouvé dans le cholédoque une grande quantité de calculs qui en obstruaient la lumière; le canal hépatique et sa branche droite étaient également bourrés de calculs, que je pus enlever en les refoulant de haut en bas vers la plaie du cholédoque; je terminai l'opération en plaçant un drain très haut dans le canal hépatique, et en pratiquant l'ablation de la vésicule biliaire et du canal cystique.

Chez ma deuxième malade, âgée de quarante et un ans et atteinte également d'ictère chronique avec fièvre, j'ai fait une intervention analogue, au mois de janvier dernier. La vésicule ouverte laissa échapper cinq ou six gros calculs; j'enlevai ensuite plusieurs calculs qui obstruaient le cholédoque et je plaçai, comme dans le cas précédent, un drain dans le canal hépatique; au bout de quelques jours, une grande quantité de bile s'écoulait par le tube de caoutchouc annexé au drain, et, après des suites opératoires très simples, la guérison fut obtenue rapidement.

Ma troisième observation a trait à une femme de cinquante-sept ans, très infectée et cachectique, oligurique, que j'aurais peut-être dû ne pas opérer, en raison de son mauvais état général. Il s'agissait encore d'un cas de lithiase avec obstruction des voies biliaires, et, comme pour les deux autres malades dont je viens de vous parler, j'établis un drainage hépatique. Malheureusement les reins ne fonctionnèrent pas, et mon opérée succomba à l'anurie.

Dans ces trois opérations, j'ai fait, comme M. Kehr, une incision en baïonnette, partant verticalement de l'appendice xiphoïde, puis s'inclinant obliquement à droite, parallèlement au rebord costal droit, et enfin devenant à nouveau verticale au niveau de l'union des deux tiers internes et du tiers externe du grand droit. Cette incision n'a que l'inconvénient de sectionner une grande partie de ce muscle, mais M. Kehr affirme que cette section n'a jamais eu de conséquences fâcheuses chez ses opérés, qui sont très nombreux.

M. Quénu. — Je crois que le drainage des voies biliaires, à la suite de la cholédocotomie, a eu comme promoteurs M. Morison et moi-même: en plaçant un drain dans le cholédoque, comme nous le faisons, et en l'enfonçant aussi profondément que possible, on draine à coup sûr le canal hépatique.

Quant à l'incision en baïonnette, elle est souvent pratiquée, soit après la laparotomie médiane, soit après la laparotomie latérale, en coupant obliquement le muscle droit, de dedans en dehors dans le premier cas, de dehors en dedans dans le deuxième.

M. Ricard. — La question du choix de l'incision me paraît très secondaire, et je ne veux m'occuper que du drainage du canal hépatique. Or, je me demande si la présence d'un drain profondément enfoncé dans le canal hépatique n'a pas pour résultat de diminuer le calibre des voies d'évacuation de la bile, et si un drain simplement placé entre les lèvres de l'incision du cholédoque n'assure pas plus efficacement le drainage. Je crois que c'est la suppression de la suture du cholédoque qui constitue le point important, dans la cholédocotomie, et non pas le drainage remontant plus ou moins haut dans le canal hépatique.

Fractures dans la mise en marche des automobiles.

M. Tuffier. — Depuis le mois de février dernier, j'ai observé 8 nouveaux cas de fracture due à des retours de manivelle d'automobile. Sur ce nombre, je tiens à vous signaler 2 faits particulièrement intéressants: l'un parce que le manche de la manivelle, au lieu de renverser la main sur la face dorsale, est venu frapper sur le talon de la main en extension, produisant une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec subluxation *en avant* du fragment inférieur, si bien que l'on aurait pu croire à une luxation du poignet en avant; l'autre, parce qu'il montre bien la fixité du siège de la lésion par coup de manivelle sur la face dorsale de l'avant-bras: le trait de fracture, en effet, coïncidait exactement avec le cal d'une première fracture produite, trois mois auparavant, par le même mécanisme.

M. Sebileau. — A côté de ces fractures, on peut observer une véritable entorse dorsale du poignet, accident dont j'ai moi-même été victime et qui reconnaît le mécanisme suivant: la manivelle fait retour brusquement et abandonne la main; celle-ci continue alors dans le vide le mouvement commencé et se met en flexion forcée, d'où tiraillement de tous les tendons extenseurs. Pour ma part, je souffrais surtout au niveau du grand os, de sorte que je me demande s'il n'y a pas, en pareil cas, quelque lésion des ligaments réunissant le grand os à l'os crochu en dedans et au trapézoïde en dehors.

Hématopelvis, suite de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval.

M. Schwartz. — Je dois vous faire un rapport sur un travail que nous a envoyé M. Toussaint (médecin militaire), relatif à 2 observations de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, suivie de la formation d'un hématopelvis qui a été traité avec succès, dans les 2 cas, par la laparotomie.

A l'occasion de ces faits, notre confrère insiste sur la valeur diagnostique de la submatité dans les fosses iliaques ou dans les flancs, en tant que signe d'un épanchement traumatique de sang dans l'abdomen. Il a fait à ce propos des expériences sur le cadavre, d'où il résulte qu'il faut que la cavité péritonéale contienne 1,100 c.c. de liquide environ pour que l'on perçoive une zone mate au-dessus des arcades crurales. Cette matité aurait donc une grande importance au point de vue des indications de la laparotomie d'urgence.

Tout en reconnaissant avec M. Toussaint la valeur de ce signe, quand il existe, j'estime qu'il serait imprudent d'en attendre l'apparition, pour intervenir, en cas de contusion de l'abdomen, car de multiples circonstances peuvent, *in vivo*, mettre obstacle à sa production. A mon avis, c'est en se basant sur la progression des accidents, l'état du pouls, l'accélération des mouvements respiratoires, et surtout la contracture des muscles abdominaux, qu'il convient d'établir les indications opératoires.

Des résultats de la gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac.

M. Tuffier. — La gastro-entérostomie pour ulcère hémorragique de l'estomac, critiquée par M. Quénu dans la précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 147), n'est évidemment qu'un pis aller; cependant, il faut bien reconnaître qu'elle donne souvent de bons résultats et que les hémorragies secondaires sont relativement rares.

Dans les cas d'hémorragies aiguës dues à des ulcérations gastriques, je crois qu'on ne doit pas se contenter de faire la gastro-entérostomie: il faut pratiquer la gastrotomie pour chercher à tarir directement la source de l'hémorragie. Toutefois, on ne trouve pas toujours le point qui saigne; d'autre part, les ulcérations peuvent être multiples; aussi je suis d'avis qu'on doit faire une gastro-entérostomie complémentaire.

Intoxication mortelle par le naphtol camphré.

M. Guinard. — Je tiens à vous communiquer un fait désastreux que je viens d'observer dans mon service: un homme de vingt-huit ans, atteint d'adénite tuberculeuse suppurée du cou, et auquel je venais d'injecter 25 c.c. de naphtol camphré, fut pris d'une crise d'épilepsie, suivie rapidement de huit autres crises subintrantes; il succomba malgré tous nos soins.

J'ai fait à ce propos quelques recherches bibliographiques et j'ai pu trouver 5 autres cas de mort rapide due à l'intoxication par le naphtol camphré, sans compter 14 observations d'accidents graves, mais non mortels. Parmi ces faits, il en est où les accidents sont survenus à la suite d'une simple injection d'un demi-centimètre cube de naphtol camphré.

M. Rochard présente un rapport sur 2 observations de gastro-entérostomie, adressées par M. Tissot (de Chambéry).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai 1904.

Injections épidurales et sous-arachnoïdiennes contre l'incontinence d'urine.

M. Sicard. — J'ai traité 9 cas d'incontinence d'urine par des injections intrarachidiennes.

Chez 3 de ces malades, atteints d'incontinence essentielle, les injections furent faites dans l'espace épidural, avec de l'eau salée physiologique à la dose de 5 à 15 c.c., et répétées tous les huit ou quinze jours pendant trois ou quatre mois; j'ai eu 2 succès et 1 amélioration.

Les 6 autres patients étaient des syphilitiques avec troubles sphinctériens d'origine méningomédullaire, et je les ai traités par l'injection sous-arachnoïdienne de minimes doses de biiodure de mercure (0 gr. 001 ou 0 gr. 002 milligr.) en solution aqueuse, mélangées à du liquide céphalo-rachidien préalablement aspiré; on faisait une injection tous les dix ou douze jours, et le traitement dura trois ou quatre mois. Sous l'influence de ces injections, 4 de ces malades ont été améliorés; les 2 autres furent perdus de vue. Cette même méthode a échoué au contraire dans 2 cas de tabes.

Albuminurie orthostatique et rein mobile.

M. Mosny. — J'ai observé une jeune fille de vingt ans, ayant présenté à diverses reprises des manifestations hystériques, et qui fut atteinte, à la suite d'une attaque légère d'influenza, de douleurs lombaires et d'albuminurie. L'examen fractionné des urines démontra que cette albuminurie était intermittente et coïncidait avec les premières heures de la journée, pendant lesquelles la malade restait debout, pour disparaître ensuite complètement. D'autre part, on constata un léger abaissement du rein gauche; on fit dès lors porter à la patiente une ceinture abdominale qui, en soutenant le rein, amena du même coup la disparition des douleurs lombaires et de l'albuminurie.

J'ai pu retrouver plusieurs faits analogues dans la littérature médicale; aussi suis-je d'avis que, dans tous les cas d'albuminurie orthostatique avec rein mobile, il faut s'adresser au traitement orthopédique avant d'avoir recours à une intervention chirurgicale.

Actinomycose cérébrale primitive.

M. Sicard communique, au nom de M. Enriquez et au sien, l'observation d'un homme, exerçant le métier de palefrenier, qui était atteint d'une tumeur actinomycosique du cerveau et qui a succombé à une méningite cérébrospinale staphylococcique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire a permis de constater l'existence des « massues » caractéristiques de l'actinomycose; ce diagnostic a été du reste confirmé par la présence de grains jaunes dans

le pus de la tumeur. Il n'a pas été possible de préciser la porte d'entrée du parasite, ni de suivre son mode de propagation au cerveau; il s'est donc agi vraisemblablement dans ce cas d'une actinomycose primitive du cerveau, affection dont il n'a pas encore été publié d'exemple en France.

Vomissements incoercibles symptomatiques d'une fibromatose utérine avec annexite chronique.

M. Galliard relate, en son nom et au nom de M. Robineau, l'observation d'une femme de quarante-deux ans, très nerveuse, et qui était atteinte de vomissements incoercibles ayant résisté aux divers modes de traitement mis en œuvre. Cette malade présentait en outre de petits fibromes utérins, parmi lesquels il s'en trouvait un qui était pédiculé et proéminait dans le vagin à la façon d'un polype; cette fibromatose utérine étant compliquée d'une annexite chronique, on pratiqua une hystérectomie totale : à partir de cette intervention, les vomissements disparurent pour ne plus revenir, et actuellement cette patiente, qui avait été opérée pour ainsi dire *in extremis*, a recouvré une santé florissante.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 mai 1904.

Nature de l'anémie splénique myéloïde.

MM. Vaquez et **Aubertin**. — L'anémie splénique de l'adulte s'accompagne dans la plupart des cas d'une légère réaction myéloïde du sang; aussi quelques auteurs considèrent-ils cette affection comme une forme fruste de leucémie myélogène, tandis que d'autres la font rentrer dans l'anémie pernicieuse. D'après nos recherches, l'anémie splénique serait, au contraire, distincte de ces deux affections: en effet, dans la leucémie myélogène, le phénomène est la présence de myélocytes dans le sang, les globules rouges nucléés y étant, au contraire, relativement rares; c'est le contraire dans l'anémie splénique. En ce qui concerne les globules rouges, la poikylocytose, l'inégalité de diamètre, la polychromatophilie sont peu accentués dans la leucémie et extrêmement marqués dans la splénomégalie myéloïde, même avec une anémie peu intense. Il existe donc dans la première affection une suractivité myéloïde de la rate, spécialisée vers la série blanche, tandis qu'elle est spécialisée vers la série rouge dans la seconde.

L'anatomie pathologique confirme cette notion en montrant ici, dans la moelle comme dans la rate, une surproduction de globules rouges nucléés beaucoup plus considérable que celle des myélocytes. L'évolution clinique est, d'ailleurs, de tous points analogue à celle de la leucémie splénique.

L'acide arsénieux contre la maladie du sommeil expérimentale.

MM. Brumpt et **Wurtz**. — Nous avons choisi comme animal d'expérience le ouistiti, parce que c'est chez lui que la maladie du sommeil a la marche la plus fatale et la plus régulière. Parmi les différents médicaments employés, l'acide arsénieux seul a eu une action parasiticide; malheureusement, il est très toxique, même à la dose de 0 gr. 001 milligr. pour 600 grammes d'animal. Dans un cas, il s'est montré très parasiticide à la dose de 0 gr. 0028 décimilligrammes par kilo, ce qui porterait la dose à 0 gr. 12 ou 0 gr. 15 centigr. pour un homme adulte; or, en saupoudrant les aliments avec 0 gr. 025 ou 0 gr. 030 milligr. d'acide arsénieux une ou deux fois par semaine, on peut arriver à faire supporter facilement des doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 centigr.

De semblables quantités de médicament parviendraient probablement à entraver l'évolution de la maladie du sommeil, si l'on pouvait traiter celle-ci dès le stade de début; elles seraient vraisemblablement sans effet dans le stade ultime.

Transsudation des chlorures dans les muqueuses et dans les séreuses.

MM. Achard et **Gaillard**. — Lorsqu'on introduit une solution de substance inoffensive dans une séreuse, il se produit, en même temps que l'absorption de cette substance, une transsudation de chlorures. Le même fait a lieu dans une muqueuse absorbante et sécrétante, comme celle de l'intestin. Les solutions les plus concentrées provoquent la transsudation la plus abondante.

En comparant, chez des animaux de même poids, ce double courant osmotique dans la séreuse et dans la muqueuse, on constate que, dans la muqueuse, l'absorption de la substance injectée est relativement plus active et la transsudation de chlorures relativement moindre que dans la séreuse.

Agglutination du streptocoque par le sérum des scarlatineux.

M. Dopter. — L'agglutination des streptocoques contenus dans le sang des scarlatineux peut être obtenue au moyen des divers sérums de scarlatineux, mais les résultats ne sont pas constants. Le sérum des scarlatineux peut agglutiner non seulement des streptocoques de scarlatineux, mais encore des streptocoques de toute autre provenance (abcès, septicémie, érysipèle, etc.). Enfin des sérums recueillis chez des malades atteints d'angine à streptocoques, d'érysipèle, etc., peuvent agglutiner des streptocoques de scarlatineux.

Ces constatations aboutissent à la négation de la spécificité du streptocoque, supposé pathogène de la scarlatine. Ce germe ne joue que le rôle d'un agent d'association secondaire.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 4 mai 1904.

Emploi thérapeutique du radium.

M. Lassar. — J'ai utilisé dans un certain nombre de cas les effets thérapeutiques des radiations du radium, en me servant soit de petites capsules, soit mieux encore de tubes flexibles de plomb, renfermant 0 gr. 001 milligr. de bromure de radium et maintenus au point voulu au moyen de sparadrap adhésif. J'ai obtenu notamment ainsi la cicatrisation d'un certain nombre de cancroïdes, sans avoir jamais enregistré d'action fâcheuse sur la peau. Il est vrai d'ajouter que j'interrompais le traitement dès l'apparition des plus légères manifestations inflammatoires. J'ai également eu recours à la même méthode pour diverses affections cutanées, telles que le psoriasis, des eczémas, etc., et j'en ai retiré de bons effets. Enfin, j'ai soumis à l'action du radium des récidives de cancer du sein jugées inopérables et, sous l'influence de ce traitement, j'ai vu les ulcérations se cicatriser et les nodules cancéreux se rétracter; ce qui explique ces résultats favorables, c'est qu'il ne s'agissait plus là, à proprement parler, de carcinome du sein, mais bien de cancer cutané.

M. von Bergmann. — Il ne faut pas oublier que, dans le cancer, telle ou telle partie de la tumeur cicatrise parfois, sans qu'il s'agisse pour cela vraiment de guérison. Ces rétrocessions pouvant survenir spontanément, il n'y a rien de surprenant à ce qu'elles se produisent aussi sous l'influence du radium, des rayons de Röntgen, de la photothérapie, etc.

M. A. Schlesinger. — J'ai fait avec M. Borchardt, dans le service de M. von Bergmann, quelques essais thérapeutiques au moyen du radium, et les résultats de ces recherches n'ont pas été favorables. Dans les télangiectasies superficielles, même quand on pousse l'action du radium jusqu'à la nécrose de la peau, la cicatrice reste colorée en bleu; quant aux angiomes saillants, nous avons vu survenir sous l'influence du radium de telles destructions, que nous considérons ce mode de traitement comme dangereux. D'autre part, il est incontestable que le radium, de même que les rayons de Röntgen, peut guérir les cancroïdes; mais il ne s'agit pas là de cancers véritables, et, pour ces derniers, j'estime que l'emploi du radium ne peut donner que des résultats incertains, sans compter que, en cas d'échec, on aura perdu, à essayer cette méthode, un temps précieux pour le malade.

La néphrite hérédo-syphilitique chez les nourrissons.

M. Cassel. — Sur 31 nourrissons atteints de syphilis héréditaire, 6 seulement présentaient de l'albumine ou des éléments figurés dans leur urine, et sur ces 6 enfants, 1 seul avait de l'œdème; je dois dire que, dans 3 de ces 6 cas positifs, on relevait d'autres affections susceptibles de jouer un rôle dans l'étiologie de la néphrite.

Par contre, à l'examen microscopique, les lésions rénales sont fréquentes dans la syphilis héréditaire; c'est ainsi que sur 12 fœtus ou nouveau-nés entachés de syphilis, 10 fois j'ai constaté des altérations du rein, consistant principalement en kystes corticaux, infiltration parvicellulaire périvasculaire, arrêt de développement de l'organe, etc.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Lésions oculaires causées par la foudre, par M. Gonin.

La foudre peut agir sur l'œil soit directement, comme le cas se produit parfois chez des sujets fulgurés, soit indirectement, en tant que source de lumière très vive.

Les faits de cette dernière catégorie sont rares. L'auteur a eu pour sa part l'occasion d'en observer un, concernant un homme de trente-quatre ans qui, pendant la nuit, étant resté plusieurs heures exposé à la lueur des éclairs — et d'un incendie allumé par la foudre —, fut atteint d'une amblyopie de l'œil gauche avec dilatation pupillaire, pâleur de la papille, rétrécissement des artères du fond de l'œil. Au bout de quatre ans, l'acuité visuelle n'était encore que de $^1/_{12}$ et il existait un scotome relatif s'étendant à 35° du centre dans tous les sens. C'est aussi en une amblyopie, le plus souvent passagère, que consistaient les troubles de la vision constatés dans les faits analogues antérieurement relatés.

Quant aux altérations consécutives à l'action directe de la foudre, elles sont plus fréquentes, et par là même d'intérêt plus général. M. Gonin en fait connaître un cas, concernant un jeune homme qui, au cours d'un orage, avait, suspendu au-dessus de sa tête, le cordon d'une sonnerie électrique dont la foudre parcourut les fils. Quand il revint à lui après une perte de connaissance ayant duré un quart d'heure, le blessé était complètement aveugle de l'œil gauche; le visage était bouffi, les paupières enflées à tel point qu'on avait de la peine à découvrir les cornées; il existait en outre des brûlures sur l'avant-bras et le coude du côté gauche. Quatre jours après, l'enflure du visage ayant presque complètement disparu, on pouvait constater une acuité visuelle centrale de $^1/_{20}$ à gauche, de $^1/_{10}$ à droite, une assez forte injection ciliaire avec larmoiement et une étroitesse considérable des pupilles, qui réagissaient à peine; enfin les cornées présentaient un trouble diffus rappelant beaucoup l'opalescence du glaucome aigu, mais la tension des globes était normale. Quand ce trouble kératique eut disparu, on reconnut une opacité en étoile, déjà fort prononcée, de la couche corticale postérieure du cristallin gauche, tandis que le cristallin droit était normal; puis cette opacité tendit à se dissiper quelque peu au bout d'un mois environ, mais à ce moment apparut un trouble de la couche corticale antérieure du cristallin droit. Plus de quatre mois après l'accident, l'acuité visuelle était de $^1/_3$ à $^1/_2$ à droite, de $^1/_6$ à gauche; les nerfs optiques étaient pâles, avec des artères rétrécies.

A l'occasion de ce fait, l'auteur a rassemblé 23 cas plus ou moins semblables, ce qui donne un total de 24 observations, lui permettant une étude d'ensemble de la question. La plus fréquente des lésions oculaires par fulguration est indubitablement la cataracte; elle fut observée 22 fois, mais pour 19 faits seulement on possède des renseignements suffisamment circonstan-

ciés : 8 fois la lésion était unilatérale, 11 fois bilatérale, quoique intéressant inégalement les deux yeux. Au point de vue pratique, il est bon de savoir que les opacités cornéennes causées par la fulguration peuvent rester longtemps stationnaires, voire même subir une régression spontanée; quand elles suivent une marche progressive, leur maturation exige généralement plusieurs mois ou plusieurs années, et leur extraction offre parfois alors des difficultés techniques particulières (relâchement des attaches du cristallin).

Comme autre lésion oculaire assez fréquente à la suite de la fulguration, il faut citer les atrophies optiques, qui furent notées 9 fois, à savoir 7 fois avec association de cataracte et 2 fois à l'état isolé. Plus souvent unilatérale que bilatérale, cette grave complication est d'ordinaire tardive et ne survient que plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'accident.

A titre de lésions exceptionnelles, on peut enfin mentionner les hémorragies rétiniennes, la rupture de la choroïde avec décollement de la rétine, etc.

Il va sans dire que les diverses altérations que nous venons de mentionner sont dans la règle accompagnées ou précédées de lésions plus ou moins passagères des parties molles (paupières, conjonctive et cornée), n'offrant rien de particulier.

D'après quelques expériences qui ont été instituées par différents auteurs, ces désordres oculaires consécutifs à la fulguration relèveraient tant de l'action mécanique du courant sur l'intégrité des éléments histologiques et sur la cohésion des tissus de l'œil que des phénomènes électro-chimiques produits par la décharge électrique. (*Ann. d'oculist.*, février 1904.) — F. F.

Absence presque complète de la cloison interauriculaire, avec endocardite infectieuse, par MM. Collet et Bériel.

L'absence presque totale de la cloison interauriculaire est une lésion assez rare. Le malade dont MM. Collet et Bériel rapportent l'observation présentait, à son entrée à l'hôpital, une forte dyspnée, un teint blafard, mais pas de cyanose; les jours précédents il avait eu quelques hémoptysies et les premiers symptômes de l'affection (toux, dyspnée, diminution de l'appétit) remontaient à trois semaines environ. La percussion révéla une hypertrophie notable du cœur; la pointe battait dans le sixième espace intercostal et il existait à ce niveau un souffle systolique se propageant dans l'aisselle et même dans le dos. L'auscultation dénotait une légère obscurité à la base des poumons. Le foie débordait de deux travers de doigt les fausses côtes; les urines contenaient de l'albumine.

Deux jours plus tard, mêmes signes cardiaques avec, en plus, un souffle systolique à l'orifice pulmonaire. Il y avait aussi de l'hématurie qui disparut par la suite. La température oscillait entre la normale et 40°. Plus tard apparurent des œdèmes généralisés, des crachats hémoptoïques avec de la matité aux deux bases pulmonaires et finalement une cyanose légère trois jours avant la mort.

A l'autopsie on trouva dans les poumons de nombreux foyers de bronchopneumonie; le foie était nettement cardiaque et les reins, ainsi que le démontra l'examen histologique, présentaient des lésions de néphrite subaiguë. Mais c'était au cœur que siégeaient les lésions les plus importantes : cet organe était très hypertrophié, surtout le cœur droit; la cloison interauriculaire était absente et les deux oreillettes communiquaient par un large orifice limité par un bourrelet, d'apparence cicatricielle, de 5 millimètres environ. Il existait en outre des lésions d'endocardite végétante et de l'insuffisance mitrale.

En ce qui concerne l'origine de la lésion cardiaque, peut-être s'agissait-il d'une endocardite ulcéreuse méconnue de l'enfance ou de l'adolescence, mais il est plus probable que cette malformation était congénitale. Un autre point, qui paraît surprenant, c'est l'absence prolongée de cyanose alors que le mélange du sang artériel et du sang veineux était favorisé par une large perforation; quant à la cyanose légère des trois derniers jours, elle peut s'expliquer aisément par les foyers de bronchopneumonie et les infarctus qui gênaient considérablement la circulation pulmonaire. (*Lyon méd.*, 13 mars 1904.) — J. G.

Des angiomes du sein, par MM. P. Malapert et R. Morichau-Beauchant.

Les angiomes du sein sont des tumeurs rares, que les auteurs classiques mentionnent à peine, et dont MM. Malapert et Morichau-Beauchant ont pu seulement trouver 13 observations dans la littérature médicale, indépendamment d'un cas observé par eux, chez une fillette de douze ans.

Au point de vue du siège exact, les angiomes mammaires sont cutanés, sous-cutanés ou intraglandulaires. L'angiome cutané n'est autre que le nævus vasculaire vulgaire, qui peut siéger au niveau des téguments du sein aussi bien que dans les autres régions. Les angiomes sous-cutanés forment des petites tumeurs lisses ou un peu bosselées, réductibles par la pression, et sont situés au-devant de la glande, qui en est ordinairement tout à fait distincte. Quant à l'angiome intramammaire ou angiome du sein proprement dit, bien que Klebs le considère comme étant toujours consécutif à un angiome cutané ou sous-cutané, les faits de Bajardi, de Bryant, de Colzi, d'Althorp et celui des auteurs du présent mémoire montrent qu'il peut se développer primitivement dans le stroma celluloadipeux de la glande, affectant le plus souvent un aspect diffus.

La tumeur, que l'on a observée avec une égale fréquence dans les deux sexes, existe toujours soit à la naissance, soit dans les premiers mois de la vie, se traduisant d'ailleurs par des symptômes assez variables. Souvent ce sont les signes d'une tumeur érectile : battements, réductibilité par la compression, augmentation de volume sous l'influence des cris ou des efforts. Dans certains cas, la mamelle est accrue dans toute son étendue; dans d'autres, l'angiome est kystique et forme alors une tumeur lisse ou bosselée, nettement fluctuante, irréductible, ne subissant aucune augmentation sous l'action des efforts.

Le traitement rationnel de l'angiome intramammaire consiste dans l'ablation de la glande en totalité, car c'est le seul qui mette à l'abri des récidives. L'opération est du reste des plus bénignes, et, dans tous les cas où elle a été pratiquée, la guérison s'est effectuée sans incidents. (*Rev. de chir.*, février 1904.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'insuffisance du cœur dans les affections mitrales, par M. I. Stein.

A l'heure actuelle, on impute volontiers à la myocardite tous les symptômes dérivant de l'asthénie cardiaque au cours des affections de la valvule mitrale. Or, à la suite de ses recherches cliniques et histologiques sur le cœur de 13 malades dont la cardiopathie était d'origine exclusivement rhumatismale et non artérioscléreuse, M. Stein estime que le rôle de la myocardite a été considérablement exagéré.

En effet, sur ces 13 patients, 4 seulement présentaient des lésions indéniables de myocardite chronique; chez eux la cardiopathie évolua d'une manière progressive pour aboutir à l'asystolie et à la mort. Chez les 9 autres, la maladie progressa d'une façon irrégulière, avec des rémittences ou des aggravations sans raison apparente et se termina par la mort, le plus souvent d'une façon assez imprévue. Dans ces derniers cas, le microscope ne révéla pas de myocardite typique, chronique et progressive; on trouvait bien, au milieu du myocarde, de petits foyers de sclérose, mais ces foyers donnaient l'impression de lésions anciennes et nullement progressives; le tissu conjonctif qui les formait était un tissu fibreux adulte et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on y rencontra des cellules embryonnaires. S'il y avait donc myocardite, il ne pouvait s'agir que d'un processus éteint, de véritables cicatrices : à l'autopsie des sujets morts en pleine poussée rhumatismale, l'auteur a en effet constaté, au sein du muscle cardiaque, la présence de foyers de myocardite aiguë qui peuvent très bien donner naissance à ces cicatrices scléreuses, quand le patient, au lieu de succomber, vient à guérir.

D'autre part, la faible étendue des lésions observées — aucune n'était visible à l'œil nu —, leur localisation variable ou indifférente (par exemple, dans l'entonnoir aortique) ne permettaient pas de leur attribuer grande influence sur le fonctionnement du cœur, d'autant que M. Stein a souvent constaté, chez des malades morts de maladie intercurrente, des lésions du myocarde autrement considérables, et qui pourtant n'avaient amené aucun accident d'asystolie. Par leur distribution, ces petits foyers de sclérose ne rappelaient pas davantage ceux du « cœur cardiaque » : dans ce dernier cas, on suppose que la sclérose est la conséquence de la stase dans les veines coronaires, et elle se cantonne effectivement de préférence autour des branches d'origine de ces vaisseaux. Or, sur les pièces examinées par l'auteur, les petits nodules scléreux se disposaient autour des artérioles; quant aux altérations que présentaient celles-ci, elles étaient si peu importantes et si peu généralisées qu'elles n'avaient aucune valeur pathogénique.

Il existe donc des affections mitrales dans lesquelles les lésions du myocarde — anciennes ou récentes — sont absolument insuffisantes à expliquer la brusque asthénie du muscle cardiaque, et où la thérapeutique n'arrive pas à rétablir l'équilibre. On peut supposer à la rigueur, puisque l'observation et l'expérimentation ont démontré dans le cœur la présence de centres moteurs importants, que certains de ces petits foyers cicatriciels occupent précisément la place d'un centre moteur et produisent ainsi brusquement une terminaison fatale : de la sorte s'expliqueraient les cas de mort subite. Mais, cette dernière terminaison étant relativement rare, il ne reste plus qu'à incriminer soit un trouble fonctionnel nerveux imputable aux toxines — encore inconnues — du rhumatisme, soit l'étendue ou la disposition des altérations valvulaires elles-mêmes. Les quelques expériences entreprises par M. Stein sur des lapins, chez lesquels il déterminait des insuffisances mitrales par la blessure des valvules, prouvent en effet qu'arrivées à un certain degré les insuffisances ne peuvent plus être compensées par le myocarde, et que l'animal succombe sans qu'on trouve en pareil cas la moindre trace de myocardite. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 3 et 4.) — R. DE B.

Luxation intrapelvienne à travers le trou ovalaire, par M. R. Werner.

On doit entendre, sous le terme de luxation intrapelvienne, tous les déplacements de la tête fémorale « à l'intérieur du bassin »; dans ce groupe, ainsi défini, rentrent : 1° une variété de luxation sus-pubienne, dans laquelle la tête est refoulée jusque dans le bassin, par-dessus la branche horizontale du pubis; 2° les luxations dites « centrales », caractérisées par la pénétration de la tête à travers le fond du cotyle; 3° les luxations à travers le trou ovalaire.

Tous ces types sont rares, puisque le premier ne comporte que 3 observations publiées, le second 11 cas, dont 2 incertains, et le troisième, les 3 faits de Th. Barker (1859), d'A. Weber (1901), et de l'auteur.

C'est à cette troisième catégorie seule, à la luxation par le trou ovalaire, que le mémoire de M. R. Werner est consacré; et le mieux est de résumer d'abord son observation inédite, qui en représente le principal intérêt. Il s'agissait d'un ouvrier de dix-neuf ans qui, en démolissant un gros poêle de fabrique, avait été renversé par un volumineux bloc de pierre; n'insistons ni sur les détails du traumatisme, ni sur les lésions thoraciques, fractures multiples des côtes, d'ailleurs sans conséquences graves. La cuisse droite — la cuisse luxée — était en abduction (de 15° à 20°), et en flexion légère (10°); pas de rotation anormale. Les mouvements actifs se bornent à une minime flexion; passivement, on peut fléchir la cuisse jusqu'à 40° et réaliser une certaine abduction. On ne constate pas de différence appréciable de longueur entre les deux membres. Du côté lésé, le grand trochanter se dessine moins nettement que du côté gauche. Dans la région inguinale, on ne sent pas la tête; mais, par le toucher rectal, on reconnaît avec précision une saillie arrondie, lisse, qui suit les mouvements imprimés au membre. Enfin la radiographie montre que la tête fémorale a traversé le trou obturateur, jusque dans le bassin; elle révèle également une fracture de la branche ascendante de l'ischion, à sa jonction avec la branche descendante du pubis.

Pour réduire, on eut recours à la manœuvre que voici, sous le chloroforme : la cuisse fut fléchie à angle droit, et une forte traction exercée sur elle, de bas en haut, dans cette attitude; en même temps, deux doigts, introduits dans le rectum, refoulaient la tête en dehors; enfin, le membre fut porté dans l'adduction, tourné en dedans, et ramené dans l'extension. Un fort craquement témoigna du déplacement de la tête, et la cuisse resta fixée en adduction, flexion et rotation interne : la luxation était devenue ischiatique. La flexion à angle droit et la traction dans le sens vertical achevèrent la réduction. Le membre fut immobilisé pendant trente jours; au bout de ce temps, le blessé se remit peu à peu à marcher, et, après un traitement consécutif de plusieurs mois, le membre recouvra son entier fonctionnement.

Dans le cas de Th. Barker, on réussit aussi à réduire, par la flexion, la traction verticale et la rotation. La luxation, méconnue pendant les premières semaines, ne fut pas réduite chez le blessé observé par M. Weber; pourtant, la marche était possible et non douloureuse.

Le mécanisme de cette curieuse luxation est assez imprécis, un seul point semblant acquis, à savoir qu'une fracture du pourtour du trou ovalaire est une complication sans doute constante, et peut-être une condition, de l'enfoncement intrapelvien de la tête.

Ce qui nous intéresse davantage, c'est le diagnostic, et aussi le mode de réduction. Or, l'aspect est celui d'une luxation ovalaire, et il est bien malaisé, à la palpation extérieure, de spécifier des différences caractéristiques. C'est le *toucher rectal* qui donne les meilleurs renseignements, et, d'ailleurs, c'est par le toucher rectal que, dans les 3 faits connus, le diagnostic a été porté. Sans doute, dans la luxation ovalaire commune, on peut sentir la tête, par le rectum; mais elle n'est pas saillante et toute proche, comme dans la luxation « pénétrante », où l'on reconnaît et contourne son relief arrondi, en constatant qu'il se mobilise avec la cuisse. Voilà un point de pratique fort important, et qui mérite d'autant plus d'être noté que la luxation à travers le trou ovalaire est peut-être, comme le dit M. Werner, moins exceptionnelle qu'on ne le croirait, et parfois méconnue.

Quant à la réduction, le premier temps doit être la flexion à angle droit, combinée à une forte traction verticale, pour mobiliser la tête et « l'énucléer »; la rétropulsion exercée par le rectum pourra aider à ce dégagement. Ce premier temps devra toujours être mené bien à fond, avant de passer à la rotation en dedans et à l'adduction. Enfin, la transformation « en ischiatique » ne saurait passer pour un accident; elle devient plutôt l'une des étapes de la réduction. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.) — L.

A propos d'un cas de castration pour persistance des douleurs menstruelles après hystérectomie, par Mme Agnès Bluhm.

L'observation relatée dans le présent travail apporte une contribution à la question encore discutée de la conservation des ovaires en cas d'hystérectomie.

Une femme de quarante ans, atteinte d'un fibromyosarcome utérin, avait subi de ce chef une hystérectomie par la méthode de Schuchhardt : les ovaires furent laissés en place en raison de leur hauteur. Bien que les suites opératoires eussent été compliquées d'incontinence rectale et, par suite, de suppuration de la plaie périnéale, la patiente se rétablit complètement et reprit ses occupations.

Dès le septième jour après l'opération, cette femme eut une hémorrhagie rectale abondante, qu'on peut considérer comme une perte supplémentaire, car elle survint à l'époque où la malade aurait dû avoir ses règles. Les mois suivants, la patiente ne présenta aucun phénomène cataménial, mais, au bout de six ou sept mois, les douleurs menstruelles fort vives qu'elle éprouvait avant l'opération reparurent à intervalles réguliers, toutes les quatre semaines. Ces douleurs se caractérisaient surtout alors par du ténesme rectal.

Comme on découvrit en même temps dans la cicatrice vaginale un noyau de récidive, on proposa une laparotomie, dans le double but d'extirper la récidive et les ovaires. Au cours de cette intervention, pratiquée quinze mois après la première, on reconnut que la récidive était inopérable; les deux ovaires, à peu près normaux, sauf des adhérences et une légère hypertrophie à gauche, furent facilement enlevés. Les suites opératoires furent très simples et à partir de cet instant la patiente fut débarrassée de ses douleurs périodiques; par contre elle présenta tous les symptômes habituels de la ménopause artificielle : vertiges, sueurs, palpitations, bouffées de chaleur, etc. Ces divers troubles s'amendèrent avec l'administration d'extrait de corps jaunes.

On le voit, cette observation ne plaide guère en faveur de la conservation des ovaires en général; Mme Bluhm se borne cependant à la déconseiller dans le cas d'hystérectomie pour cancer, car l'hyperémie pelvienne résultant de la persistance de l'ovulation ne peut alors que favoriser l'apparition des récidives. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, février 1904.) — R. DE B.

Sur le syndrome abdominal dans les affections de la moelle dorsale inférieure, des racines médullaires et des nerfs, par M. H. Oppenheim.

On attache d'ordinaire peu d'importance aux troubles abdominaux accompagnant les affections médullaires et ce chapitre de pathologie nerveuse a été jusqu'à présent très négligé. L'étude systématique des fonctions de l'abdomen et de ses parois mérite cependant d'attirer l'attention, car elle peut contribuer à préciser le diagnostic et à déterminer exactement le siège d'une lésion. Aussi M. Oppenheim s'efforce-t-il de dégager la signification de ces troubles, en se basant sur 14 observations.

Les 3 premiers cas concernent des polynévrites. Ils sont caractérisés par les symptômes suivants : les malades se plaignaient de douleurs unilatérales dans la région des nerfs intercostaux inférieurs, douleurs parfois accompagnées de fièvre et de malaise général. D'autres troncs nerveux étaient quelquefois aussi intéressés. Les nerfs atteints étaient sensibles à la pression. On constatait fréquemment des paresthésies et, plus tard, de la paralysie des muscles de l'abdomen. Les réflexes abdominaux faisaient défaut du côté malade. Les zones d'innervation de la septième à la douzième racine dorsale offraient de l'hypoesthésie ou de l'anesthésie au contact et à la douleur. L'ombilic était plus ou moins dévié du côté sain. Le côté malade était proéminent; ce dernier symptôme était marqué surtout quand le patient voulait faire un effort : le côté sain se contractait et s'aplatissait, tandis que le côté malade bombait fortement. Les troubles étaient beaucoup plus accusés dans les cas où l'affection était bilatérale. Les mouvements nécessitant le concours des muscles abdominaux rencontraient de grandes difficultés, ou même étaient impossibles; les patients ne pouvaient plus s'asseoir dans leur lit sans l'aide des bras.

Les autres observations se rapportent à des affections diverses (tumeur du canal rachidien et de la moelle épinière, spondylite, syphilis médullaire, sclérose en plaques, atrophie musculaire progressive, névralgie viscérale). L'auteur résume de la manière suivante le syndrome que présentaient ces malades :

Les lésions de la moelle dorsale, depuis la huitième jusqu'à la douzième paire, sont caractérisées par une combinaison particulière de symptômes radiculaires et spinaux. Dans les cas de tumeur extramédullaire, le patient éprouve des douleurs unilatérales parfois très violentes, localisées dans la zone d'innervation radiculaire; les réflexes abdominaux sont diminués ou abolis du côté atteint, les muscles abdominaux sont plus ou moins complètement paralysés et il existe de la paresthésie ou de l'anesthésie dans la zone des huitième et neuvième ou des dixième et onzième racines dorsales. En même temps, on constate les symptômes médullaires résultant d'une solution de continuité incomplète dans la région de la moelle dorsale inférieure. La thermoanesthésie croisée est généralement la première manifestation du syndrome de Brown-Séquard; à ce signe viennent se joindre la parésie ou le spasme homolatéral, la sensation de ceinture, la disparition des réflexes des deux côtés, l'anesthésie, la paralysie bilatérale des muscles abdominaux, le météorisme, la paraplégie, etc. La paralysie des muscles abdominaux avec réaction de dégénérescence indique une lésion de la substance grise dans la région des 4 ou 5 segments dorsaux inférieurs. Quant aux réflexes abdominaux, ils sont inconstants; aussi ne doit-on faire état de leur absence, au point de vue du diagnostic, qu'avec circonspection. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.) — A. J.

Les tumeurs goitreuses intralaryngées et intratrachéales, et leur ablation, par M. von Bruns.

Ce sont là des tumeurs rares, en apparence : 11 cas seulement ont été publiés, et 5 de ces faits appartiennent à M. von Bruns lui-même; mais peut-être le sont-elles moins, en réalité, qu'on ne pourrait le croire d'après une statistique aussi restreinte, et l'affection n'est pas toujours reconnue. Elle affecte pourtant, en clinique, un type bien défini. Il s'agit de sujets jeunes, ou, du moins, le début des accidents remonte toujours à l'adolescence ou à l'enfance, le plus généralement à l'époque de la puberté. Ce début, marqué par la gêne respiratoire, peut, d'ailleurs, lorsqu'on observe le malade, dater de loin — de six, sept, quinze ans —, la lenteur caractérisant d'ordinaire l'évolution de ces goitres « en dedans ».

Leurs symptômes relèvent de l'obstruction mécanique, et, comme elle, ils s'aggravent progressivement; autrement dit, la respiration devient de plus en plus difficile, et, au bout d'un stade variable, de plusieurs années, en général, éclatent des crises de suffocation qui commandent l'intervention du chirurgien. A l'examen laryngoscopique, on trouve, au-dessous de la glotte, la lumière du larynx inférieur et de la trachée plus ou moins obstruée par une tumeur d'implantation large, de surface arrondie, régulière, et recouverte d'une muqueuse normale. Cette tumeur correspond d'ordinaire à la zone du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée; 4 fois elle était cantonnée aux quatre premiers anneaux trachéaux, et 2 fois au larynx, qu'elle ne dépassait pas. Ajoutons que le corps thyroïde est presque toujours augmenté de volume, en totalité ou dans l'un de ses segments, sans que le goitre « extérieur » soit, d'ailleurs, très développé. En résumé, écrit l'auteur, chez un sujet jeune et sans autre tare, lorsqu'on se trouve en présence d'une gêne respiratoire progressivement croissante, et que l'on constate une tumeur sous-glottique, cylindroïde, lisse, implantée sur la paroi postérieure ou l'une des parois latérales, le diagnostic s'impose. De fait, l'enchondrome est plus rare encore, le fibrome d'ordinaire plus ou moins pédiculé, le papillome, de surface tout autre; certains sarcomes de la trachée, du reste exceptionnels, revêtent seuls cet aspect de tumeur arrondie, lisse, à large base, mais leur évolution est un peu moins lente et leur extension plus considérable.

Or, ces goitres intra-trachéaux ou intralaryngés ne sont pas des tumeurs malignes, bien qu'ils puissent le devenir et que la transformation cancéreuse ait été observée : M. von Bruns en a observé un cas, où la trachée dut être réséquée sur la hauteur de dix anneaux; l'opéré survécut six ans. En règle générale, il s'agit de tissu goitreux, colloïde, et le pronostic ne relève, d'ordinaire, que du degré d'obstruction laryngo-trachéale.

Quant au traitement, il faut proscrire d'abord toute intervention endo-laryngée ou endo-trachéale, et cela, à cause du grave danger des accidents inflammatoires consécutifs; c'est par la voie externe, par la laryngo-trachéotomie, qu'il convient d'agir; dans les 5 cas de l'auteur, l'éradication totale de la tumeur au bistouri, aux ciseaux et au galvanocautère fut pratiquée par cette méthode; la guérison ne fut suivie d'aucune récidive. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — L.

L'emploi de la ponction lombaire contre l'urémie, par M. Seiffert.

On se rappelle que M. McVail a récemment publié 2 observations d'urémie aiguë, dans lesquelles la ponction lombaire eut pour effet de faire complètement cesser les attaques convulsives et l'état comateux (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 356). De son côté, M. Seiffert a eu l'occasion d'expérimenter le même moyen thérapeutique dans un certain nombre de cas d'urémie chez des malades atteints de néphrite scarlatineuse, et toujours il en a obtenu d'ex-

cellents résultats ; aussitôt après la ponction, le patient reprenait connaissance et les accès convulsifs ne se reproduisaient plus; dans 2 cas seulement, on fut obligé de pratiquer une seconde ponction. Le manuel opératoire adopté par l'auteur consiste à enfoncer une aiguille de 10 centimètres de long entre la douzième vertèbre dorsale et la première lombaire, le malade étant couché sur le côté. Dès que l'on voit sourdre, à travers l'orifice de la canule, quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien, on adapte une seringue et on fait l'aspiration. Pratiquée de la sorte, la ponction fournit de 5 à 30 c.c. de liquide, sans que l'on puisse, d'ailleurs, remarquer l'existence d'un rapport quelconque entre la quantité de liquide et la gravité des phénomènes morbides ou la rapidité de l'action thérapeutique de l'intervention.

D'autre part, M. Seiffert a également eu recours avec succès à la ponction lombaire contre les convulsions de la période initiale de la scarlatine, lesquelles comportent, comme on le sait, un pronostic fort grave.

En présence de ces résultats, l'auteur n'hésite pas à recommander la ponction lombaire à titre de moyen efficace contre les manifestations les plus dangereuses de la scarlatine, moyen dont l'emploi systématique serait susceptible de réduire la mortalité de cette affection. Il est, toutefois, loin de croire qu'il s'agisse ici d'une action spécifique à l'égard de la scarlatine, d'autant qu'il a eu l'occasion d'employer la ponction lombaire, avec succès, chez un enfant d'un an, qui avait été pris de convulsions très graves au début d'une rougeole : la petite opération fit aussitôt cesser l'attaque, et l'évolution ultérieure de la maladie ne présenta plus rien d'irrégulier.

M. Seiffert serait porté à admettre que la ponction lombaire pourrait également réussir contre les accès urémiques d'origine non scarlatineuse et, en particulier, contre l'éclampsie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Troubles réflexes associés à des adhérences du prepuce, par M. R. M. Simon.

L'auteur relate 3 cas de troubles morbides survenus chez des enfants, et qui, après avoir résisté à toute sorte de moyens employés pour les combattre, ne tardèrent pas à se dissiper à la suite d'interventions chirurgicales entreprises en vue de détruire des adhérences préputiales.

Dans un de ces faits, il s'agissait d'un petit garçon de dix-huit mois, bien constitué et se développant rapidement, qui brusquement devint incapable de marcher, tout essai de marche provoquant de vives douleurs dans la hanche. On soupçonna l'existence d'une coxalgie au début, hypothèse qui fut, d'ailleurs, rejetée par un chirurgien compétent. Appelé alors à voir l'enfant, M. Simon, à défaut d'un diagnostic nettement caractérisé, s'arrêta à l'idée d'une irritation réflexe et, après avoir été à même de se rendre compte que cette irritation ne tenait nullement à des vers intestinaux, il porta ses investigations du côté du pénis. Ayant constaté la présence d'adhérences entre le prépuce, trop long, et le gland, il fit pratiquer la circoncision, et aussitôt tous les phénomènes morbides disparurent complètement.

La seconde observation a trait à un garçon de quatorze ans, qui était atteint de coliques intestinales intenses et rebelles. Croyant avoir affaire à une intoxication saturnine, l'auteur institua un traitement approprié, mais celui-ci échoua, tout comme les médications qui avaient été employées antérieurement. C'est alors qu'en soumettant le petit malade à un examen plus complet, M. Simon trouva des adhérences préputiales : celles-ci une fois opérées, les coliques disparurent, et cela en l'absence de tout traitement interne.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'un enfant de trois ans, qui, depuis quelque temps, se réveillait brusquement dans la nuit, en poussant des cris et en se plaignant de douleurs abdominales. Ces phénomènes se reproduisaient régulièrement toutes les nuits, occasionnant une insomnie qui commençait à retentir sur l'état général du petit patient. Traité d'abord, sans le moindre succès, comme dyspeptique, l'enfant fut ensuite opéré pour des adhérences préputiales avec étroitesse du méat urinaire, et dès lors tout rentra définitivement dans l'ordre.

L'auteur estime que, dans ce dernier cas, le point de départ des troubles morbides était dans le besoin de vider la vessie, ce besoin étant associé à un certain degré d'érection et de turgescence de la verge, rendues douloureuses par suite d'adhérences entre le prépuce et le gland : si l'enfant se plaignait de douleurs abdominales, c'est qu'il n'était pas assez âgé pour pouvoir localiser exactement ses sensations douloureuses. Chez les deux autres petits malades, il s'agissait évidemment de troubles réflexes du système nerveux.

Quoi qu'il en soit, ces faits montrent combien il importe de procéder à un examen complet du patient toutes les fois que l'on se trouve en présence de symptômes qui semblent n'être point provoqués par leurs causes habituelles. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars 1904.) — L. CH.

Abcès externe du sinus latéral consécutif à une otite suppurée et compliqué de métastases hépatiques et au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, par M. Gordon King.

Un garçon de quatorze ans, atteint depuis son enfance d'otorrhée chronique gauche, éprouva un jour des douleurs dans la moitié gauche de la tête, accompagnées de fièvre et de quelques frissons irréguliers. L'apophyse mastoïde paraissait saine et n'était pas sensible à la pression. Il existait une perforation de la membrane du tympan, à gauche, et une certaine quantité de pus fétide et épais dans le conduit auditif; pas de granulations ni de polypes dans la caisse.

Quelques jours plus tard, l'état était des plus alarmants; le jeune patient offrait une dépression nerveuse très prononcée; la température était très élevée; l'hémicrânie gauche avait augmenté d'intensité, mais la suppuration de l'oreille était insignifiante; le malade était constipé et éprouvait une douleur assez forte au niveau de la région hépatique. Il n'existait toujours aucun signe d'inflammation mastoïdienne, aucune sensibilité le long du trajet cervical de la veine jugulaire interne.

Les symptômes restèrent ainsi stationnaires pendant quelques jours; seules les douleurs hépatiques s'accentuèrent de plus en plus. On décida de faire une ponction exploratrice du foie, mais avant qu'on eût eu le temps d'intervenir, il survint par l'intestin une évacuation très abondante de pus et de sang, dont l'examen révéla la présence de substances qui ne pouvaient provenir que du foie. Le même fait s'étant reproduit à plusieurs reprises pendant les jours suivants, il en résulta une diminution des douleurs hépatiques et un certain abaissement de la température, tandis que les maux de tête ne faisaient que s'aggraver et que l'asthénie nerveuse devenait de plus en plus profonde.

On crut dangereux de temporiser davantage et, malgré l'absence de tout symptôme de nature à permettre la localisation de la complication cérébrale dont l'existence était certaine, on procéda à l'ouverture de l'apophyse mastoïde et de l'antre; on ne trouva qu'un peu de pus et quelques granulations dans ce dernier. Le tissu osseux était partout intact. En revanche, on découvrit une collection purulente contiguë à la paroi membraneuse du sinus latéral qui lui-même était sain. On évacua l'abcès et on assura le drainage de la cavité.

Quelques heures après l'intervention, le patient eut un frisson assez intense et éprouva des douleurs au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche qui ne tarda pas à devenir rouge et tuméfiée. Les jours suivants, les maux de tête disparurent, mais l'inflammation articulaire et les douleurs hépatiques auxquelles s'étaient jointes des douleurs spléniques persistèrent. L'articulation fut incisée; on n'y trouva pas de pus. Le malade eut à deux reprises des expectorations sanglantes accompagnées de douleurs thoraciques, sans que l'examen le plus minutieux révélât une lésion pulmonaire quelconque. Trois semaines après l'opération, il était complètement guéri.

L'auteur croit que les métastases qui ont été observées dans ce cas se sont produites par suite de la pénétration dans le sinus latéral, à travers la mince paroi membraneuse, soit de microorganismes, soit de leucocytes qui en étaient porteurs, provenant de l'abcès situé dans le voisinage immédiat du sinus. Une particularité digne d'être notée est la guérison spontanée de l'abcès du foie, qui s'était ouvert dans l'intestin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janvier 1904.) — S. J.

Excision d'une tumeur tuberculeuse du foie, par M. Robert R. Rome.

Il nous paraît intéressant de résumer l'observation relatée dans le présent travail : elle constituerait le premier exemple d'intervention chirurgicale pour tuberculome hépatique.

Une femme de quarante-deux ans, dont les antécédents héréditaires et personnels n'offraient rien de notable, éprouvait depuis quatre ou cinq années, dans la région de l'hypocondre droit, une vive sensibilité provoquant de la dyspnée. Au palper, on reconnaissait à ce niveau l'existence d'un empâtement s'étendant des dernières côtes à la crête iliaque. Le traitement médical étant demeuré sans résultat, l'auteur se résolut à opérer. Après avoir incisé l'abdomen en dehors du muscle grand droit du côté droit, il constata tout d'abord que l'appendice était chroniquement enflammé et il l'enleva. Se reportant alors vers le foie, il remarqua que la vésicule biliaire était petite et rétractée, et qu'il existait des adhérences entre la face inférieure du foie, le péritoine pariétal et les anses voisines de l'intestin. Ces adhérences ayant été libérées, on reconnut à la face inférieure du lobe hépatique droit une tumeur grosse comme un œuf d'oie et de contour triangulaire. On commença par la circonscrire au moyen de ligatures distantes les unes des autres — et de la tumeur — d'environ 1 centimètre ou 1 centim. 1/2. Cela fait, la tumeur fut extirpée aux ciseaux et les surfaces hépatiques cruentées furent affrontées et suturées, ce qui arrêta toute hémorrhagie. Les suites opératoires furent excellentes; la malade depuis un an se porte bien et ne souffre plus.

La surface de la tumeur ainsi enlevée était absolument lisse et ne présentait aucun nodule tuberculeux, mais les coupes histologiques qui en furent faites montrèrent qu'elle était de nature tuberculeuse. (*Ann. of Surgery*, janvier 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Bradycardie partielle et maladie de Stokes-Adams, par M. A. Zeri.

L'entité morbide connue sous le nom de maladie de Stokes-Adams ou pouls lent permanent est quelquefois appelée aussi bradycardie essentielle. Les constatations faites par M. Zeri dans le cas qui fait l'objet du présent mémoire démontrent combien cette dernière dénomination est mal fondée, puisque ce n'est qu'en apparence que les battements cardiaques sont ralentis.

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, ayant commis d'assez nombreux excès alcooliques, et qui présentait au complet le tableau clinique de l'affection dont il s'agit : ralentissement du pouls, qui battait en moyenne 22 ou 24 fois à la minute avec un maximum de 33 pulsations et un minimum de 18, attaques syncopales, etc. Une particularité intéressante est qu'à chaque systole on constatait un soulèvement *in toto* du cou, plus marqué au niveau des régions carotidiennes; en outre, entre deux systoles consécutives, on notait parfois une, plus souvent deux pulsations, assez légères d'ailleurs et nettement limitées aux régions latérales. L'examen des courbes sphygmographiques obtenues chez ce malade montrait l'existence d'un pouls plein, rythmique, régulier, n'offrant comme anomalie que sa rareté.

Quant aux tracés cardiographiques, ils offraient des oscillations secondaires, correspondant à la fermeture des valvules aortique et pulmonaire, assez prononcées pour faire penser à un bigéminisme cardiaque, mais les caractères de la courbe du pouls controuvaient absolument cette hypothèse. Enfin, les tracés obtenus en appliquant un tambour de Marey sur le paquet vasculo-nerveux du cou confirmaient et complétaient les constatations faites à la simple inspection, en révélant deux et parfois même trois soulèvements intersystoliques; il ne s'agissait pas là, pour l'auteur, de pulsations carotidiennes, car ces pulsations étaient assez fortes

pour que, si elles avaient été d'origine artérielle, elles se fussent traduites au niveau de la radiale; M. Zeri pense donc qu'elles provenaient de la jugulaire interne, ce qui n'est pas sans importance au point de vue pathogénique, car on en peut conclure qu'elles étaient produites par des contractions auriculaires intersystoliques, durant la phase de repos des ventricules.

L'examen radioscopique confirma d'ailleurs cette théorie : à chaque pulsation de la radiale — pendant la systole ventriculaire, par conséquent — on voyait la moitié gauche de l'ombre du cœur diminuer rapidement de volume, en même temps qu'elle était agitée d'une ondulation qui la parcourait sur toute sa longueur. Puis, avant la systole suivante, on remarquait à la partie supérieure gauche de l'ombre cardiaque, dans la région correspondant à la partie supérieure de l'oreillette gauche, deux oscillations très nettes, durant lesquelles le volume du ventricule augmentait quelque peu; c'était là la preuve directe qu'il y avait une double contraction auriculaire, intercalée entre les deux systoles ventriculaires consécutives.

Cela étant, l'auteur estime que, dans la maladie de Stokes-Adams, au ralentissement du pouls correspond non une bradycardie vraie, c'est-à-dire un ralentissement des battements du cœur dans son ensemble, mais une bradycardie *partielle*, portant seulement sur les ventricules, tandis que les contractions auriculaires conservent leur fréquence normale. Il s'agit là d'une « dissociation du rythme auriculo-ventriculaire » analogue au phénomène que M. His a décrit sous le nom de *Herzblock*.

Quant à l'origine de ce trouble, on peut l'attribuer soit à une action myogénique, soit à une action névrogénique (pneumogastrique), mais on ne saurait faire à cet égard que des hypothèses. Le malade de M. Zeri ayant succombé à des accidents cardiaques, son autopsie ne fournit à cet égard aucun renseignement; tout ce que l'on constata, ce fut une dilatation avec hypertrophie du cœur, associée aux lésions qui accompagnent normalement l'asystolie : anasarque, hydropisie des cavités séreuses, stases viscérales. (*Policlinico*, partie méd., X, 12.) — F. F.

Sur l'action toxique de quelques extraits organiques; observations anatomiques et histologiques, par M. G. Ghedini.

Les applications de plus en plus nombreuses que reçoit la méthode opothérapique donnent un intérêt pratique tout particulier aux recherches de M. Ghedini. En effet, le traitement par les extraits d'organes, quels qu'ils soient, est, dans la majorité des cas, une médication de longue haleine; d'autre part, les doses injectées sont parfois assez considérables: double raison pour que les préparations employées — si elles sont douées de la moindre propriété nocive — aient la possibilité de créer des lésions. C'est à la vérification de ce point que l'auteur a consacré les expériences dont il expose les résultats dans le présent travail.

Les organes sur lesquels ont porté ses investigations sont le pancréas, les ovaires, les testicules, les capsules surrénales, la glande thyroïde, le thymus et le tissu nerveux. Les extraits, préparés avec toutes les précautions aseptiques nécessaires, étaient injectés sous la peau d'animaux (chiens et agneaux) d'espèces différentes de ceux qui avaient fourni la matière à injection (cobayes et veaux), de façon à se rapprocher le plus possible des conditions de la thérapeutique humaine. Le nombre des injections varia d'une douzaine à plus de trente; elles étaient pratiquées tous les deux ou trois jours en moyenne. Les animaux étaient sacrifiés d'ordinaire par saignée totale et leurs organes aussitôt fixés pour être soumis à l'examen histologique.

M. Ghedini a pu tout d'abord constater que, d'une manière générale, les animaux en expérience, bien que maintenus dans des conditions d'hygiène et d'alimentation aussi satisfaisantes que possible, dépérissaient. A ce point de vue — et les résultats histologiques confirment le fait —, la nature de l'extrait organique injecté importe moins que la durée du traitement; cependant on constate quelques différences entre la nocivité des divers extraits : ceux de thymus paraissent les moins toxiques, ceux de capsules surrénales sont les plus actifs.

Quant aux lésions trouvées à l'autopsie, elles sont multiples; il faut citer particulièrement l'inflammation catarrhale hyperplasique des ganglions lymphatiques correspondant à la région où étaient pratiquées les piqûres; un degré plus ou moins accentué de splénite hyperplasique folliculaire; des signes d'hyperactivité fonctionnelle du corps thyroïde; la dégénérescence vacuolaire du foie avec phénomènes inflammatoires, altération qui acquiert une signification toute spéciale, eu égard à la résistance du foie chez le chien (animal le plus souvent utilisé par l'auteur dans ses expériences); enfin la dégénérescence graisseuse du rein, également associée à des lésions inflammatoires. Au niveau de la moelle osseuse et du thymus, les altérations étaient moins caractéristiques et peuvent avec quelque vraisemblance être attribuées à l'état de dénutrition des animaux plutôt qu'à l'action toxique directe des substances injectées.

Ajoutons que la crase sanguine paraissait le plus souvent avoir subi des modifications notables, à en juger par la présence, dans les ganglions, le foie, la rate, etc., de débris d'hématies, de pigment mélanique, ou d'éléments chargés de pigment ou de fragments de globules.

Fait intéressant, ici encore, la nature de l'extrait injecté semblait à peu près indifférente, comparativement à l'importance de la durée de l'expérience, et les lésions constatées n'avaient rien de spécifique. L'extrait surrénal toutefois, en raison de son action vasoconstrictive, donnait au tableau anatomo-pathologique une caractéristique un peu spéciale (œdème cérébral et sous-cutané). Enfin, dans chaque cas particulier, l'organe correspondant à celui dont le suc était injecté demeurait indemne d'altération.

La constance des lésions obtenues, quel que fût l'extrait organique employé, amène l'auteur à conclure que, des diverses substances contenues dans les sucs d'organes, ce sont les albuminoïdes, notamment les nucléo-protéides, qui doivent être incriminés. (*Riforma med.*, 13 et 20 janvier 1904.) — F. F.

Contraction utérine et centres moteurs de l'utérus, par M. F. Chidichimo.

Dans le présent mémoire, M. Chidichimo rend compte des expériences qu'il a entreprises, au moyen de la méthode graphique, sur des chiennes soit pendant la gestation, soit en dehors de cette période, pour déterminer d'une part les caractères de la contraction utérine, pour localiser d'autre part les centres moteurs de l'utérus.

En ce qui concerne l'analyse de la contraction utérine, l'auteur a pu constater les faits suivants : durant une première période (période de contraction ou d'énergie croissante), le mouvement du muscle utérin se traduit sur les tracés par une ligne ascendante d'obliquité variable; puis vient la période d'état, ou de contraction tétanique, représentée par une ligne horizontale, se détachant de la précédente à angle presque droit; ensuite on observe une période de relâchement, ou d'énergie décroissante, à laquelle correspond sur les tracés une ligne descendante, dont l'obliquité est en général plus grande que celle de la ligne d'ascension; enfin survient une période de repos, marquée par une ligne horizontale à angle obtus avec la ligne de descente. Il va sans dire que la durée de ces diverses phases est essentiellement variable, sans qu'on puisse établir entre elles un rapport fixe; d'une façon générale, cependant, la période de contraction est moins longue que celle de relâchement, bien que l'on constate parfois le contraire; en tout cas, la période de tétanisation ne fait jamais défaut, même dans les contractions utérines les plus brèves, d'où il faut conclure que l'utérus, quand il a fourni l'effort nécessaire à sa contraction, ne peut pas immédiatement se décontracter.

Pour ce qui est de la localisation des centres moteurs de la matrice, M. Chidichimo a pu se convaincre que, contrairement à l'opinion de nombre d'auteurs, il n'existe aucun centre de ce genre dans le bulbe rachidien. Par contre, il a pu limiter, au niveau de la moelle épinière, une zone située, chez la chienne, dans la moelle lombaire et dans la portion de la moelle dorsale comprise entre les dixième et treizième vertèbres dorsales, zone dont l'excitation provoque avec le maximum d'intensité la contraction du muscle utérin. L'excitation de la moelle au-dessus de la neuvième vertèbre dorsale produit un léger renforcement de la contraction utérine; enfin la matrice se contracte encore après la destruction de la moelle au-dessous de la dixième vertèbre dorsale. Au reste, force est d'admettre l'existence de cellules ganglionnaires à l'intérieur de l'utérus, cet organe pouvant se contracter même quand il est privé de toute connexion avec le système nerveux central. De fait, il conserve sa contractilité plus d'une heure après la mort de l'animal; il en est de même chez la femme, ainsi que l'auteur l'a constaté sur un utérus extrait pour fibromes multiples. (*Arch. ital. de ginecol.*, janvier 1904.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Inefficacité et dangers des abcès de fixation chez l'enfant.

On sait que, chez l'adulte, les abcès aseptiques provoqués par l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, selon la méthode de Fochier (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 77 et 159), donnent parfois de bons résultats dans le traitement des maladies infectieuses ou des intoxications. Or, des recherches exécutées dans le service de M. le docteur Auché, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, par Mlle R. Campana, interne provisoire des hôpitaux de cette ville, et par M. Codet-Boisse, ancien interne des mêmes hôpitaux, il résulte que ce moyen thérapeutique est loin de pouvoir rendre chez les jeunes enfants les mêmes services que chez l'adulte.

En effet, sur 5 petits malades, âgés de sept mois à trois ans, chez lesquels on eut recours à la méthode de Fochier pour broncho-pneumonie grave, la guérison ne fut obtenue que dans un seul cas; encore est-il vraisemblable que chez cet enfant l'abcès n'eut aucune influence sur l'évolution favorable de l'affection, car l'amélioration ne commença que longtemps après la cicatrisation complète de l'abcès provoqué. D'autre part, chez 2 des 4 petits malades qui succombèrent, on vit survenir des complications manifestement causées par l'injection irritante (œdème étendu dans l'un de ces cas, sphacèle de la peau dans l'autre).

Ajoutons que, même au point de vue pronostique, la méthode en question ne paraît guère utilisable dans la pratique infantile : la réaction à l'injection térébenthinée, se traduisant par la formation de l'abcès aseptique, est depuis Fochier considérée comme un signe favorable; or, 3 des cas mortels observés par Mlle Campana et M. Codet-Boisse concernent des petits malades qui avaient parfaitement réagi.

Procédé de circulation artificielle comme traitement prophylactique de la gangrène des membres.

Ayant dû pratiquer dans un cas la ligature de l'artère fémorale pour une plaie longitudinale de ce vaisseau, M. le docteur N. S. Isambert (médecin militaire français) a eu recours avec succès à un procédé de circulation artificielle destiné à prévenir la gangrène du membre, et consistant à utiliser la vasodilatation paralytique qui se produit lorsque, après avoir temporairement rendu le membre exsangue par une constriction circulaire, on opère la décompression en relâchant la bande. Dans ce but, notre confrère commence par enrouler une bande élastique autour du membre, puis cette bande est desserrée au bout d'un certain temps. Cette manœuvre est répétée quatre ou cinq fois par vingt-quatre heures, et cela jusqu'à ce que la circulation paraisse assurée dans des conditions satisfaisantes.

Après chaque application de la bande, on voit, au moment de la décompression, le membre, d'abord pâle, exsangue et diminué de volume, reprendre peu à peu un volume plus considérable qu'avant la constriction, ce qui témoigne de l'appel de sang qui résulte de la vasodilatation.

Ce procédé de circulation artificielle paraît susceptible de rendre des services dans tous les cas de troubles circulatoires des membres, menaçant d'aboutir à la gangrène.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Tuberculose pulmonaire; pathogénie; évolution; acidose sanguine, par M. Ch. Canter.

Les recherches dont l'auteur expose le résultat dans le présent mémoire ont trait à la détermination du degré d'acidité des humeurs, mesuré par le titrage des acides urinaires, et à l'application des données ainsi recueillies à divers points de pathologie humaine, notamment à l'étude pathogénique et thérapeutique de la tuberculose.

M. Canter a pu se convaincre tout d'abord que, à l'état normal, l'*acidose du sang* est dans un état d'équilibre à peu près parfait : elle se traduit par une acidité urinaire oscillant entre 450 et 550, c'est-à-dire qu'il faut de 450 à 550 c.c. de la solution décinormale de soude pour saturer toutes les substances acides contenues dans les urines des vingt-quatre heures; ces substances sont surtout représentées par de l'acide phosphorique et des phosphates acides.

Il va sans dire que des conditions multiples, tant physiques que psychiques, sont de nature, même chez l'homme sain, à faire varier dans d'assez larges limites l'acidité urinaire; aussi, pour la détermination de cette acidité, est-il essentiel d'avoir un échantillon prélevé sur l'ensemble des urines rejetées pendant un nychthémère.

En outre, divers états morbides, la tuberculose en particulier, s'accompagnent de modifications de l'acidose sanguine, et ces modifications, à leur tour, ne sont pas sans retentir sur l'économie : c'est que, pour l'auteur, l'acidose sanguine intervient principalement dans deux fonctions organiques importantes. En premier lieu, la circulation : chez un sujet donné, la tension sanguine est proportionnelle à l'acidose, augmentant et diminuant avec elle. En second lieu, la sécrétion gastrique : normalement, la sécrétion d'acide chlorhydrique dans l'estomac dépend de l'acidose sanguine; l'appétit et la puissance digestive sont proportionnels à cette acidose, mesurée par l'acidité urinaire; et c'est ainsi que s'expliquerait, par exemple, la polyphagie classique des diabétiques.

Faisant application de ces données générales à la tuberculose pulmonaire, M. Canter a pu s'assurer que les *prétuberculeux*, c'est-à-dire les prédisposés à la tuberculose et les tuberculeux en voie d'infection, sont des hypoacides : ils éliminent en général moins de 400 « acidités » par vingt-quatre heures; ce sont en même temps des hypophosphatiques, et l'hypoacidité urinaire s'accompagne chez eux d'hypophosphaturie. Ces constatations rendent compte de l'anorexie et de la faible tension vasculaire de ces sujets. Aussi, pour faire cesser ces symptômes, suffirait-il d'augmenter l'acidité du sang et sa richesse en phosphates, de façon à les ramener à la normale; on verrait alors l'appétit augmenter, le poids du corps s'accroître et l'état général devenir meilleur.

Cette hypoacidité des prétuberculeux constituerait la cause prédisposante permettant la pullulation du bacille de Koch, et cette cause serait essentielle, car, pour l'auteur, « l'organisme normal quant à son acidité phosphatique est réfractaire à la tuberculose ».

Pour ce qui est des tuberculeux infectés, déjà en puissance de bacilles de Koch, on observe chez eux les mêmes phénomènes que chez les prétuberculeux, mais, en outre, intervient un élément nouveau, à savoir la lutte contre le bacille.

Trois cas sont à considérer à ce point de vue, selon que la tuberculose est apyrétique ou au contraire fébrile, la fièvre pouvant être ellemême initiale ou tardive.

Dans les tuberculoses apyrétiques, le relèvement de l'acidose produit une réaction générale qui n'est pas sans analogie avec celle que détermine la tuberculine : phénomènes d'intoxication intense, fébrile, congestion des foyers anciens et apparition clinique de foyers jusque-là insoupçonnés; puis, peu à peu, cette réaction s'atténue et disparaît, et la guérison peut de la sorte être obtenue.

Chez les tuberculeux avec fièvre légère, marquant le début de l'infection, on voit, à mesure que l'acidose tend vers la normale, l'infection se ralentir, la fièvre diminuer, les lésions cesser de s'étendre; puis, si le processus d'acidification poursuit sa marche, on assiste à l'apparition de la réaction générale qui peut avoir, ici encore, un résultat favorable; on retombe en somme dans le cas précédent.

Enfin, chez les tuberculeux chroniques avec fièvre, la réaction dépasse le but; la destruction de trop nombreux bacilles met en liberté une quantité excessive de toxines, et l'intoxication qui en résulte limite la puissance curative de l'organisme, en même temps qu'elle donne la mesure de la gravité de la situation. Si l'on peut arrêter à temps l'augmentation de l'acidose, tout rentrera dans l'ordre, mais il peut être trop tard, et, en pareille occurrence, « le malade meurt empoisonné par les cadavres de ses ennemis ».

Au total, la conclusion de M. Canter est très consolante, puisque, à son avis, il suffirait de relever l'acidose sanguine pour mettre un prédisposé à l'abri de toute atteinte du mal, voire même — dans les cas favorables — pour débarrasser l'organisme des bacilles qui l'ont déjà envahi : la tuberculose pulmonaire à réaction fébrile nulle ou modérée (0°1 à 0°2), avec une acidose normale ou au dessus de la normale, est, dit-il, facilement curable, quelle que soit du reste l'étendue apparente des lésions.

Le traitement, dans la majorité des cas, tendra donc à relever l'acidose. A cet égard, le régime a la plus haute importance, et, pour l'auteur, c'est surtout en augmentant l'acidité des humeurs que la suralimentation a de bons effets chez les phtisiques : la viande, les œufs, le fromage, les légumineuses sont particulièrement recommandables. Quant aux agents médicamenteux, c'est avec beaucoup de prudence qu'il faudra y avoir recours : on pourra prescrire utilement le phosphate de chaux ou l'acide phosphorique officinal, mais à faibles doses (0 gr. 25 centigr. de une à trois fois par jour) et en tâtant la susceptibilité du sujet. (*Rev. de méd.*, avril 1904.) — F. F.

Tumeurs bénignes du corps thyroïde donnant des métastases, par M. Maurice Patel.

La métastase est considérée comme un des caractères essentiels des tumeurs malignes : les tumeurs bénignes ne se généralisent ni par voie lymphatique, ni par voie sanguine. On peut cependant observer des faits qui semblent en contradiction avec ce principe. C'est ainsi qu'on a signalé des lipomes susceptibles de se généraliser; ces cas, toutefois, paraissent douteux, et il s'agit probablement soit de tumeurs multiples d'emblée, soit de néoplasmes d'un type histologique différent. Pour les myxomes et les chondromes, que l'on range dans les tumeurs bénignes, on a cité des faits indiscutables de généralisation. Enfin, depuis quelques années, il a été publié un certain nombre d'observations qui tendraient à démontrer que le goitre vulgaire est également susceptible de donner lieu à des tumeurs secondaires : chez des malades atteints de goitre depuis un grand nombre d'années, on a vu des tumeurs malignes secondaires se développer dans différents organes, de préférence dans les os et dans les poumons, sans que le goitre primitif eût subi aucune modification, ni montré l'allure clinique des néoplasmes malins. Chez d'autres malades, on a assisté à l'éclosion de tumeurs à structure thyroïdienne, quoique rien n'eût attiré l'attention du côté de la glande thyroïde, au moins cliniquement. Après Cohnheim, Lucke, Müller, qui ont fait connaître des observations de ce genre, et après M. Honsell et M. Rocher, qui ont réuni tous les cas publiés, M. Patel résume dans un aperçu d'ensemble les données que nous possédons actuellement sur les métastases des goitres bénins.

C'est surtout dans les os que ces métastases se montrent; les os courts et les os plats sont spécialement envahis. Parmi les viscères, le poumon a été le plus souvent signalé comme le siège des noyaux secondaires. Alors que rien ne différencie macroscopiquement les métastases osseuses des autres tumeurs osseuses, les examens histologiques sont très explicites et montrent que ces productions métastatiques peuvent revêtir deux types, suivant qu'elles sont de nature bénigne ou de nature maligne.

Si la métastase est bénigne, on observe la structure typique du corps thyroïde, les vésicules, parfaitement régulières dans leur volume et dans leur disposition, étant remplies de matière colloïde et tapissées par un épithélium cubique à noyaux très nets; la seule différence consiste dans ce fait que le parenchyme de la métastase pénètre le tissu conjonctif d'une façon très irrégulière, sans présenter aucune délimitation précise.

Lorsque les noyaux secondaires sont de nature maligne, on trouve, à côté des vésicules thyroïdiennes normales et disposées régulièrement, des boyaux épithéliaux dont les éléments ont un aspect de malignité évidente.

Les symptômes sont absolument nuls du côté du corps thyroïde, ou ils ne présentent rien qui puisse retenir l'attention. Les signes dus aux métastases osseuses sont ceux des tumeurs osseuses, soit bénignes, soit malignes; quant aux métastases viscérales, elles n'ont jamais été soupçonnées pendant la vie, et, dans tous les cas où l'on a noté, à l'autopsie, des noyaux pulmonaires, l'observation clinique ne mentionne aucun symptôme.

La production de ces métastases paraît trouver une condition essentielle dans la vascularisation du corps thyroïde dont on connaît la richesse en capillaires sanguins et en capillaires lymphatiques, enfermés dans une capsule au moins au début de leur évolution. Les capillaires lymphatiques, réduits à leur couche endothéliale, sont appliqués normalement contre les follicules, de sorte que l'épithélium thyroïdien n'est séparé d'eux que par la paroi folliculaire. Les capillaires sanguins sont en rapport aussi intime avec les follicules. Il existe ainsi des voies largement ouvertes où les tumeurs thyroïdiennes n'ont qu'à déverser une partie de leur contenu pour que des noyaux thyroïdiens puissent être transportés dans des organes éloignés du goitre primitif et y constituer des tumeurs secondaires. Mais beaucoup de ces fragments thyroïdiens sont détruits par l'organisme, au cours de leur trajet ou à leur point d'arrivée — et cela d'autant plus facilement qu'ils sont de nature bénigne —, ce qui explique la rareté relative de ces métastases. (*Rev. de chir.*, mars 1904.) — M. C.

La peste à Naples en 1901, par M. A. Zinno.

Le présent mémoire est consacré à la relation de l'épidémie de peste qui, après avoir couvé à Naples depuis 1899, éclata dans cette ville au mois de septembre 1901 et y sévit jusqu'en novembre de la même année.

De l'enquête à laquelle s'est livré l'auteur comme directeur du lazaret de Nisida, où furent hospitalisés les pesteux, il résulte que l'infection se fit vraisemblablement suivant des modes variables. Tout d'abord, M. Zinno insiste sur le rôle étiologique important que l'inoculation directe paraît avoir joué dans l'épidémie dont il s'agit. Les sujets atteints étaient, en effet, presque tous des ouvriers occupés au déchargement des sacs de blé et travaillant nu-pieds; on conçoit que, dans ces conditions, les barbes acuminées des épis de céréales aient pu produire chez eux de petites plaies du pied, constituant autant de portes d'entrée pour le germe pesteux. En outre, l'auteur signale, dans les greniers à grain qui représentaient le foyer de l'infection, une recrudescence telle du nombre des puces que certains malades imputèrent spontanément à ces parasites le début de l'affection. Enfin, on peut également admettre que, lors du criblage du grain, des fragments souillés de barbes d'épis aient pu transmettre le virus par l'infection des voies respiratoires, ce qui constituerait un troisième mode d'inoculation directe : il importe cependant de remarquer que la forme bubonique est la seule qui ait été observée à Naples pendant l'épidémie de 1901 et qu'aucun cas de pneumonie pesteuse n'y fut signalé; il est donc peu probable que la voie atmosphérique ait joué un rôle important dans la propagation de la maladie.

Au cours de cette même épidémie, M. Zinno a réussi, par des perfectionnements successifs de la technique, à rendre le diagnostic bactériologique de la peste très rapide. Voici en quoi consiste le procédé employé par l'auteur :

Pour préparer le milieu de culture, on additionne une certaine quantité du cerveau d'un bœuf récemment tué de deux fois son poids d'eau distillée. On ajoute ensuite, par litre,

3 grammes d'acide chlorhydrique et 30 c.c. d'une solution renfermant, pour 20 c.c. d'eau salée physiologique, 10 c.c. de glycérine neutre et 3 grammes de pepsine. On fait alors bouillir pendant une demi-heure, on filtre après refroidissement complet et on neutralise exactement, puis on fait de nouveau bouillir une demi-heure, on laisse refroidir et on filtre une seconde fois. Le liquide ainsi préparé est réparti dans des matras de 100 à 200 c.c. de capacité et stérilisé dans une étuve à vapeur d'eau (jamais à l'autoclave). A ce bouillon, il y a avantage à ajouter une dizaine de gouttes de sang de cobaye par matras.

Pour se mettre dans les meilleures conditions, il importe, chaque fois que l'on se trouve en présence d'un cas au début, d'ensemencer le liquide recueilli par aspiration des petits foyers de ramollissement que la palpation décèle dans les bubons. Il suffit alors d'une quantité minime du liquide aspiré pour obtenir un ensemencement positif. Quand, au contraire, il s'agit d'un cas plus avancé, il est généralement facile d'aspirer une quantité relativement considérable de pus bubonique; mais il est alors d'une bonne pratique de chauffer à 55° une partie des milieux ensemencés, afin de détruire les alexines qui, sans cette précaution, seraient susceptibles d'entraver le développement du bacille.

Les matras étant maintenus à 25° ou 28° dans un endroit obscur et éloigné de toute émanation gazeuse nuisible, M. Zinno a constamment obtenu des cultures visibles déjà au bout de onze à quatorze heures. La possibilité d'établir le diagnostic bactériologique dans un délai aussi court offre, en pratique, une importance majeure : c'est à cette rapidité du diagnostic que l'auteur croit devoir attribuer ce fait que, lors de l'épidémie de Naples, on a réussi promptement à circonscrire la maladie et à en empêcher la diffusion.

Ajoutons que les rats morts soumis à l'examen de M. Zinno étaient tous des *Mus musculus griseus*. Il semble donc que, à Naples du moins, cette espèce ait seule été susceptible de contracter spontanément la peste. Les deux autres espèces qui vivent en promiscuité avec la précédente — le *Mus rattus* et le *Mus decumanus* — parurent en effet présenter une immunité naturelle remarquable : nourris avec du blé bacillifère, ces animaux demeurèrent parfaitement bien portants, quoique, après les avoir sacrifiés, on ait retrouvé en abondance dans leur intestin le bacille pesteux vivace et virulent. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janvier 1904.) — F. M.

Deux observations de colobome des paupières, par MM. G. Stanculeano et N. Costin.

Le colobome des paupières étant relativement rare, il n'est pas sans intérêt de signaler 2 nouveaux cas de cette affection, que MM. Stanculeano et Costin ont observé dans le courant d'une année : l'un chez une fillette de sept semaines, l'autre chez une jeune femme de dix-huit ans.

Dans le premier fait, la paupière supérieure de l'œil droit était constituée en grande partie par un segment médian ovoïde, adhérant presque totalement à la cornée, et de chaque côté de ce segment médian on constatait une fente palpébrale. Au niveau de la commissure interne se trouvait un tubercule formé par la paupière inférieure; quant à la commissure externe, elle n'existait pour ainsi dire pas, la conjonctive bulbaire se continuant à ce niveau avec les téguments voisins. Les mouvements de l'œil étaient conservés dans tous les sens, mais paraissaient un peu limités par suite de l'adhérence de la paupière supérieure à la cornée et de l'absence de la commissure externe.

Chez la seconde malade, les malformations intéressaient les paupières de l'œil gauche. A l'union du quart interne avec les trois quarts externes du bord de la paupière supérieure, on voyait un tubercule piriforme, de la grosseur d'un petit pois, dont la base se continuait avec les téguments voisins; à ce niveau, les cils faisaient défaut et le bord palpébral présentait une dépression en forme de gouttière, qui s'accusait davantage quand on retournait la paupière ou lorsqu'on exerçait une traction sur le petit tubercule. La paupière inférieure était normale, mais il existait, à son niveau, une formation dermo-épithéliale adhérant au tiers inférieur de la face antérieure du globe oculaire dont elle limitait l'élévation : tous les autres mouvements de l'œil étaient normaux. L'acuité visuelle était la même pour les deux yeux. La patiente présentait, en outre, de l'asymétrie faciale caractérisée par de la dépression à gauche, surtout au niveau de la pommette, et de la déviation du nez à droite.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la formation des colobomes palpébraux, les unes invoquant un arrêt de développement des paupières, les autres une inflammation intra-utérine, etc. Les auteurs préfèrent se rattacher à la théorie de Van Duyse, d'après laquelle il faut incriminer les synéchies amniotiques se produisant au niveau de l'œil embryonnaire. Ce serait donc à des adhérences de brides amniotiques et à des compressions exercées par elles pendant la vie intra-utérine qu'il conviendrait d'attribuer les arrêts de développement de certaines parties des paupières, de même que les pertes de substance. (*Ann. d'oculist.*, janvier 1904.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur les lésions du cœur produites par un mode spécial de traumatisme indirect (inflexion du tronc sur sa face antérieure), par M. T. L. von Criegern.

Les lésions cardiaques d'origine traumatique suscitent de difficiles problèmes d'interprétation pathogénique, et maintes fois l'on manque de base solide pour établir la « responsabilité » de l'accident. Cela s'applique surtout aux contusions graves et aux compressions du thorax : lorsque l'on constate, plus tard, les signes d'une rupture valvulaire, on peut, sans doute, attribuer au traumatisme cette rupture et ses conséquences, mais, si la relation causale est vraisemblable, elle n'est pas absolument démontrée. Il en va autrement des plaies, et des corps étrangers qu'elles laissent parfois dans telle ou telle région du cœur. Quant aux accidents spéciaux que décrit M. von Criegern, ils relèvent du traumatisme, auquel ils succèdent immédiatement, mais ils n'en sont pas la conséquence directe et locale, et procèdent d'un mécanisme « intermédiaire » que nous allons définir. Voici d'abord les deux cas, qui servent de type.

Une femme de vingt-trois ans, atteinte depuis longtemps d'une lésion mitrale (insuffisance et rétrécissement) bien compensée, était assise sur le bord d'une table, lorsque son mari, en manière de jeu, lui saisit les pieds et les relève brusquement jusque par-dessus la tête. Elle ressent une vive douleur dans le haut du ventre; elle est prise d'une dyspnée intense, qui persiste les jours suivants et s'accompagne de violentes palpitations et d'une teinte cyanotique du visage. On trouve tous les signes d'une dilatation aiguë du cœur : accroissement de la matité cardiaque, accentuation du choc cardiaque, contrastant avec la petitesse du pouls; à la radioscopie, forte dilatation des deux oreillettes, élargissement moindre des ventricules. Les accidents s'amendèrent peu à peu, la dilatation de l'oreillette gauche persistant la dernière.

Autre fait. Une femme de cinquante et un ans, soignée pour de l'artériosclérose et de l'emphysème pulmonaire, est renversée dans une lutte avec son mari, et maintenue sur le dos, par les épaules, malgré ses efforts. Dyspnée immédiate, sensation de constriction à la région précordiale, pouls petit, mou et fréquent : ici encore, on constate une dilatation aiguë du cœur, qui ne rétrocède que lentement.

Que se passe-t-il en pareil cas? Il faut remarquer d'abord que les deux malades avaient un cœur déjà en état de moindre résistance : lésion mitrale chez l'une d'elles, artériosclérose chez l'autre. D'autre part, le choc direct n'intervient pas ici; le mécanisme est d'ordre respiratoire, d'après l'auteur, et doit être recherché dans l'effort particulier auquel se livre le sujet renversé sur le dos, maintenu par les épaules ou par le bassin plié en deux, et cherchant à se relever. Il se produit, d'une part, une inspiration aussi forte que possible, pour tendre la paroi thoracique et donner appui aux muscles qui résistent; d'autre part, les muscles de l'abdomen se contractent avec la dernière énergie et déterminent un effort expiratoire considérable. De ce conflit procède la dilatation du cœur; et l'expérience bien connue de Valsalva le démontre : faites faire une grande inspiration, puis fermer la glotte, ou mieux la bouche et le nez, et que le sujet se livre alors à un effort d'expiration; à l'examen radioscopique, vous verrez se dilater les oreillettes et aussi les ventricules; au moment de la systole, ces derniers reprennent leurs dimensions normales, si le cœur est sain; mais s'il a perdu de sa résistance, la dilatation persiste même au stade systolique, comme en témoigne l'image obtenue sur l'écran; enfin, chez les cardiaques, l'expérience ne peut être poursuivie, car des accidents syncopaux surviennent.

On s'explique ainsi que le cœur, déjà malade, ait « cédé », chez les 2 patientes de M. von Criegern, et que la dilatation aiguë ait été la conséquence, indirecte, mais non douteuse, du traumatisme si particulier qu'elles ont subi et des efforts de défense qu'il a provoqués. Et c'est là une variété fort curieuse d'accidents cardiaques d'origine traumatique, qui vaut, certes, d'être connue. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 1.) — L.

Sur la micropsie et la macropsie, par M. O. Veraguth.

La micropsie est un trouble visuel consistant en ce que les sujets qui en sont atteints perçoivent les objets plus petits, c'est-à-dire plus éloignés, qu'ils ne le sont réellement; l'état contraire constitue la macropsie. On observe ces phénomènes dans l'hystérie, dans l'épilepsie sous forme de petit mal, dans les psychopathies, dans certaines névroses et peut-être aussi dans diverses affections organiques des noyaux d'origine des muscles oculaires. Un des 4 faits relatés par M. Veraguth — et dont 2 sont personnels — paraît, en effet, avoir trait à une affection organique : les troubles disparurent à la suite d'un traitement énergique par le mercure et l'iodure de potassium.

Les avis sont partagés sur la manière dont se produisent la micropsie et la macropsie. Sir William Gowers admet une lésion spéciale des centres nerveux de l'organe visuel. Cette hypothèse est combattue par tous les autres observateurs qui considèrent généralement la micropsie et la macropsie comme des troubles de l'accommodation, analogues à ceux qui résultent de l'emploi des mydriatiques et des myotiques. Il s'agirait donc d'une altération de la motricité des muscles de l'œil.

L'auteur émet une autre théorie, basée sur une perturbation du sens musculaire. Il désigne sous le nom de *dynamesthésie* la faculté que nous avons de percevoir le degré de tension de chacun de nos muscles et de nous rendre exactement compte du degré d'innervation motrice nécessaire à tel ou tel d'entre eux pour l'accomplissement d'un mouvement donné. Quand il a à apprécier la grandeur d'un objet, l'œil exécute un mouvement de convergence afin d'estimer la distance qui le sépare de l'objet en question, et un mouvement de rotation de haut en bas pour en mesurer la hauteur; ces deux mouvements, combinés avec l'impression rétinienne, nous permettent de nous représenter plus ou moins exactement la grandeur de l'objet perçu. Mais cette représentation sera nécessairement faussée si le sens musculaire sur lequel elle s'appuie est altéré, d'où production de micropsie ou de macropsie selon les cas.

M. Veraguth considère le fait que les muscles des extrémités peuvent présenter des troubles analogues à ceux des muscles oculaires comme un argument en faveur de son hypothèse. Il cite, à cet égard, une observation personnelle très curieuse :

Un jeune homme remarque tout à coup, quand il lit, que les caractères de son livre deviennent de plus en plus petits; en même temps, tous les objets qui l'entourent s'éloignent et ne lui apparaissent plus que tout petits. Il s'efforce de continuer sa lecture, mais il doit y renoncer, ayant l'impression que chaque mouvement de la main, du bras, des jambes acquiert des proportions gigantesques et s'exécute avec une rapidité vertigineuse. Parfois, sa chambre prend à ses yeux l'aspect d'un long corridor; chaque porte, chaque paroi semblent être dans le lointain. S'il se lève pour aller à sa porte, il a l'impression de faire des pas de géant et, comme il

arrive vite au but, de marcher avec une rapidité extrême. Au bout de quelque temps, l'accès cesse et les objets lui apparaissent de nouveau avec leurs dimensions réelles. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIV, 5-6.) — A. J.

La mobilisation large de l'urèthre, procédé de réunion après les pertes de substance étendues de ce canal, par M. E. GOLDMANN.

On sait que la résection est passée à l'état de méthode courante, dans les rétrécissements uréthraux anciens, infranchissables, compliqués d'abcès et de fistules; mais la longueur du segment à exciser est telle, parfois, que la réunion immédiate, par la suture, des deux bouts, devient fort malaisée. L'extensibilité du canal est alors une précieuse ressource, qui, toutefois, ne peut être mise à contribution au delà d'une certaine limite, et la plupart des opérateurs reconnaissent qu'une perte de substance uréthrale de 3 à 4 centimètres se comble, d'ordinaire, assez mal, par la simple élongation des deux bouts, surtout lorsque l'élasticité naturelle de l'urèthre a été grandement réduite par le fait du processus inflammatoire chronique.

C'est pour les cas de ce genre que M. Goldmann propose de recourir à la mobilisation étendue de l'urèthre, la vascularisation si riche du canal, son pouvoir de régénération, la plasticité de son épithélium permettant de le disséquer, de l'isoler sur une grande longueur, sans dommage. La cure de l'hypospadias par le procédé de von Hacker et Beck, qui décollent largement le bout postérieur et le font passer à travers le gland (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 65), est basé sur le même principe; et, d'après l'auteur, les conditions sont plus favorables encore, chez l'adulte que chez l'enfant, à cette mobilisation sur une grande longueur.

Voici, d'ailleurs, en résumé, les deux faits sur lesquels il s'appuie. Un homme de trente ans est opéré pour un rétrécissement de la portion périnéale, qui laisse à peine passer une fine bougie : on incise sur la ligne médiane du périnée; on arrive sur une masse fibreuse, dure, cicatricielle, qui encastre fortement la bougie; les deux bouts, antérieur et postérieur, du canal sont disséqués, et le segment cicatriciel réséqué : il mesure 3 centimètres. Les deux bouts sont coaptés, non sans peine, et réunis (sur une sonde qui reste à demeure) par une suture muqueuse, une autre, extra-muqueuse, d'autres, encore, sur les plans périnéaux, non sans, toutefois, ménager une brèche pour une lamelle iodoformée. La sonde est retirée le troisième jour, et la miction est alors normale. La guérison a lieu sans incident; un mois après, l'examen endoscopique ne décelait qu'une fine cicatrice au point réuni.

La besogne fut beaucoup plus ardue chez le second opéré, homme de trente-trois ans, qui avait déjà subi, huit ans auparavant, une uréthrotomie externe, et qui, amaigri, fébricitant, cachectique, était dans un état très précaire. Rien ne passait, pas même une bougie filiforme. L'incision périnéale médiane de 10 centimètres découvrit une masse épaisse, infiltrée de pus, dans laquelle le canal était « perdu » ; il fallut la disséquer en bloc et l'exciser : elle mesurait 6 centimètres, et l'écart entre les deux bouts uréthraux, après qu'on eût trouvé avec beaucoup de peine le bout postérieur, était de 10 centimètres. Après section du scrotum, l'urèthre pénien fut alors séparé des corps caverneux presque jusqu'à la couronne du gland; le bout postérieur fut disséqué sur sa paroi supérieure; malgré cette mobilisation, les deux segments ne vinrent au contact et ne se prêtèrent à la suture qu'une fois les membres inférieurs ramenés dans l'extension et le périnée ainsi relâché. La plaie périnéale fut tamponnée, et une sonde laissée à demeure pendant huit jours. Au bout de deux mois, la cicatrisation était achevée, la miction était régulière, et la verge était droite dans l'érection. Là encore, l'examen endoscopique ne montrait qu'une petite ligne cicatricielle.

Il convient d'attendre les résultats éloignés pour juger de la valeur réelle de ces réparations uréthrales. Le succès opératoire immédiat n'en est pas moins intéressant, et la technique vaut d'être retenue, avec les quelques détails signalés par M. Goldmann. L'expérimentation sur le cadavre lui a permis de constater que, grâce à la mise en extension des membres inférieurs, des pertes de substance de 8 centimètres et plus pouvaient être réunies, après mobilisation des deux bouts. C'est le bout antérieur qui prête le plus : le bout postérieur peut être disséqué seulement sur la face supérieure, où le tissu érectile est peu abondant, mais il y a lieu de compter davantage sur son extensibilité. Bien entendu, le canal est raccourci, après de telles interventions, et la verge incurvée lors des érections, mais l'observation apprend que cette courbure disparaît assez vite, sans que la cicatrice cède. Enfin, l'on fera bien de procéder à la mobilisation avant de réséquer le segment cicatriciel, ce qui évite les hémorrhagies; de faire, autant que possible, l'excision moins large sur la paroi inférieure de l'urèthre; de ne réunir que partiellement le périnée, et de laisser une sonde à demeure. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.) — L.

Recherches expérimentales sur la dilatation aiguë du cœur, par M. DE LA CAMP.

La dilatation aiguë du cœur survenant à la suite d'un effort exagéré est considérée par la majorité des cliniciens comme une conséquence directe du surmenage. L'auteur a étudié expérimentalement les conditions qui favorisent la production de cet accident, afin de s'assurer si l'effort musculaire suffit à lui seul, et sans le secours d'une autre circonstance pathologique, à entraîner une dilatation persistante des cavités ventriculaires.

Pour élucider cette question, les méthodes d'exploration dont on dispose sont des plus primitives; elles ne fournissent pas le moyen de déterminer exactement les variations de volume du muscle cardiaque, attendu que la forme de la matité ne dépend pas seulement du volume de l'organe, mais aussi de sa position et de celle du diaphragme. La radiographie employée suivant la méthode de Moritz (orthoradiographie) permet cependant de projeter exactement deux dimensions du cœur, la largeur et la longueur, ce qui, en pratique, est suffisant pour la recherche de la dilatation cardiaque.

Or, en comparant les radiographies obtenues avant et après un effort musculaire poussé jusqu'à l'épuisement, M. de la Camp a pu se convaincre que, tant que le muscle cardiaque est sain, l'effort, même le plus violent, ne suffit pas pour dilater le cœur. De même, on ne constate pas de dilatation chez des chiens normaux obligés à fournir un effort musculaire prolongé, tandis que le même travail provoque une dilatation cardiaque quand l'animal se trouve dans des conditions pathologiques (infection fébrile, empoisonnement par la phloridzine, l'essence de pouliot, etc.).

L'auteur conclut de ses recherches que l'effort musculaire n'est pas capable à lui seul de dilater les cavités ventriculaires; pour produire cette dilatation, d'autres causes, ayant pour effet d'affaiblir préalablement le muscle cardiaque, sont indispensables. Toutes les circonstances qui troublent la nutrition de l'organisme — maladies infectieuses, cachexies, maladies chroniques de la nutrition, chloro-anémie, emphysème pulmonaire — ont sur le myocarde un effet débilitant, diminuent sa résistance à l'effort musculaire, et sont par suite à même de rendre possible la production d'une dilatation. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 1-2.) — A. J.

Rupture isolée du sphincter externe de l'anus, par M. W. ROSENFELD.

Les ruptures du sphincter externe de l'anus se produisent habituellement à la suite de la déchirure complète ou centrale du périnée; aussi n'est-il pas sans intérêt de résumer les 2 observations de M. Rosenfeld, où pareille rupture survint avec un périnée intact.

L'accouchement, dans ces 2 cas, remontait à quelques années déjà. Ces femmes accusaient une sensation de pesanteur ou de poussée du côté du fondement, du ténesme rectal, des selles irrégulières, l'issue involontaire de gaz. A l'examen de la région, on constatait de la béance de la vulve et une légère cystocèle, mais la peau du périnée, de hauteur à peu près normale, était absolument intacte : il existait simplement quelques petites cicatrices de la muqueuse au niveau de la fourchette. Par contre, le sphincter externe n'entourait l'anus que dans son demi-cercle postérieur : en avant il semblait faire défaut et en ce point la muqueuse anale formait une petite procidence de 1 centimètre à 1 centim. 1/2.

L'opération, exécutée par M. Herzfeld, consista tout d'abord en une colporrhaphie antérieure, puis on fit une incision transversale sur le périnée juste en arrière de l'insertion postérieure des petites lèvres et on décolla le vagin d'avec le rectum : des extrémités latérales de cette incision on mena deux incisions antéro-postérieures, qui vinrent s'arrêter sur les parties antéro-latérales de l'anus. En enfonçant des aiguilles courbes à l'extrémité postérieure de ces deux dernières incisions, on put accrocher les extrémités du sphincter externe et les suturer en avant de l'anus. La forme de cet orifice se trouva aussitôt reconstituée. On termina l'opération par une périnéorrhaphie.

Quant au mécanisme de production de ces ruptures du sphincter anal, il est probablement le même que celui des déchirures centrales du périnée : la tête fœtale, chassée trop en arrière, amène la surdistension du périnée postérieur et par suite la rupture des insertions antérieures du sphincter. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 janvier 1904.) — R. DE B.

Intoxication saturnine et néphrite saturnine, par M. C. KLIENEBERGER.

Si la néphrite saturnine est aujourd'hui reconnue comme une manifestation fréquente de l'intoxication par le plomb, il s'en faut cependant que les auteurs soient d'accord sur la nature des lésions histologiques du rein, qui se produisent au cours de cette intoxication : les uns (Cornil et Brault, Weigert) en font une néphrite d'origine épithéliale, mettant les altérations de la trame conjonctive sous la dépendance de l'inflammation primitive de l'élément glandulaire, tandis que pour d'autres (Senator) ces modifications interstitielles se montreraient d'emblée et évolueraient indépendamment du processus parenchymateux.

M. Klieneberger a cherché à élucider le point en litige par l'analyse des urines de 7 sujets admis à l'hôpital pour des accidents aigus de saturnisme chronique. Chez tous ces malades, il constata l'existence d'une albuminurie, soit constante, soit passagère. En soumettant l'urine à la centrifugation, il a, dans tous les cas, trouvé les éléments figurés qui caractérisent la néphrite parenchymateuse : cellules épithéliales nucléées et cylindres granuleux typiques en nombre considérable et, par contre, relativement peu de globules rouges et de leucocytes. L'auteur se croit autorisé à en conclure que, dans les manifestations aiguës du saturnisme chronique, on a réellement affaire à une néphrite épithéliale : il attribue même aux constatations précitées une valeur diagnostique, l'analyse des urines lui ayant souvent permis de reconnaître d'emblée la nature des accidents et d'exclure l'hypothèse de simulation, de coliques de toute autre origine, etc. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 février 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

La matité cardiaque dans les affections cancéreuses, par M. W. GORDON.

Il y a quelques années, l'auteur remarqua, au cours de l'examen de plusieurs patients atteints de cancer de l'estomac, que la zone de matité cardiaque, délimitée dans la position couchée, était chez ces sujets très diminuée, voire même réduite à néant, et cela en l'absence des symptômes ordinaires de l'emphysème pulmonaire. Depuis lors, M. Gordon a eu maintes fois l'occasion de retrouver le même signe physique dans les affections cancéreuses, de sorte qu'il a fini par admettre l'existence d'une relation étroite entre le phénomène en question et le cancer. Et, de fait, dans plusieurs cas où le diagnostic de cancer était loin de s'imposer et où l'auteur n'hésita pourtant pas à l'affirmer, en se basant sur la constatation de la diminution de la zone de matité cardiaque, l'évolution ultérieure de la maladie lui donna parfaitement raison.

D'après l'expérience de M. Gordon, le signe dont il s'agit s'observerait surtout dans les cas de cancer du tube digestif (œsophage, estomac, intestin). Sans être très précoce, il pourrait ce-

pendant se montrer plus ou moins longtemps avant la période de cachexie, d'amaigrissement considérable et de perte de l'élasticité de la peau, telle qu'on l'observe souvent, notamment du côté des téguments de l'abdomen, en cas de cancer abdominal.

Afin de se rendre compte de la valeur diagnostique du phénomène en question, l'auteur l'a soigneusement recherché chez un très grand nombre de sujets atteints d'affections non cancéreuses, avec ou sans amaigrissement, et à symptomatologie rappelant ou non celle du cancer. Or, il n'a jamais pu constater une disparition complète de la matité cardiaque, et seulement dans 3 cas il a trouvé celle-ci sensiblement diminuée : il s'agissait respectivement, dans ces faits, d'un fibrome de l'utérus, d'une diarrhée chronique d'origine probablement tuberculeuse, et d'une gastrite chronique.

Sans vouloir, par conséquent, affirmer ni que la matité cardiaque soit conservée chez tous les individus exempts de cancer, ni qu'elle fasse défaut chez tous les cancéreux, M. Gordon croit cependant que la constatation du signe dont il s'agit est de nature à militer, dans un cas douteux, en faveur du diagnostic de cancer. Quant à l'absence de ce phénomène, elle serait moins significative, tout en rendant l'hypothèse de cancer fort peu probable.

Il va de soi que, pour apprécier à sa juste valeur l'absence de matité cardiaque, il convient de tenir compte non seulement de l'existence possible d'un emphysème pulmonaire, mais encore de toutes les causes éventuelles susceptibles d'écarter le cœur de la paroi thoracique (rétraction par adhérences pleurétiques, etc). D'autre part, en présence d'une matité cardiaque normale dans un cas où il y a lieu de soupçonner l'existence d'un cancer, il importe de ne pas oublier que nombre de conditions morbides peuvent s'opposer à la diminution de la zone de matité : il suffira de mentionner, à cet égard, l'hypertrophie du cœur, quelle qu'en soit la cause, les épanchements péricardiques, la rétraction des poumons malades, les adhérences à la paroi antérieure du thorax, etc.

En ce qui concerne la cause de ce phénomène bizarre, l'auteur avait d'abord cru pouvoir l'attribuer à une diminution réelle des dimensions du cœur, en supposant que cet organe subissait, chez les cancéreux, une sorte d'atrophie à marche beaucoup plus rapide que l'amaigrissement général. Quelques examens nécroscopiques ne tardèrent pas, toutefois, à lui montrer que cette hypothèse était loin de répondre à la réalité des faits : le cœur n'était nullement petit (dans un cas, ses dimensions étaient même plutôt au-dessus de la normale), mais toujours il était complètement, ou à peu près, recouvert par les deux poumons qui arrivaient à se toucher. Cela étant, l'empiètement de la sonorité sur la matité cardiaque est facile à comprendre; ce qui l'est moins, c'est l'expansion des bords pulmonaires en avant : M. Gordon serait porté à admettre une sorte de pseudo-emphysème par perte d'élasticité du tissu pulmonaire, par analogie avec la diminution de l'élasticité des téguments cutanés, que l'on observe dans les cas de cancer des organes abdominaux. Ce qui semble plaider en faveur de cette hypothèse, c'est que le signe en question fait généralement défaut dans les stades précoces du cancer et qu'il ne se rencontre guère chez les sujets atteints de sarcome, cette sorte de néoplasme ne paraissant pas altérer l'élasticité cutanée, comme le fait le cancer.

Ajoutons que le phénomène décrit par M. Gordon doit toujours être recherché dans la position couchée, la zone de matité cardiaque — l'auteur insiste sur ce point — étant très variable, suivant l'attitude du corps, même chez l'homme bien portant : dans la position debout elle est de beaucoup plus étendue que dans le décubitus horizontal. (*Lancet*, 9 avril 1904.) — L. CH.

Les effets éloignés de la fièvre typhoïde sur le cœur et sur les vaisseaux, par M. W. S. Thayer.

Dans le présent mémoire, l'auteur a consigné les résultats d'une vaste enquête qu'il a instituée en vue d'étudier les manifestations cardiaques et vasculaires consécutives à la fièvre typhoïde. Dans ce but, il s'est adressé à tous les individus qui avaient été traités pour dothiénentérie au Johns Hopkins Hospital de Baltimore pendant ces quatorze dernières années. Encore que, sur plus de 1,400 sujets, 183 seulement aient répondu à son appel, cette enquête n'en mérite pas moins d'être signalée, puisque M. Thayer a été à même de soumettre les 183 individus en question à un examen minutieux, en notant, chez chacun d'eux, les dimensions du cœur, les caractères du pouls et le degré de tension artérielle, et en comparant ces données avec les détails des observations recueillies, quelques années auparavant, pendant le séjour de ces mêmes sujets à l'hôpital.

L'auteur a pu de la sorte constater que la pression sanguine est, en moyenne, plus élevée chez les anciens dothiénentériques que chez les sujets du même âge, exempts de tout antécédent de ce genre. D'autre part, l'artère radiale est chez eux perceptible à la palpation à peu près trois fois plus fréquemment que dans les cas normaux. En ce qui concerne les dimensions du cœur, elles étaient, en général, plus grandes qu'au moment de l'admission des patients à l'hôpital. Enfin, comme effet éloigné de la fièvre typhoïde, M. Thayer signale une plus grande fréquence des souffles cardiaques : sur 170 dothiénentériques dont l'observation faisait mention de l'état des bruits du cœur pendant leur séjour à l'hôpital, 39 seulement, c'est-à-dire 29 %, avaient présenté des souffles, tandis que, pour les anciens typhoïdiques, le pourcentage des sujets ayant un souffle cardiaque s'élevait à 48.6.

Dans 8 cas, où le cœur avait été considéré comme normal lors de l'*exeat* des patients, l'examen ultérieur révéla l'existence d'une hypertrophie avec insuffisance mitrale.

Chez les sujets qui, au cours de leur maladie, avaient eu un souffle systolique à la pointe, l'exagération de la tension sanguine et l'augmentation des dimensions du cœur étaient, lorsque l'auteur revit ces individus, beaucoup plus accentuées que pendant leur séjour à l'hôpital; elles étaient aussi plus marquées chez eux que chez les autres anciens dothiénentériques. Dans un quart des cas de cette catégorie, on constata ultérieurement l'existence d'une affection organique du cœur, et la plupart des cardiopathies de cette nature, décelées parmi les 183 sujets examinés, se rapportaient précisément à un petit groupe de 31 patients chez lesquels on avait, pendant l'atteinte du mal, noté un souffle systolique à la pointe.

D'autre part, dans les cas où le pouls avait été, au cours de la maladie, particulièrement rapide et irrégulier, la pression artérielle était plus élevée que chez la moyenne des sujets ayant été atteints de fièvre typhoïde.

Tout en reconnaissant que le nombre des examens qu'il a pratiqués est trop restreint pour que l'on puisse accorder à ces constatations une portée générale, M. Thayer ne s'en croit pas moins autorisé à conclure que les anciens dothiénentériques sont « plus âgés », quant au cœur et aux artères, que les sujets du même âge n'ayant pas eu la fièvre typhoïde. Aussi estime-t-il que la maladie en question joue un rôle actif dans l'étiologie d'un grand nombre de cas d'hypertrophie et de dilatation du cœur. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars 1904.) — L. CH.

Les bains de mer dans quelques maladies cutanées, par M. R. Abrahams.

D'après l'expérience de M. Abrahams, les bains de mer seraient susceptibles de rendre de bons services dans certaines formes de dermatoses. C'est ainsi que l'auteur a pu obtenir par ce moyen d'excellents résultats dans 6 cas de pityriasis versicolor, ainsi que chez 3 malades atteints de teigne tondante. Comme ces deux affections sont d'origine parasitaire, on pourrait être tenté d'attribuer les bons effets des bains de mer à la richesse de l'eau marine en composés chimiques parasiticides. Mais M. Abrahams a eu l'occasion de se convaincre que ce mode de traitement n'est pas moins efficace dans les maladies cutanées d'origine non mycosique. Il a été appelé à soigner, entre autres, un homme de quarante-cinq ans, qui présentait des placards d'eczéma sec au niveau des épaules, des jambes, des mains et de la région lombaire, et qui, par suite de démangeaisons intenses, était en proie à une insomnie persistant depuis plus d'un mois ; après avoir vainement essayé toute sorte de médications, on prescrivit, en désespoir de cause, des bains de mer; le patient prit, pendant dix semaines, deux bains par jour, et les troubles morbides disparurent, laissant subsister seulement un léger degré d'induration et de pigmentation des parties malades.

La balnéation marine a également donné à l'auteur de bons résultats dans 4 autres cas d'eczéma chronique, ainsi que chez 2 vieillards atteints de prurit sénile.

M. Abrahams avait d'abord cru pouvoir attribuer l'efficacité de ces bains uniquement à la composition chimique de l'eau de mer, mais des essais qu'il fit en vue d'utiliser cette eau en baignoire ne tardèrent pas à le convaincre que les effets de la thalassothérapie étaient, en partie, dus à d'autres facteurs, tels que le mouvement des vagues, l'exposition au soleil, etc. (*Med. News*, 26 mars 1904.) — L. CH.

L'emploi de l'oxygène pour la distension de la vessie en vue de la cystoscopie, par M. A. G. Faulds.

L'examen cystoscopique nécessitant la distension préalable de la vessie, on a habituellement recours, dans ce but, à une injection d'un liquide transparent, telle que l'eau stérilisée, une solution d'acide borique ou d'acide phénique, etc. Or, cette pratique n'est pas exempte d'inconvénients, car le milieu liquide peut facilement, en se mêlant à du sang ou à du pus, obscurcir le champ cystoscopique. Aussi M. Faulds a-t-il eu l'idée de remplacer l'injection de liquides par une insufflation d'oxygène. Il commence par vider la vessie au moyen d'une sonde molle; puis, après avoir fait, au besoin, un lavage du réservoir urinaire, il procède à l'insufflation, en adaptant au même cathéter un ballon de caoutchouc rempli d'oxygène, et en exerçant sur ce ballon une pression douce, de manière à pousser assez lentement le gaz dans la vessie. Il importe, d'ailleurs, de ne pas introduire une trop grande quantité d'oxygène, étant donné que, sous l'influence de la température du corps, ce gaz doit encore subir un certain degré d'expansion.

Il va de soi que l'oxygène employé en vue de la cystoscopie doit être d'une pureté absolue. Dans les cas de cystite, on doit assurer l'anesthésie locale avant de pratiquer l'insufflation. On peut, sans le moindre inconvénient, laisser séjourner le gaz dans la vessie, et souvent il y a même avantage à procéder de la sorte, l'oxygène exerçant une action favorable sur la muqueuse vésicale et clarifiant l'urine, surtout lorsqu'il s'agit d'hypertrophie de la prostate avec cystite concomitante. (*Brit. Med. Journ.*, 5 mars 1904.) — L. CH.

Inhibition réflexe du cœur, survenant par irritation des fibres périphériques du trijumeau, au cours d'une opération pour sinusite frontale, par M. G. Fetterolf.

L'observation qui fait l'objet du présent mémoire a trait à un homme de trente-cinq ans, chez lequel un empyème du sinus frontal s'était développé, au cours des cinq dernières années, à la suite de traumatismes ayant à trois reprises différentes intéressé la région médiane du front. Le traitement palliatif s'étant montré inefficace, on se décida — vu l'intensité des phénomènes douloureux — à recourir à une intervention radicale. Celle-ci consista en une trépanation du sinus malade, avec agrandissement de l'orifice de trépanation à la pince-gouge, curettage de la muqueuse du sinus et cautérisation au chlorure de zinc. Or, chaque fois que la curette touchait la muqueuse, on constatait un ralentissement notable du pouls, lequel perdait en outre de sa force et de son ampleur; il se produisait en même temps une cyanose intense des téguments. Aussi dut-on s'y reprendre à plusieurs fois avant de pouvoir terminer le curettage. Les suites de l'intervention furent d'ailleurs des plus simples.

L'auteur explique cet incident opératoire par une action inhibitrice prenant naissance dans les terminaisons du trijumeau au niveau de la muqueuse du sinus frontal et se transmettant au cœur par voie réflexe. Ce phénomène d'arrêt serait analogue à celui que l'on observe assez fréquemment au cours de l'avulsion des dents : en pareille occurrence, le réflexe a également pour origine la zone d'innervation de la cinquième paire. (*American Medicine*, 19 mars 1904.) — F. M.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Contribution à l'étude de la fièvre bilieuse hématurique, par M. A. A. Hijmans Van den Bergh.

Depuis les recherches de M. Koch, on a quelque tendance à attribuer le *black water fever* à l'intoxication palustre, quand on ne l'impute pas à la quinine elle-même. M. Van den Bergh a donc voulu mettre à profit un cas de cette maladie pour étudier les particularités du sang et rechercher quel est le lieu d'origine de l'intoxication.

Une première hypothèse qu'on peut faire pour expliquer les hématuries, c'est qu'elles proviennent du passage des globules rouges dans les urines où ceux-ci seraient détruits; mais, pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que les urines eussent une concentration moléculaire inférieure à celle du sang. Or, par la détermination du degré cryoscopique de l'urine de son malade, ainsi que de la teneur de ce liquide en chlorures, l'auteur put se convaincre que la coloration anormale des urines ne pouvait être imputée à ce mécanisme. L'hémoglobinurie serait-elle due à la moindre résistance des globules rouges, lesquels perdraient plus facilement leur hémoglobine? Mais cette hypothèse ne trouva non plus aucune confirmation, car les érythrocytes possédaient une résistance normale. En faisant agir directement l'urine du malade sur les propres globules de celui-ci, on vit de plus que cette urine n'avait pas sur eux d'action hémolytique; l'hémoglobinurie n'était donc pas due à une hématurie rénale avec destruction secondaire des érythrocytes dans l'urine.

Restait alors la possibilité d'une hémoglobinhémie. L'examen du sang du patient (examen qui ne révéla la présence d'aucun parasite malarien, comme c'est d'ailleurs la règle) donna une teneur de 50 % d'hémoglobine, avec 3,000,000 de globules rouges et 9,000 leucocytes par millimètre cube. On n'y constatait aucun symptôme histologique de décomposition ou de dégénérescence des érythrocytes. Mais le sérum centrifugé, soumis à l'examen spectroscopique, montra, bien qu'à peine visibles, les bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine; la quantité de cette substance dissoute dans le sang devait donc être extrêmement faible.

Il était dès lors difficile d'admettre que l'hématurie fût la conséquence de cette hémoglobinhémie légère, étant donné qu'expérimentalement on en provoque de bien plus intenses, sans que l'hémoglobinurie apparaisse. De plus, les sérums contenant des quantités notables d'oxyhémoglobine sont rougeâtres, tandis que celui-ci était jaune brunâtre. Il s'agissait donc probablement d'une altération spéciale du sérum. Dans certains cas d'hémoglobinurie paroxystique, on a en effet observé cette coloration jaune brunâtre du sérum et, assez gratuitement, on l'a attribuée à l'hématoïdine ou bilirubine, bien que l'examen spectroscopique ne confirme nullement cette hypothèse.

En tout cas, chez le malade de M. Van den Bergh, la coloration particulière du sérum s'observait aussi bien pendant les crises d'hématurie qu'en dehors de ces crises. Il existait donc une hémolyse constante. D'autre part, le sérum de cet homme n'ayant pas d'action hémolytique sur ses propres globules, et ceux-ci n'étant pas davantage attaqués par un sérum normal, il faut supposer que l'hémolyse s'accomplissait dans un organe quelconque : foie, rate ou rein. A cet égard, il convient de rappeler tout d'abord le rôle considérable que joue le foie, même à l'état normal, dans la transformation des pigments sanguins, et ensuite la fréquence des altérations hépatiques dans la fièvre bilieuse hématurique. Or, dans le cas particulier, il avait dû y avoir un certain degré d'altération du foie, car l'épreuve de la glycosurie alimentaire, positive au moment des crises d'hématurie, était négative cinq semaines plus tard. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 avril 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale, par M. L. Cagiati.

Le mémoire de M. Cagiati est consacré à la relation de 2 cas d'hypertrophie congénitale — portant, dans l'un de ces faits, sur toute une moitié du corps; dans l'autre, sur un membre inférieur seulement —, ainsi qu'à l'exposé de nos connaissances actuelles sur cette singulière anomalie.

La première observation concerne une fillette de onze mois, dont les parents et les 5 frères étaient parfaitement sains, mais d'origine israélite. Dès le premier abord, on remarquait chez elle une différence notable de volume et d'aspect entre les deux moitiés du corps : tout le côté gauche était sensiblement plus volumineux que le côté droit, et en outre la peau y était par endroits plus sombre que normalement, et hypertrophiée, ou au contraire plus pâle et déprimée; l'examen histologique d'un fragment cutané hypertrophique prélevé au niveau de la nuque révéla que c'était surtout le corps muqueux de Malpighi qui était augmenté de volume, par suite d'une infiltration parvicellulaire. Quant à l'hypertrophie générale de la moitié gauche du corps, elle était des plus marquées, comme en témoignent les mensurations notées par l'auteur : c'est ainsi que l'hémicirconférence thoracique gauche était, suivant les points, de 10 à 20 millimètres supérieure à son homologue du côté droit; la moitié gauche de l'abdomen surpassait la moitié droite de 20 millimètres au niveau de l'ombilic; la longueur totale du membre supérieur gauche était de 285 millimètres contre 245 millimètres à droite; celle du membre inférieur de 230 millimètres contre 210, etc. A noter que le nerf facial gauche était paralysé et offrait la réaction de dégénérescence; du même côté, l'excitabilité galvanique était diminuée pour presque tous les muscles des membres.

Le second fait a trait à un garçon de deux ans, également indemne de toute tare familiale, et qui offrait une hypertrophie remarquable du membre inférieur gauche : celui-ci avait 20 millimètres de longueur de plus que son congénère, et la circonférence de ses divers segments était augmentée à proportion; il semblait que la jambe gauche tout entière appartînt à un enfant plus âgé.

Passant en revue, à l'occasion de ces 2 cas, les observations antérieurement publiées d'hypertrophie congénitale, M. Cagiati les répartit en divers groupes — fort inégalement représentés —, suivant que l'hypertrophie est plus ou moins généralisée : il distingue l'hémihypertrophie totale (dont on connaît 8 exemples seulement, y compris le premier des faits que nous venons de résumer), l'hémi-hypertrophie faciale (12 cas), l'hypertrophie d'un membre (62 cas), celle d'un doigt (45 cas). Trois autopsies ont pu être pratiquées, qui n'ont rien apporté de bien concluant; on a seulement constaté que l'hypertrophie était due au développement excessif des éléments conjonctifs.

De ces faits peuvent être rapprochés quelques rares cas d'hypertrophie acquise, à la suite d'un traumatisme, d'une suppuration prolongée, d'une lésion nerveuse (névrite, poliomyélite).

Concernant l'étiologie de cette bizarre affection, on ne peut guère faire que des hypothèses. Repoussant celle qui voit dans l'hypertrophie congénitale une sorte de trouble trophique ou vasomoteur — qui ne paraît guère acceptable en l'absence de toute perturbation cliniquement appréciable du système nerveux —, M. Cagiati serait plutôt disposé à admettre qu'il s'agit d'une anomalie de développement par excès, dont la cause nous échappe d'ailleurs entièrement. Du moins peut-on supposer que cette cause doit intervenir dès la période embryonnaire — soit avant la fin du deuxième mois de la gestation —, car un facteur pathogénique exerçant son influence pendant la période fœtale, alors que les divers organes commencent à se différencier, devrait laisser des témoins de son activité plus systématisés qu'une simple hyperplasie des éléments mésodermiques. (*Policlinico*, partie méd., XI, 1, 2 et 3.)

Un nouveau procédé d'exploration de l'estomac : la digastroscopie, par M. A. Cavazzani.

Le procédé très simple que l'auteur décrit sous le nom de digastroscopie a pour but de déceler la présence d'une dilatation de l'estomac sans l'aide d'aucune instrumentation spéciale; il est basé sur la production artificielle d'un bruit hydro-aérique, analogue — de par son origine — à celui que M. Bouveret a signalé comme caractéristique de la gastroptose verticale par abus du corset. Voici comment on procède à l'exploration :

Le malade est couché dans le décubitus dorsal, les parois abdominales entièrement relâchées. Placé à droite, l'observateur applique le bord externe de sa main gauche, en particulier celui de l'index et du métacarpien correspondant, contre la paroi abdominale, au niveau de la région épigastrique, au-dessous du rebord des fausses côtes et perpendiculairement au plan médian du corps. En refoulant avec cette main, par une pression modérée, la paroi abdominale vers la colonne vertébrale, on crée en quelque sorte un estomac biloculaire artificiel. Si alors on invite le malade à respirer profondément « avec le ventre », de telle façon que le thorax demeure immobilisé et que l'inspiration soit pour ainsi dire exclusivement le fait des contractions du diaphragme, la main droite, appliquée à plat au-dessous de la main gauche, perçoit un frémissement dû à ce que les gaz contenus dans la cavité supérieure de l'estomac s'échappent à travers le rétrécissement dans la cavité inférieure. Un massage léger permet de faire suivre à ces gaz une marche inverse pendant l'expiration.

En faisant glisser la main le long de la paroi abdominale, on détermine facilement la limite inférieure au delà de laquelle la main ne perçoit plus de gargouillement, ni inspiratoire, ni expiratoire. Le niveau de cette limite correspond profondément au contour inférieur de la grande courbure.

Perceptible au toucher, le phénomène dont il s'agit est également apparent à la vue lorsque la paroi abdominale est suffisamment mince. Dans ce cas, on peut en effet constater, au moment où les gaz franchissent le détroit artificiel de l'estomac, une ondulation rapide de la paroi, se dirigeant de haut en bas et synchrone avec le bruit de gargouillement.

Nullement douloureux, ni même pénible pour le malade, le procédé de la digastroscopie fournirait, d'après l'expérience de M. Cavazzani, des résultats aussi précis que ceux de l'insufflation de l'estomac.

Toutefois, lorsque le bruit hydro-aérique caractéristique ne se produit pas, on ne saurait conclure à l'absence d'une gastrectasie. Dans certains cas de gastroptose grave et complète, en effet, l'auteur n'a obtenu par son procédé que des résultats absolument négatifs, soit en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale, soit parce que l'estomac ne renfermait pas de gaz ni de liquides au moment de l'examen.

Un autre élément susceptible de fausser les résultats peut provenir de ce que l'estomac est rempli d'aliments solides; aussi faut-il de préférence pratiquer la digastroscopie le matin. Enfin, une dilatation excessive de l'arc du côlon peut également constituer une cause d'erreur. (*Riv. critica di clinica medica*, 9 janvier 1904.) — F. M.

Effets de la thyroïdectomie sur le pouvoir de procréation et sur les descendants, par M. C. Ceni.

Au cours de recherches expérimentales ayant pour but d'élucider le problème de l'hérédité dégénérative en général, et de l'hérédité névropathique en particulier, l'auteur a été amené à étudier les effets que sont susceptibles d'exercer, sur le pouvoir de procréation et sur le développement des descendants, certaines intoxications lentes, d'origine endogène, réalisées en enlevant à l'animal en expérience un organe dont les fonctions de protection soient bien établies : le corps thyroïde dans le cas présent.

Ayant donc thyroïdectomisé 8 poules âgées d'un an, M. Ceni compare leur production en œufs à celle d'animaux normaux. Or, tandis que, durant leur première année — avant toute mutilation —, ces poules avaient pondu de 15 à 20 œufs, elles n'en pondirent plus, dans l'année ou les années qui suivirent l'opération (car certaines vivent encore, au bout de trois ans), que 8 à 10, le chiffre normal, pour des poules de même âge, étant de 110 à 120. Ainsi donc, la thyroïdectomie aurait pour effet de ralentir d'une façon notable le fonctionnement des glandes génitales.

En outre, les œufs provenant de ces animaux offraient des modifications morphologiques assez particulières : ils étaient plus allongés que les œufs fournis par des poules normales, avaient une coquille très mince, parfois même totalement absente ; fait remarquable, ils étaient

en général sensiblement plus volumineux que des œufs ordinaires.

Enfin, M. Ceni, ayant accouplé des poules thyroïdectomisées avec des coqs également privés de corps thyroïde, fit couver les œufs pour observer les embryons aux diverses époques de leur développement, depuis le quatrième jour jusqu'à l'éclosion spontanée. Il put ainsi constater sur ces embryons, dans la grande majorité des cas, l'existence d'anomalies variables, arrêts et déviations du développement, portant surtout sur le système nerveux central et réalisant parfois l'anencéphalie complète. Il est à noter que ces diverses anomalies paraissaient sous la dépendance de troubles des annexes ovulaires, plus que sous celle d'altérations du germe embryonnaire lui-même.

Il semble donc que l'auto-intoxication strumiprive exerce une action nocive sur les éléments sexuels (ovules et spermatozoïdes), action qui, après la conception, retentit beaucoup plus sur la partie de l'ovule destinée à fournir les annexes ovulaires que sur celle qui donne naissance au germe embryonnaire. Il est à présumer que des processus plus ou moins analogues ne sont pas étrangers à la genèse des affections nerveuses ou mentales d'ordre congénital. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 4.) — F. F.

Sur les conditions du canal pancréatique dans quelques ictères, spécialement dans l'ictère catarrhal, par M. A. Borri.

Les rapports anatomiques étroits existant entre le cholédoque et le canal pancréatique rendent vraisemblable *a priori* la participation de ce dernier aux diverses affections susceptibles de frapper les voies biliaires. Il ne semble pas cependant – malgré l'intérêt théorique et pratique de pareilles recherches — qu'on se soit beaucoup préoccupé jusqu'ici de démontrer directement l'existence d'une telle participation; c'est ce qui explique le travail de M. Borri, basé sur l'étude de l'élimination des graisses par les fèces chez un certain nombre d'ictériques, notamment chez les sujets atteints d'ictère catarrhal.

Dans 6 cas de cette affection, l'auteur a constaté la teneur considérable des matières fécales en substances grasses : celles-ci représentaient, en chiffres ronds, du quart à près de la moitié des fèces desséchées. Une aussi forte proportion suffit à elle seule à faire présumer l'imperméabilité du canal pancréatique, laquelle est du reste démontrée par le peu d'abondance des acides gras saponifiés (2 gr. 15 centigr. sur un total de 29 gr. 43 centigr., dans un cas), ainsi que par l'élimination considérable de l'azote, qui atteignait parfois le douzième du poids des matières fécales desséchées. Ces diverses constatations établissent en effet que la saponification ne se produisait pas, au moins au niveau du duodénum, et par suite que le canal de Wirsung était oblitéré.

Une conclusion thérapeutique découle de ces faits : c'est que la médication alcaline, en pareille occurrence, ne peut pas être d'un grand secours, puisque, l'émulsion et la saponification des graisses faisant à peu près défaut chez ces malades, les alcalins ne trouveront guère l'occasion de remplir le but que l'on se propose en les administrant, à savoir la formation de savons neutres. L'indication rationnelle sera bien plutôt remplie par la diminution des graisses ingérées — et le lait convient parfaitement à cet égard, car les substances grasses qu'il contient, étant parfaitement émulsionnées, peuvent être absorbées sans l'intervention du suc pancréatique — et par l'opothérapie pancréatique, visant à suppléer à l'insuffisance fonctionnelle du pancréas.

Ajoutons que, dans 2 cas d'oblitération du canal de Wirsung par un néoplasme, les conclusions tirées de l'étude chimique des fèces furent confirmées par les résultats de l'autopsie, laquelle permit de constater que ce canal était imperméable; preuve directe de la certitude des résultats fournis par cette méthode d'investigation. (*Policlinico*, partie méd., XI, 1.) — F. F.

Un cas de lipome de la main, par M. A. Mergari.

Une femme de soixante-seize ans portait à la paume de la main gauche, depuis une dizaine d'années, un double lipome volumineux, composé de deux lobes ayant chacun acquis peu à peu les dimensions d'un gros œuf de poule et situés l'un dans la région thénar, l'autre dans la région hypothénar, parallèlement à la direction des métacarpiens; entre les deux se trouvait, au niveau du troisième espace interosseux, un petit nodule du volume d'un pois. On opère, sous anesthésie cocaïnique; une incision cutanée faite sur l'axe de la tumeur de la région thénar permet d'extraire un lipome gros comme une orange environ, piriforme, avec une sorte de pédoncule s'enfonçant sous le ligament annulaire antérieur du carpe et les tendons fléchisseurs. La malade, sans doute peu satisfaite de l'anesthésie, refuse de laisser pratiquer l'ablation de la seconde tumeur; or — et c'est là la particularité remarquable de ce fait —, au bout de quatre mois le lipome ainsi laissé en place dans la région hypothénar avait diminué au point qu'on avait peine à en retrouver trace.

Comment s'est produite cette résorption? L'auteur peut affirmer qu'il n'a pas sectionné les vaisseaux nourriciers se rendant à cette tumeur, et d'ailleurs, quoique essentiellement circonscrits, les lipomes ne sont pas des néoplasmes très « individualisés » au point de vue circulatoire. On ne peut donc guère faire que des hypothèses. Celle qui paraît le plus séduisante à M. Mergari est que le processus de cicatrisation de la plaie opératoire a pu modifier la circulation lymphatique de la paume de la main, peut-être aussi rétablir au profit du tissu conjonctif l'équilibre rompu jusqu'alors en faveur du tissu adipeux, s'il est vrai, comme le veulent certains auteurs, que c'est à une telle rupture de l'harmonie physiologique que les lipomes doivent leur origine. (*Nuovo raccoglitore med.*, mars 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

Contenu insolite dans une hernie de la grande lèvre, par M. A. Rydygier.

L'observation publiée par M. Rydygier a trait à une femme de quarante-quatre ans, qui se fit admettre à la clinique chirurgicale de Lemberg pour une hernie de la grande lèvre droite; cette hernie s'était montrée, pour la première fois, six ans auparavant et avait, depuis lors, augmenté de volume. Quoique d'une bonne constitution, et ayant les seins normalement développés, la patiente n'avait jamais été réglée et n'avait pas eu de grossesse. A l'examen, on constata, dans la région inguinale droite, ainsi qu'au niveau de la grande lèvre du même côté, la présence d'une tumeur résistante, grosse comme un poing et qui se laissait facilement déplacer vers la cavité abdominale. A la percussion de cette tumeur, on obtenait un son tympanique quelque peu étouffé; il n'existait pas d'élévation de la température locale. Du côté sain, la grande lèvre, peu développée, était à peine marquée par un simple repli cutané. L'entrée du vagin était étroite et la longueur du canal vaginal ne dépassait pas celle d'un doigt; la palpation ne permettait de percevoir ni portion vaginale, ni corps de l'utérus.

Le diagnostic de hernie (l'orifice herniaire admettait deux doigts) étant posé, on pratiqua, sous l'anesthésie chloroformique, la cure radicale d'après le procédé de Kocher. Au cours de l'intervention, on put se rendre compte que le sac herniaire contenait un corps rappelant, par son aspect, la matrice avec ses annexes; il ressemblait à un utérus infantile, flanqué, à droite, d'un organe arrondi, qui sur une coupe se présentait comme un testicule; du même côté, on voyait cheminer un cordon dur, tandis qu'à gauche de l'utérus existait un gros kyste à parois épaisses. L'examen microscopique dénota, dans une préparation, la structure caractéristique du testicule, sans spermatozoïdes dans les canalicules; dans une seconde préparation, on trouva des faisceaux de muscles lisses ayant la disposition de la musculature utérine; une troisième préparation, enfin, mit en évidence un cordon spermatique avec fibres musculaires lisses très développées.

En raison de la coexistence d'un utérus et d'un testicule, l'auteur serait porté à voir dans cette observation un exemple de pseudo-hermaphrodisme masculin complet, anomalie dont il n'a trouvé que 5 cas dans la littérature médicale. (*Przeglad lekarski*, 16 avril 1904.) — L. CH.

Emploi des rayons de Röntgen dans le traitement des maladies de la peau, par M. R. Bernhardt.

Au cours de ces deux dernières années, l'auteur a eu l'occasion de traiter par la radiothérapie 41 malades atteints de dermatoses diverses.

Dans 5 cas, il s'agissait de teigne faveuse avec présence du champignon caractéristique dans les cheveux : les malades, âgés respectivement de sept, huit, onze, douze et vingt-deux ans, avaient tous été traités antérieurement, pendant de longues années et sans le moindre succès, par l'épilation suivie de frictions avec des pommades parasiticides. Or, sous l'influence des rayons de Röntgen, on vit survenir, chez tous ces patients, la guérison complète dans l'espace de trois à quatre mois, sauf dans un cas, où la cure radicale nécessita six mois de traitement. M. Bernhardt fut à même d'observer ces individus, après leur guérison, pendant un laps de temps variant entre six mois et un an et demi, sans avoir eu à noter la moindre récidive; malgré des examens microscopiques fréquemment répétés, il n'a jamais noté la réapparition du parasite dans les cheveux.

Sur 23 sujets atteints d'herpès tonsurant (diagnostic confirmé par l'examen microscopique des cheveux et des squames) et qui tous avaient déjà subi des traitements variés, 17 furent traités au moyen de tubes mous, 4 au moyen de tubes durs, et chez 2 la radiothérapie ne put être appliquée d'une manière suivie; chez les 4 malades de la seconde catégorie, la cure a nécessité deux fois, voire même deux fois et demie, plus de temps que chez les 17 sujets du premier groupe, sans compter que 3 d'entre eux ont eu des récidives.

Les rayons de Röntgen ont également donné, entre les mains de l'auteur, de bons résultats dans 2 cas de sycosis et dans 1 cas de psoriasis, ainsi que chez 2 malades atteints de pelade et chez 5 autres atteints de lupus vulgaire; par contre, le lupus érythémateux a paru peu sensible à l'action de la radiothérapie. (*Gaz. lekarska*, 19 et 26 décembre 1903.) — L. CH.

Arthrite purulente aiguë de l'articulation tibio-tarsienne, d'origine pneumococcique, par M. A. Ciechomski.

Il s'agit, dans cette observation, d'une fillette de cinq ans et demi, qui, une quinzaine de jours après avoir été atteinte d'un coryza aigu avec hyperthermie et douleurs dans l'oreille gauche, éprouva des sensations douloureuses, d'abord au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite, puis dans la jointure tibio tarsienne du même côté. Les douleurs de la hanche ne tardèrent pas à s'amender, mais il n'en fut pas de même pour la région du cou-de-pied, qui continua à rester douloureuse, en même temps que l'on constatait l'existence d'une tuméfaction et que le thermomètre montait à 38°8. Lorsque M. Ciechomski vit, pour la première fois, la petite malade, toute la région tibio-tarsienne était très tuméfiée et excessivement douloureuse, tant à la palpation qu'à l'occasion du moindre mouvement du pied; de plus, la fièvre atteignait 40°. En présence de cet état de choses, et les téguments étant encore complètements inaltérés, on fit une ponction exploratrice, qui ramena un pus épais jaune foncé dont les ensemencements donnèrent une culture pure du pneumocoque de Fränkel. On se décida alors à intervenir : après avoir incisé l'articulation malade, on pratiqua un nettoyage soigneux de la cavité articulaire et on institua un drainage approprié. Les suites opératoires furent très régulières; deux mois et demi environ après l'intervention, la plaie était complètement cicatrisée et la petite patiente commençait à marcher.

Fait curieux, au cours de l'affection, on avait trouvé dans les urines de cette fillette non seulement de l'albumine, mais aussi beaucoup de globules de pus et de nombreux microorganismes, parmi lesquels abondaient les staphylocoques pyogènes. (*Gaz. lekarska*, 30 janvier 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Contribution à l'étiologie du bouton d'Orient, par MM. E. Martzinovsky et S. Bogrov.

Etant donné le caractère endémique du bouton des pays chauds, nombre d'auteurs ont cru

pouvoir attribuer à cette lésion une origine infectieuse. A l'appui de cette hypothèse, on a invoqué la présence, au niveau des ulcérations, de microorganismes rappelant, pour la plupart, des staphylocoques ou des streptocoques. Mais, comme ces microcoques sont très répandus dans la nature, leur présence dans les ulcères ne saurait suffire, à elle seule, pour leur faire accorder un rôle important dans la pathogénie du bouton d'Orient, et cela d'autant plus que les inoculations de cultures pures de ces microorganismes n'ont jamais donné de résultats bien nets. Aussi nous paraît-il intéressant de signaler ici les recherches que MM. Martzinovsky et Bogrov ont récemment eu l'occasion d'instituer chez un petit garçon de neuf ans, originaire de Perse et qui était atteint de boutons d'Orient multiples siégeant sur la joue gauche, sur le lobule du nez et sur le pavillon de l'oreille droite.

Les premières préparations microscopiques que les auteurs firent avec les produits de sécrétion des ulcères mirent en évidence, dans le protoplasma des cellules épithélioïdes, des granulations de chromatine entourées, par endroits, d'un disque clair et qui, par leurs dimensions, dépassaient les espèces habituelles de microcoques. Cette constatation, jointe au résultat négatif des ensemencements, engagea MM. Martzinovsky et Bogrov à étudier de plus près les éléments en question. Ils furent ainsi à même de noter, dans les frottis provenant des granulations qui recouvraient le fond de l'ulcère, la présence d'un grand nombre de corpuscules de forme ovalaire, quelquefois arrondie, mesurant de 1 à 3 μ, situés le plus souvent — mais non toujours — à l'intérieur des cellules épithélioïdes. Ces formations se rencontrent très rarement dans les leucocytes et on ne les voit jamais à l'intérieur des globules rouges. Parfois elles constituent de grosses agglomérations, au milieu desquelles on perçoit un noyau cellulaire; ces agglomérations conservent la forme des cellules mortes qu'elles remplissaient.

Dans les sécrétions purulentes des ulcères, les corpuscules en question sont très rares, de sorte que chaque préparation n'en contient guère plus d'un ou deux. Ils font aussi à peu près complètement défaut dans les ulcérations anciennes ou en voie de cicatrisation. Dans les préparations en goutte pendante, à la température ordinaire, les corpuscules situés à l'intérieur des cellules restent immobiles, tandis que les formations extracellulaires se montrent animées d'un faible mouvement de progression.

En ce qui concerne la structure des corpuscules dont il s'agit, on remarque que la chromatine y forme deux amas, dont l'un, arrondi, est situé à l'une des extrémités du corpuscule et dont l'autre, en bâtonnet, occupe habituellement le centre. Le second amas est, en général, plus coloré que le premier, et parfois il est même le seul à fixer la couleur : on sait qu'il en est ainsi pour les trypanosomes.

Etant donnés les caractères constants de ces corpuscules, leur mobilité, les rapports qu'ils affectent avec les cellules des tissus et leur structure, MM. Martzinovsky et Bogrov estiment qu'il s'agit d'un *protozoaire* qui, tout en étant très voisin des trypanosomes, s'en distingue cependant par quelques traits particuliers.

Encore que les essais faits en vue d'obtenir des cultures de ce protozoaire soient restés infructueux, les auteurs du présent mémoire n'en seraient pas moins portés à le considérer comme l'agent pathogène du bouton d'Orient, et cela parce qu'il leur a été impossible d'isoler aucun autre microorganisme, malgré des ensemencements multiples et sur des milieux très variés.

L'inoculation des sécrétions de l'ulcère et d'une parcelle de granulations sous la peau des animaux a donné un résultat négatif. MM. Martzinovsky et Bogrov seraient enclins à attribuer cet insuccès à ce que le protozoaire en question — qu'ils proposent de désigner sous le nom d'*Ovoplasma orientale* — présenterait une certaine analogie avec l'hématozoaire du paludisme et pénétrerait habituellement dans les tissus à la faveur d'une piqûre d'insecte.

Ajoutons qu'un parasite analogue à celui que nous venons de décrire a été tout récemment signalé par M. Wright, dans un cas de bouton d'Orient. (*Méd. Obozr.*, LXI, 3.) — L. CH.

Ostéomyélite aiguë primitive du sacrum,
par M. E. Heiking.

La connaissance des localisations vertébrales primitives de l'ostéomyélite aiguë est de date assez récente et n'est basée que sur un nombre d'observations relativement peu élevé. L'ostéomyélite aiguë primitive du sacrum paraît particulièrement rare, et M. Heiking n'en a trouvé que 5 cas dans la littérature médicale. L'auteur y ajoute une sixième observation personnelle, qui diffère des faits publiés antérieurement par l'issue favorable de la maladie.

Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans, qui, trois jours après avoir fait une chute sur le dos, fut pris de fièvre avec frisson et malaise général. On crut d'abord avoir affaire à une dothiénentérie, mais, appelé en consultation, M. Heiking reconnut que la pression exercée sur le sacrum provoquait de très vives douleurs; de plus, en pratiquant le toucher rectal, il fut à même de constater la présence, au niveau de la base du coccyx, d'une tumeur volumineuse, dure et élastique, qui s'avançait, sous forme d'un hémisphère, dans la cavité pelvienne et déviait le rectum en avant et à gauche. Par sa base, cette tuméfaction, très douloureuse au toucher, se trouvait en rapport avec la face pelvienne du sacrum. Cela étant, l'auteur porta le diagnostic d'ostéomyélite aiguë infectieuse du sacrum et procéda immédiatement à l'ouverture de l'abcès, en passant à travers la grande échancrure sciatique. L'intervention donna lieu à un écoulement abondant de pus épais, jaune verdâtre, qui, ensemencé, fournit des cultures pures de staphylocoque doré. Au troisième jour, la température redevint normale; les frissons ne se renouvelèrent plus depuis l'opération et l'état général ne tarda pas à s'améliorer. Toutefois, pendant trois semaines environ, la plaie suppura abondamment, et dans le pus on remarqua des parcelles d'os nécrosé, voire même, une fois, un séquestre friable gros comme un pois. A la fin du troisième septénaire, lorsque la suppuration avait déjà considérablement diminué, le petit patient fut pris, de nouveau, d'hyperthermie avec aggravation de l'état général et douleurs vagues dans la profondeur du bassin. Croyant avoir affaire à une rétention de pus, M. Heiking fit une seconde incision, mais il ne trouva aucun foyer purulent; la fièvre tomba, d'ailleurs, au bout de quatre ou cinq jours, et dès lors la convalescence évolua sans encombre. Deux mois après l'intervention, l'opéré quittait l'hôpital, ayant seulement conservé une petite plaie superficielle en voie de cicatrisation. Six semaines plus tard, il retomba malade et dut être opéré pour une ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.

A propos de ce cas, l'auteur passe en revue les observations d'ostéomyélite vertébrale en général et constate que le pronostic de cette lésion est d'autant plus grave que le segment intéressé du rachis est situé plus bas : pour l'ostéomyélite des vertèbres cervicales et dorsales, la mortalité varie de 42 à 50 %, tandis que, dans les localisations lombaires du processus, elle atteint 68 % et que, sur 6 cas d'ostéomyélite du sacrum, on n'a eu à enregistrer qu'une seule guérison, soit une mortalité de 84 %.

Au point de vue du diagnostic, M. Heiking insiste sur la nécessité de pratiquer le toucher rectal dès qu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une ostéomyélite du sacrum, et cela d'autant plus qu'en raison de la profondeur des lésions et de leur symptomatologie peu caractéristique, on risque de méconnaître la véritable localisation du processus morbide et de laisser passer le moment propice à l'intervention.

En ce qui concerne le choix du procédé opératoire, l'auteur donne la préférence à l'ouverture de l'abcès à travers la grande échancrure sciatique, les difficultés techniques inhérentes à cette voie étant largement compensées par les conditions favorables que l'on crée de la sorte pour l'écoulement du pus, qui ne risque pas d'infecter le tissu cellulaire du bassin, comme en cas d'incision périnéale. Quant à la trépanation du sacrum, M. Heiking est d'avis qu'elle est, en pareille occurrence, contre-indiquée, parce qu'elle expose à une perte considérable de sang, ce qui ne va pas sans de graves inconvénients pour des malades se trouvant en pleine septicémie. (*Roussk. khirurg. arkh.*, XIX, 6.) — L. CH.

Contribution à l'étude de la tétanie en cas de dilatation de l'estomac, par M. Moldavsky.

L'auteur décrit un cas de tétanie d'origine gastrique, ayant trait à un homme qui, peu de temps après une atteinte de fièvre typhoïde, commença à se plaindre de pyrosis avec renvois et nausées. Ces phénomènes s'accompagnaient de constipation et, parfois, de vomissements. M. Moldavsky prescrivit un régime composé exclusivement de pain blanc, de lait et de bouillon. Tant que le malade s'en tenait rigoureusement à cette alimentation, son état s'améliorait quelque peu; mais le moindre écart de régime ne manquait jamais de ramener le même cortège symptomatique, avec douleurs dans la région stomacale et vomissements abondants contenant des aliments non digérés. Au bout de quelques mois, le patient se vit obligé de se faire admettre à l'hôpital pour un catarrhe gastrique; sous l'influence d'un traitement diététique approprié, des astringents et des lavages de l'estomac, son état ne tarda pas à s'améliorer. Un an après, il rentrait de nouveau dans le même service hospitalier, et cette fois son amaigrissement considérable, ainsi que l'intensité et la persistance des douleurs au niveau de l'épigastre et l'absence à peu près complète d'acide chlorhydrique dans le contenu gastrique, firent soupçonner l'existence d'un néoplasme stomacal. Néanmoins, les lavages systématiques de l'estomac, associés à l'emploi de l'acide chlorhydrique et à une diète convenable, réussirent à relever quelque peu les forces du malade, mais une nouvelle aggravation, subie peu de temps après l'*exeat*, le fit renoncer à tout essai de traitement. L'auteur avait ainsi complètement perdu cet homme de vue, lorsque, six mois plus tard, celui ci fut amené à l'hôpital dans un état comateux avec cyanose et attaques convulsives de tétanie. On pratiqua, sans le moindre succès, un lavage de la cavité gastrique et des injections sous-cutanées de morphine, et, le lendemain, le patient succombait, sans avoir repris connaissance. A l'autopsie, on trouva une dilatation considérable de l'estomac, dont les dimensions étaient à peu près trois fois plus grandes qu'à l'état normal; dans la région du pylore, il existait une cicatrice dure; la muqueuse gastrique était atrophiée.

L'intérêt de cette observation réside dans les deux particularités suivantes : l'examen du contenu stomacal, pratiqué pendant la vie, avait décelé une diminution très sensible de l'acidité, ce qui va à l'encontre de l'opinion généralement admise sur la corrélation existant entre la tétanie et l'hypersécrétion; d'autre part, il convient de remarquer que l'affection gastrique avait débuté immédiatement après une atteinte de fièvre typhoïde, le patient ayant auparavant toujours joui d'une bonne santé; aussi M. Moldavsky serait-il porté à admettre que l'ulcère de la région pylorique était de nature dothiénentérique et que son existence avait ensuite amené un rétrécissement cicatriciel du pylore. (*Prakt. Vratch*, 10 avril 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Contribution à l'étude de la polydactylie héréditaire, par M. E. S. Nylander.

Les observations de polydactylie héréditaire relatées dans le présent travail sont intéressantes par leur nombre et aussi par la répétition successive de la malformation dans la même famille : la polydactylie y a été observée jusqu'ici dans quatre générations; elle porte uniquement sur les pouces des deux mains.

Le premier individu qui en fut atteint avait au total 15 doigts, 7 d'un côté et 8 de l'autre. Des 4 enfants — tous pourvus d'une difformité analogue — qu'eut cet homme, naquit une nouvelle génération de 14 personnes, dont 3 seulement présentaient des mains normales; d'ailleurs, sur ces 3 derniers sujets, un avait une malformation du squelette et un autre louchait. Des 14 représentants de la troisième génération, 7 eurent des enfants, au nombre de 24 : parmi ceux-ci, 9 avaient des pouces supplémentaires, et, sur les autres, on comptait un épileptique (fils du strabique), un mort-né, un idiot et un second strabique. Au total, des 43 représentants de cette famille, 25 furent polydactyles.

Ces doigts supplémentaires avaient une, deux et même trois phalanges et se montraient plus ou moins développés ou nombreux suivant les individus : le nombre des doigts de la main variait ainsi de 6 à 9. La déformation n'était pas toujours symétrique, ni le nombre des pouces surnuméraires égal à chaque main. Un des sujets de la quatrième génération présentait le plus bel exemple de cette difformité, en ce sens que chacune de ses mains avait 2 pouces, possédant chacun 3 phalanges et un métacarpien isolé; chaque main était donc munie de 6 métacarpiens; entre les 2 pouces surnuméraires existait pourtant une légère syndactylie. C'était également un sujet de la quatrième génération qui détenait le « record » du nombre; une de ses mains avait 5 pouces, mais très imparfaitement développés : quatre étaient associés deux à deux en forme de doigts bifides.

Dans la famille en question, on faisait remonter l'origine de l'affection à la mère du premier sujet atteint, laquelle, étant enceinte de celui-ci, s'était laissée aller, en plumant un coq de bruyère, à considérer trop longuement la patte de ce volatile. (*Hygiea*, février 1904.) — R. DE B.

Le rachitisme à Madagascar, par M. B. Ebbell.

Certains auteurs admettent que le rachitisme n'existe pas à Madagascar. Telle n'est pas l'opinion de M. Ebbell qui, depuis dix ans, y a observé d'assez nombreux exemples de cette affection.

Les formes qu'y revêt habituellement le rachitisme sont d'ailleurs bénignes. C'est ainsi qu'on rencontre assez souvent les déformations crâniennes, le chapelet rachitique, plus rarement les nouures articulaires des membres inférieurs, tandis qu'on ne voit presque jamais de craniotabes ou de nouures articulaires du poignet. Le spasme de la glotte s'observe quelquefois. Quant au rétrécissement du bassin, il est probablement très rare, car la plupart des femmes indigènes accouchent avec la plus grande facilité.

Le rachitisme n'est pas inconnu des indigènes qui l'appellent *tambavy*, mot que les dictionnaires traduisent simplement par « une maladie que les enfants héritent de leur mère ». Toutefois, en interrogeant les indigènes et en étudiant les petits malades qu'on dit atteints du *tambavy*, il est facile de se convaincre que cette affection est bien réellement le rachitisme et n'a rien à voir avec la syphilis héréditaire, que les indigènes connaissent bien, ni avec l'athrepsie — car beaucoup de « tambaviques » sont gras —, ni avec l'hydrocéphalie chronique qui est extrêmement rare. Les indigènes pensent que le *tambavy* est dû à ce que l'alimentation de la mère pendant la grossesse était trop riche en glucose ou au contraire en sels; aussi administrent-ils aux petits rachitiques de l'os pulvérisé, des amers ou même de la poudre de bois, dans l'espoir de contrebalancer les effets de l'alimentation maternelle et de rendre les os plus résistants. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars 1904.) — R. DE B.

De l'amblyopie centrale aiguë, par M. J. Holmström.

Le mémoire de M. Holmström est consacré à une forme d'amblyopie qu'il conviendrait, d'après l'auteur, de rattacher au rhumatisme.

L'affection se rencontre généralement chez des adultes, jouissant d'une bonne santé. Le début est brusque et, sur les 8 cas observés par M. Holmström, les deux yeux ne furent simultanément atteints que 2 fois. En quelques jours, l'amblyopie arrive à son maximum. L'examen du champ visuel montre alors un gros scotome central absolu ou presque absolu, selon que la vue est réduite à la seule perception des doigts ou qu'elle est un peu moins diminuée. Dans tous les cas la perception des couleurs est abolie au niveau du scotome; ce dernier est quelquefois paracentral au lieu d'être central.

Ces troubles visuels s'accompagnent ordinairement de céphalées, de douleurs oculaires, notamment dans les mouvements de l'œil ou lors de pression exercée sur les globes oculaires. L'examen ophtalmoscopique ne montre rien d'anormal : dans 2 cas seulement, l'auteur a constaté une légère pâleur de la moitié temporale de la papille, mais cette pâleur était beaucoup trop faible pour qu'on pût penser à de l'atrophie papillaire; ce symptôme n'aurait d'ailleurs aucune gravité pronostique.

Au point de vue de sa nature, cette amblyopie est sans doute due à une névrite rétrobulbaire d'origine rhumatismale : on la voit en effet presque toujours succéder à un refroidissement, apparaître en hiver ou aux changements de saison, s'accompagner de névralgies oculaires ou frontales, etc.; en outre, au bout de quelques semaines ou de peu de mois, elle disparaît complètement et la vue revient à son acuité antérieure.

En ce qui concerne le traitement, qui toutefois ne semble pas avoir grande influence, on appliquera un bandage ouaté, on fera des fomentations chaudes, on instituera les cures de transpiration et la médication salicylée. (*Hygiea*, mars 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

Des paralysies goutteuses, par M. J. Thomayer.

La littérature médicale étant fort pauvre en observations relatives à des paralysies goutteuses, il nous paraît intéressant de signaler ici les 4 faits de ce genre, qui font l'objet du présent mémoire.

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de trente-huit ans qui éprouvait, depuis quelque temps, des douleurs dans les quatre membres, rappelant de tout point une polynévrite au début, lorsqu'on vit se déclarer une paralysie complète des deux extrémités inférieures et du bras droit. Or, après avoir persisté pendant deux jours, ces phénomènes paralytiques disparurent complètement dans l'espace d'une nuit, cédant la place à un accès de goutte polyarticulaire, qui portait, entre autres, sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Dans la suite, le patient présenta encore, à plusieurs reprises, les mêmes troubles morbides se succédant toujours dans le même ordre : hyperesthésie des nerfs périphériques, suivie de paralysie motrice; puis, disparition de la paralysie et attaque de goutte.

La seconde observation a trait à un homme de vingt-neuf ans, obèse, ayant un tophus au niveau de l'hélix de l'oreille gauche et atteint de néphrite goutteuse, chez lequel un accès de goutte, intéressant les articulations métatarso-phalangiennes des troisième et quatrième orteils du pied droit et le condyle externe du fémur gauche, a été accompagné d'une paralysie des muscles de la face antérieure de la cuisse gauche et de la musculature de la jambe droite. Les phénomènes paralytiques se dissipèrent dès que l'attaque de goutte prit fin.

Dans le troisième fait, on avait affaire à une femme de cinquante et un ans, ayant déjà présenté des parésies fugaces des extrémités et qui fut admise à l'hôpital pour un accès de goutte polyarticulaire. Au bout de quelques jours, les phénomènes aigus une fois disparus, on vit survenir une paraplégie complète des membres inférieurs avec parésie des extrémités supérieures. Ces troubles moteurs persistèrent relativement longtemps après la disparition des manifestations articulaires de la goutte.

Enfin, chez le quatrième malade, âgé de quarante-deux ans, goutteux avéré (tophi multiples), la paralysie, qui portait sur l'extrémité supérieure gauche et fut précédée de douleurs très vives au niveau de ce membre, ne tarda pas à être suivie d'un accès goutteux localisé à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit. La manifestation articulaire et la paralysie disparurent presque en même temps.

Encore que la paralysie se soit présentée, dans ces quatre observations, avec des caractères névritiques, on ne saurait guère admettre, en raison de la courte durée des troubles moteurs, l'existence d'une véritable névrite avec désintégration des fibres nerveuses. La rapidité même avec laquelle le premier malade, par exemple, a récupéré l'usage des membres paralysés ferait croire à une intoxication portant principalement sur les nerfs périphériques. Mais, contrairement à l'opinion admise par un certain nombre d'auteurs et, entre autres, par M. Buzzard, M. Thomayer ne pense pas qu'il faille incriminer, dans la pathogénie de ces phénomènes paralytiques, des dépôts d'urates : dans une série d'expériences qu'il a instituées sur des grenouilles, il a pu se convaincre, en effet, que l'acide urique ne détermine aucune paralysie, alors même qu'on le met en contact direct avec le nerf dénudé. (*Sbornik klinicky*, V, 4.) — L. CH.

Endocardite expérimentale, par M. F. Procházky.

On sait, depuis les recherches de M. Vyssokovitch, que l'introduction dans le courant sanguin d'une culture de microbes pyogènes ne suffit pas, à elle seule, pour provoquer une endocardite : il faut qu'il y ait, au préalable, une lésion de l'endothélium de l'endocarde. D'autre part, en l'absence de toute infection, un traumatisme des valvules ne saurait, non plus, produire une endocardite. En d'autres termes, les deux éléments indispensables à la pathogénie de l'endocardite sont constitués par un état morbide antérieur de l'endocarde et par l'infection. Or, si dans les endocardites traumatiques — relativement rares — les conditions prédisposantes sont absolument analogues à ce que l'on observe dans l'endocardite expérimentale par lésion mécanique des valvules, il n'en est plus de même dans la pratique courante, où l'endocardite survient au cours d'une maladie infectieuse et frappe un cœur qui jusqu'à ce moment-là était sain.

Partant de ce fait que l'endocardite est habituellement une affection secondaire, M. Procházky s'est demandé si la prédisposition des cellules endothéliales à l'infection ne serait pas due à l'action des *toxines*. Les expériences qu'il a instituées à cet égard sur des chiens ont pleinement justifié cette hypothèse. Ces expériences ont consisté à injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'abord des toxines (diphtérique, éberthienne ou pyocyanique), puis, lorsque l'animal était en proie à une toxémie manifeste, à pratiquer une injection intraveineuse de culture d'un microbe susceptible de déterminer une inflammation (staphylocoque, streptocoque, bacille de Friedländer). Or, sur 10 chiens traités de la sorte, un seul, qui avait reçu une injection de streptocoques peu virulents, survécut, tandis que les 9 autres succombèrent, au bout de quatre à huit jours, à une septicémie généralisée *avec endocardite très nette* portant non seulement sur le ventricule gauche, mais aussi sur le ventricule droit.

Ces faits démontrent que les conditions prédisposant à l'endocardite sont sous la dépendance de l'action des toxines. Il va sans dire que la toxémie primaire et l'infection microbienne aboutissant à l'endocardite peuvent être dues à un seul et même microorganisme, tout comme à des agents pathogènes différents. (*Sbornik klinicky*, V, 2.) — L. CH.

Un nouveau procédé pour ramener à la vie les personnes ayant perdu connaissance, par M. D. Panyrek.

Le procédé décrit par l'auteur consiste à exercer sur le nez des tractions rythmées, en soulevant et en abaissant énergiquement l'appendice nasal, soit à l'aide de la main, soit au moyen d'une compresse imbibée d'eau ou de vinaigre. D'après l'expérience de M. Panyrek, cette pratique serait susceptible de ramener les asphyxiés à la vie dans l'espace d'une ou deux minutes, l'efficacité du procédé étant d'ailleurs d'autant plus grande que l'individu est plus jeune et plus vigoureux.

Au cours des trois dernières années, l'auteur a eu maintes fois l'occasion d'utiliser les tractions rythmées du nez dans les cas d'asphyxie par anesthésie chirurgicale, et toujours il s'en est bien trouvé. Le procédé en question pourrait également rendre de bons services dans l'intoxication par l'oxyde de carbone ou par des poisons narcotiques, ainsi que dans les formes légères de shock. Il va sans dire qu'il convient de ne pas négliger de pratiquer en même temps la respiration artificielle.

On devra s'abstenir d'avoir recours à la méthode dont il s'agit toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une plaie du nez, ainsi que dans les traumatismes graves du crâne et dans les cas de coma diabétique ou urémique.

En ce qui concerne le mécanisme d'action de ces tractions rythmées, M. Panyrek serait porté à croire que l'excitation brusque des nerfs sensitifs détermine par voie réflexe une excitation des nerfs vasomoteurs de l'écorce cérébrale, du centre respiratoire, etc. (*Sbornik klinicky*, V, 4.) — L. CH.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Tenon. — M. F. Lejars.

Tuberculose musculaire primitive à foyers multiples.

Il paraît bien que ce terme de *tuberculose musculaire primitive* ne doive s'entendre qu'au sens clinique : si les noyaux tuberculeux sont inclus dans l'épaisseur même du corps charnu, s'ils figurent, à proprement parler, une tumeur musculaire, les recherches histologiques ont démontré, d'autre part, que la fibre musculaire n'est point l'habitat initial de l'agent pathogène ni le siège des lésions spécifiques, et que le « tubercule », gomme tuberculeuse, abcès froid, se développe et progresse, en réalité, dans les espaces conjonctifs du périmysium interne. Et l'intérêt du fait n'est pas seulement anatomo-pathologique : il confirme la résistance particulière du « muscle » au bacille de Koch, et nous allons trouver, dans la forme, l'évolution, le pronostic de la tuberculose « intramusculaire », maintes preuves de cette résistance : elle nous fournira même certaines conclusions opératoires.

Est-on mieux fondé à dire que la tuberculose des muscles est primitive, au moins dans quelques cas ? Non, sans doute ; c'est là simplement un terme de classification clinique; il n'est pas plus impropre, d'ailleurs, que les appellations courantes de tuberculose primitive des ganglions, des jointures, des os. Il consacre la distinction des deux formes de myosite tuberculeuse : la myosite secondaire, par envahissement, qui n'est pas rare; et cette myosite dite primitive, ces gommes tuberculeuses des muscles, qui naissent et croissent isolément, indépendantes de tout autre foyer, de toute autre tuberculose constatée, et qui affectent, par suite, tous les caractères d'une véritable entité morbide. Qu'il y ait toujours, même dans les types les mieux circonscrits, une localisation initiale de l'infection, lointaine, cachée, on ne saurait guère en douter, et c'est là une donnée qui vaut d'être retenue; mais la tuberculose dite primitive des muscles n'en a pas moins, en clinique, sa figure et ses traits, qu'il faut étudier de près, pour la reconnaître.

Un homme de cinquante et un ans, démolisseur, grand, fortement charpenté, mais un peu amaigri et pâle, entre dans notre service, le 27 mars dernier, pour se faire opérer d'une série de tumeurs dont je vais vous rappeler la localisation. A quarante-six ans, il a eu une « fluxion de poitrine », et, depuis lors, il tousse un peu l'hiver; depuis quelques mois des transpirations nocturnes sont survenues, mais il n'a jamais craché de sang, et l'auscultation ne laisse entendre que quelques craquements aux sommets.

Il y a cinq mois, sans cause, sans heurt, cet homme voit apparaître, à la face antéro-supérieure de la cuisse droite, un petit noyau dur, qui grossit assez vite, puis reste stationnaire, après avoir acquis le volume d'un poing d'enfant. Presque en même temps, un autre noyau se montre au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse gauche : celui-là grossit peu et même se réduit, au dire du malade, après quelques semaines. Dix jours plus tard, troisième noyau, cette fois à la partie supéro-externe de l'avant-bras droit, au-dessous du coude, noyau à développement rapide, qui devient gros comme une pomme, puis se ramollit et rougit. Quinze jours encore se passent, et, à la face postérieure du bras gauche, au tiers inférieur, il constate avec étonnement un quatrième noyau, qui acquiert la grosseur d'un œuf, et provoque des douleurs et une réelle gêne fonctionnelle.

La série en était là, lorsque notre homme se décida à entrer à l'hôpital. Les « tumeurs »

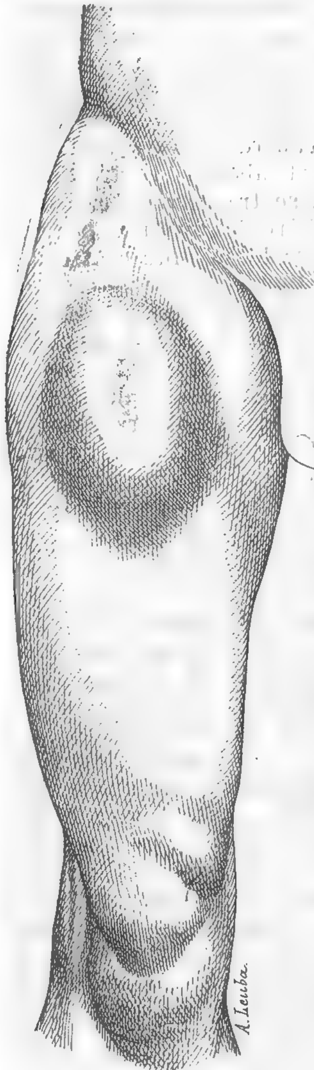


Fig. 1. — Tuberculose du droit antérieur de la cuisse.

avaient, toutes, les mêmes caractères généraux : elles n'adhéraient ni à la peau ni au squelette; manifestement intramusculaires, elles étaient mobiles, en travers, avec le corps charnu correspondant; elles devenaient plus dures et s'immobilisaient, lorsqu'on le faisait contracter. La tumeur de la cuisse droite (*fig. 1*), ovoïde, mesurant 10 centimètres au moins dans son grand axe longitudinal et 6 centimètres dans l'autre sens, occupait le droit antérieur; elle était ramollie et incomplètement fluctuante, à l'état de flaccidité; celle de l'avant-bras droit (*fig. 2*) dessinait un relief très proéminent, ovoïde aussi, et recouvert d'une peau rougeâtre, mais nullement adhérente; elle paraissait siéger dans le corps charnu du long supinateur, elle était nettement fluctuante; au bras gauche, il s'agissait, sans le moindre doute, d'un volumineux noyau, assez dur, celui-là, et un peu bosselé, inclus dans la partie moyenne du triceps brachial (*fig. 3*); il montait et descendait, lors des contractions du muscle; à la cuisse gauche, enfin, la tumeur, grosse comme le pouce, allongée, dure, suivait le trajet du droit interne (*fig. 4*) avec lequel elle faisait corps.

Cette localisation intramusculaire, cette consistance, cette évolution à peu près indolente, et aussi l'état pulmonaire, au moins suspect, du malade, me firent porter le diagnostic de *tuberculose musculaire à foyers multiples*, et me rappelèrent point pour point d'autres observations, plus anciennes, que je vous citerai tout à l'heure.

Le 28 mars, je procédai à l'exérèse en bloc de tous ces « tuberculomes », et vous avez pu constater que chacun d'eux était inclus en plein muscle et recouvert par l'aponévrose intacte. À la cuisse, le gros noyau du triceps, saillant au dehors, se prolongeait par un long et volumineux diverticule dans la profondeur du muscle : les deux segments furent enlevés, d'un bloc, en taillant dans le corps charnu; la tumeur, une fois extraite, avait la forme figurée ci-contre (*fig. 5*); elle était ramollie à son centre. L'abcès froid du long supinateur (ici, en effet, le ramollissement était total et c'était une véritable poche que l'on constatait) fut excisé par le même procédé, évacué d'abord, puis extirpé « comme une tumeur ». Même technique, mêmes remarques pour la masse incluse dans le triceps brachial gauche (*fig. 6*). Quant au noyau de la cuisse gauche, il ne pénétrait que très peu dans le muscle et adhérait fortement à l'aponévrose : il était formé, du reste, d'une épaisse coque fibreuse et ne contenait qu'un peu de pus caséeux, à son centre; on eût dit un tubercule en voie de régression.

Toutes les plaies furent réunies, par un surjet profond, musculo-aponévrotique, et une suture cutanée; elles guérirent sans incident.

L'examen bactériologique et histologique, pratiqué par notre interne, M. Duclaux, confirma la nature de ces tumeurs musculaires. Par la coloration à la fuchsine de Ziehl, on découvrit, dans le pus, de nombreux bacilles de Koch, ce qui n'a rien d'étonnant, les noyaux tuberculeux étant, en somme, de date récente



Fig. 2. — Abcès froid du long supinateur.

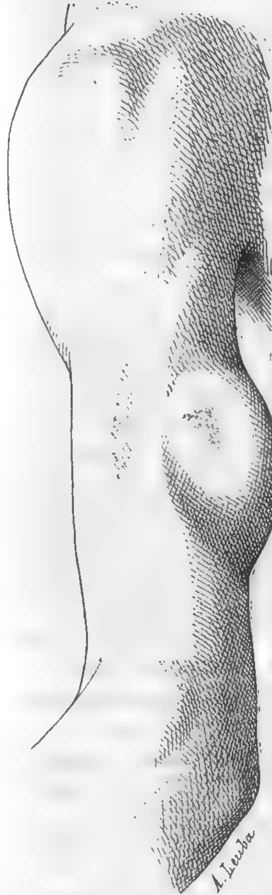


Fig. 3. — Gomme tuberculeuse du triceps brachial.



Fig. 4. — Gomme tuberculeuse du droit interne.

et d'évolution rapide. Les coupes de la paroi des abcès froids intramusculaires (après fixation à l'alcool, inclusion à la paraffine et coloration à



Fig. 5. — Abcès froid du droit antérieur de la cuisse, bilobé, excisé en bloc, avec les faisceaux charnus qui lui adhèrent.

l'hématéine-éosine-orange) permirent de reconnaître ce qui suit : « On voit tout d'abord (en allant de dedans en dehors) une couche de tissu embryonnaire avec des follicules tuberculeux, disséminés et dont quelques-uns contiennent

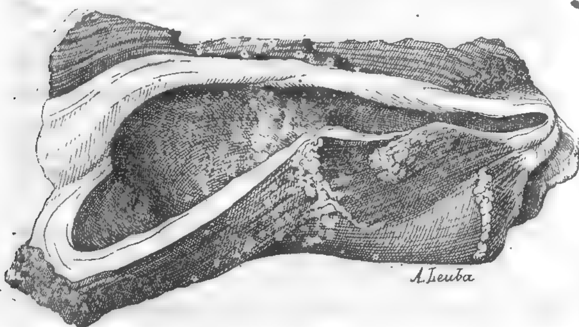


Fig. 6. — Abcès froid du triceps brachial; la poche est extirpée en bloc et ouverte : on voit la coque épaisse qui la circonscrit et les fibres musculaires avec lesquelles elle fait corps de toutes parts.

des cellules géantes fort nettes. Cette première zone se continue, en dehors, avec une couche fibreuse infiltrée elle-même de cellules embryonnaires : ces travées embryonnaires sont principalement disposées le long des vaisseaux, et ces derniers sont épaissis et sclérosés. Au delà, à la limite externe, on rencontre le tissu musculaire : les fibres les plus voisines de la zone fibreuse sont atrophiées, dégénérées, fragmentées, et même totalement détruites par places; plus loin, les fibres musculaires reprennent un aspect normal. »

Il est indispensable, en effet, que toutes les observations de ce genre soient soumises à l'authentification du laboratoire; car les abcès froids intramusculaires, je veux dire les collections indolentes et d'évolution chronique, ne sont pas toujours des abcès tuberculeux. Et c'est pour cela qu'un certain nombre de faits anciens — et même contemporains — qui, suivant toutes les apparences, rentrent bien dans le cadre de la tuberculose musculaire, ne sont pourtant pas, comme M. E. Zeller (1) le faisait remarquer dans un mémoire récent, « valables de tout point » (2).

Malgré ces restrictions, l'histoire de la tuberculose musculaire est étayée aujourd'hui sur des documents suffisamment précis (3), pour que sa personnalité clinique et anatomo-pathologique soit dûment établie. On s'accorde à en décrire trois types : la *gomme*, l'*abcès froid*, l'*infiltration tuberculeuse;* les deux premiers ne représentent que les étapes accoutumées du noyau tuberculeux, d'abord « cru », dur et compact, puis ramolli et abcédé; le troisième, beaucoup plus rare, se traduit par une confluence toute particulière des nodules, par une sorte de gangue tuberculeuse, diffuse et continue, lardacée, cirrhotique, qui transforme, en bloc, une large nappe musculaire, ou le muscle tout entier : M. Delorme en a fait connaître les premiers exemples en 1891 (1). Là encore, on trouve des stades successifs et des formes intermédiaires, et il convient de rapprocher, de l'infiltration massive dont je viens de vous parler, la tuberculose à gros noyaux multiples et confluents; chez un de mes malades (2), « toute la région sus-rotulienne, dans une hauteur de quatre à cinq travers de doigt, était semée de nodosités du volume d'une noix, d'une olive, d'un pois, de consistance ferme, nodosités arrondies ou ovoïdes, qui durcissent, s'immobilisent et disparaissent en partie lors de contraction du triceps ». Je constatai, en effet, après avoir relevé un grand lambeau cutané et mis à découvert le tendon tricipital et la partie inférieure des deux vastes, que la substance charnue, en dedans et en dehors du tendon, était parsemée de noyaux, les uns, durs, jaunes et crus, les autres ramollis et caséeux; un gros noyau siégeait dans l'épaisseur même du tendon; en dedans, plusieurs grosses masses caséeuses, coalescentes et formant relief, occupaient toute la portion correspondante du vaste interne. J'excisai largement la zone infiltrée, en taillant dans le muscle et en évidant le tendon autour du gros tubercule qu'il enchâssait, puis je réparai du mieux possible la vaste brèche.

La pièce fut examinée par Pilliet; il en dégagea une formule histologique, si je puis dire, de la tuberculose musculaire, qui, depuis, n'a pas été modifiée. Sans entrer dans les détails, je vous rappellerai qu'il a étudié successivement : la *tuberculose des grands espaces conjonctifs du muscle*, les *lésions du faisceau musculaire*, les *lésions de la fibre musculaire*. C'est dans les espaces conjonctifs péri et intramusculaires que la tuberculose se développe et s'étend : « Elle suit surtout les gaines vasculonerveuses qui remplissent ces espaces, et on la rencontre, comme toujours, beaucoup plus marquée autour des artérioles. » Quant aux tendons, « ils sont attaqués par leurs méso-tendons, l'infiltration tuberculeuse suivant, comme toujours, les vaisseaux sanguins ». Le mode d'envahissement des faisceaux musculaires obéit encore au même processus : « La gaine de l'artère centrale du faisceau s'épaissit, puis cette artériole elle-même; et l'on voit se développer autour d'elle, au centre du faisceau, par conséquent, une accumulation considérable de cellules embryonnaires, à noyaux volumineux. Elles forment un nodule, qui englobe l'artère, tout en la laissant, en général, un peu de côté... Les fibres les plus proches sont englobées et isolées, bientôt elles disparaissent au centre du nodule, et ainsi se trouve constitué un follicule tuberculeux, sans cellules géantes d'origine conjonctive, sans cellules épithélioïdes. » Enfin la fibre musculaire elle-même subit trois types de lésion : l'atrophie pure et simple, la tuméfaction avec perte des fibrilles musculaires, la transformation en cellules à noyaux multiples. En résumé, conclut Pilliet, « nous voyons la tuberculose envahir d'abord le tissu conjonctif (3) et s'y creuser des cavernules, puis le muscle, et transformer sa fibre propre ».

Et cet envahissement débute et progresse autour des vaisseaux; ce qui confirme l'origine *hématogène* de cette tuberculose musculaire, au sens de Ziegler; elle ne procède pas d'une infection sur place : c'est par le système sanguin, par le sang ou par la paroi vasculaire, que l'infection bacillaire se transmet, à distance, jusqu'au corps charnu. Ce mécanisme suppose, d'ailleurs, une porte d'entrée, plus ou moins lointaine, un foyer originel, apparent ou caché, et je vous ai dit déjà combien cette notion était importante en clinique; il rend compte, d'autre part, de ces disséminations métastatiques, de ces tuberculoses musculaires multiples, sur lesquelles je vais insister.

Mais comment expliquer cette « fixation » inattendue au niveau de tel ou tel muscle, et cela sans cause, sans traumatisme avéré, au hasard, semble-t-il? On ne saurait fournir de réponse satisfaisante; il y a lieu de noter, toutefois, que la tuberculose se cantonne, de préférence, dans les muscles « travailleurs », ceux qui « peinent » le plus : droit antérieur de la cuisse; biceps brachial; triceps brachial; long supinateur; grand palmaire; deltoïde, etc.; que, d'autre part, le noyau tuberculeux naît et se développe très fréquemment aux extrémités du muscle, dans la zone de jonction des fibres charnues et des fibres tendineuses : de cette double remarque, il est permis de conclure que les ruptures et les arrachements fibrillaires interstitiels ne sont pas, vraisemblablement, sans jouer quelque rôle.

Quoi qu'il en soit, c'est la forme *mono-musculaire*, gomme ou abcès froid, que l'on a presque toujours observée, et qui a servi de thème aux descriptions. Sans y insister, je me contenterai de vous rappeler les difficultés qu'elle peut susciter au diagnostic. Alors même que la « tumeur » intramusculaire est bien isolée, parfaitement mobile avec le corps charnu qu'elle occupe, sans nulle adhérence avec le squelette, les ganglions ou la peau, plusieurs hypothèses se présentent toujours à la discussion : il me suffira de vous citer le kyste hydatique, le sarcome et le fibro-sarcome, le lipome, la gomme syphilitique. A cette énumération, le tubercule manque souvent, et bien à tort, car, au nombre de ces tumeurs rares, c'est peut-être la « tumeur tuberculeuse » qui l'est le moins. Mais il ne faut pas oublier non plus d'autres collections intramusculaires, indolentes, chroniques, qui rappellent parfois trait pour trait l'abcès froid proprement dit. Je veux parler des « vieux » hématomes suppurés, de coque épaisse, inclus en plein muscle, et dont l'origine, souvent oubliée, remonte à un accident, à un traumatisme lointain, datant de plusieurs mois et même d'années : les exemples n'en sont pas exceptionnels. Je veux parler aussi des abcès « éberthiens », consécutifs à une dothiénentérie, parfois très éloignée, et dont les allures peuvent donner le change. Un jeune homme de vingt et un ans entre à l'hôpital Beaujon, le 4 décembre 1897, avec une grosse tumeur de la cuisse droite : la tumeur, qui dessine un relief ovoïde, de 10 à 12 centimètres de long, occupe la partie supéro-externe de la cuisse; elle est manifestement profonde, intramusculaire, et, à sa surface, la peau glisse librement; très tendue, presque dure, elle donne pourtant une sensation vague de fluctuation. D'ailleurs, la pression est douloureuse, au moins depuis les deux dernières semaines, et, depuis lors, la gêne fonctionnelle s'est accentuée et la masse a rapidement grossi.

Le début des accidents remonte, en effet, au mois de septembre. A cette époque, le malade commença à souffrir de la cuisse droite; il fut contraint de s'aliter quelque temps, et l'on eut recours aux vésicatoires et aux pointes de feu. Puis une accalmie survint, et se prolongea jusqu'en décembre.

(1) E. Zeller. Ueber primäre Tuberkulose der quergestreiften Muskeln. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1903, XXXIX, 3, p. 633.)

(2) Et cette remarque s'applique aux 30 cas rapportés dans la monographie de M. Plantard (*Thèse de Paris*, 1901), ainsi que l'auteur l'indique, d'ailleurs, lui-même.

(3) Voyez en particulier l'important mémoire de MM. O. Lanz et F. de Quervain (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, XLVI, 1.)

(1) Delorme. De la myosite tuberculeuse. (*Comptes rendus du cinquième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1891, p. 555, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 152.)

(2) F. Lejars. Tuberculose musculaire à noyaux multiples du triceps crural. (*Rev. de la tuberculose*, oct. 1899, p. 223.)

(3) C'est à une conclusion toute semblable que sont arrivés MM. R. Petit et N. Guinard. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 28 mai 1899.)

Je vous dirai tout de suite que ce jeune homme avait eu, en avril, une fièvre typhoïde, de forme régulière, d'ailleurs, et assez bénigne, dont il était guéri dans les premiers jours de juin. Bien qu'aucun indice de complication ne se fût alors montré à la cuisse et que, pendant trois mois, aucune douleur n'eût paru, il était rationnel de faire remonter à l'infection typhoïdique la collection profonde, intramusculaire, constatée en décembre, encore qu'elle revêtît, dans son mode de début, son évolution, ses signes physiques, tous les caractères d'un abcès froid, quelque peu « échauffé » dans les derniers temps.

Le 10 décembre 1897, j'ouvris cet abcès, et je constatai qu'il était situé en plein muscle, dans l'épaisseur du vaste externe, recouvert, en avant, de l'aponévrose intacte et d'une première nappe musculaire, et séparé, d'autre part, du périoste, par les plans musculaires profonds. Il n'avait aucun rapport ni avec le squelette ni avec l'articulation. Il contenait un pus épais, brunâtre, sans grumeaux ni fongosités; il n'avait pour paroi que les fibres charnues, effritées et ramollies. Ce pus, examiné par M. Marcel Labbé, contenait « du bacille d'Eberth pur et vivant ». On rechercha, en outre, la propriété agglutinante du sérum sanguin, chez le malade : « A cet effet, le sérum fut recueilli, par piqûre du doigt, le lendemain de l'ouverture de l'abcès : il donna lieu à une réaction agglutinante positive par le procédé extemporané, même dans une dilution à 1 p. 300. Après la guérison complète de l'abcès, le 1er février, le sérum fut, de nouveau, recueilli et sa puissance agglutinante se montra encore la même. »

Le type à *foyers multiples* crée naturellement au diagnostic des conditions un peu différentes; et ces polymyosites tuberculeuses valent, certes, qu'on les étudie. Les exemples en sont rares encore, mais très caractérisés et surprenants parfois.

Habermaas (1), en 1886, relatait l'histoire d'un homme de cinquante-quatre ans, « suspect » de mal de Pott dorsal, et chez lequel on trouvait, disséminées sur les membres supérieurs et inférieurs et le tronc, une douzaine de petites tumeurs, du volume d'un pois à celui d'un œuf. La plupart furent extirpées, et l'on reconnut qu'elles occupaient l'épaisseur même des muscles, et qu'elles avaient toutes les apparences de tubercules, caséifiés à leur centre. L'examen histologique et bactériologique confirma cette interprétation.

Chez son premier malade, observé à la même époque, M. Delorme vit évoluer aussi la tuberculose musculaire multiple, mais avec un caractère de diffusion et de malignité spéciales. Le grand pectoral droit fut d'abord envahi, puis le triceps brachial droit, dans sa totalité, et encore les muscles antérieurs de l'avant-bras gauche. Très vite, la tuberculose se généralisa, et la mort survint, en pleine cachexie, au bout d'un an.

Dans le mémoire de M. E. Zeller, que je vous citais tantôt, je trouve une autre observation, des plus typiques, émanant de la clinique de M. le professeur von Bruns : une fillette de neuf ans est atteinte d'un eczéma scrofuleux, depuis longtemps, et, depuis trois mois, d'un abcès fistuleux au pouce. Dans l'espace de quatre ou cinq semaines, une série de tumeurs musculaires se développent en divers points du corps. Ici donc, notez-le tout de suite, le foyer initial, la porte d'entrée, étaient nettement marqués. On ouvrit et l'on excisa un gros noyau abcédé du mollet, occupant les jumeaux; un autre noyau, également ramolli, du droit antérieur, à la cuisse gauche; un abcès froid, du volume d'une pomme, à la face antéro-supérieure de l'avant-bras gauche, logé dans le corps charnu du long fléchisseur; une autre tumeur, de même aspect, incluse dans le biceps brachial gauche. Toutes ces collections étaient intramusculaires, engainées par les fibres charnues à leur face profonde, par l'aponévrose à leur face superficielle. L'examen histologique ne laissa aucun doute sur leur nature. La guérison se maintenait dix mois plus tard : un petit abcès, gros comme une noisette, s'était montré dans la cicatrice du mollet, récidive en miniature, qui avait totalement disparu après une simple incision.

Ici, l'état général, les antécédents, la présence d'une fistule au pouce, ne permettaient guère d'hésiter sur la qualification de ces tumeurs intramusculaires multiples. Mais les choses ne revêtent pas toujours ces caractères de quasi-évidence; et, comme la tuberculose musculaire isolée et cantonnée, sous telle ou telle forme, à un seul muscle, les polymyosites tuberculeuses, et les noyaux multiples et disséminés qu'on voit surgir, en quelques semaines, d'un seul jet, ou par poussées successives, peuvent éclore sur le terrain, en apparence, le moins préparé, en pleine santé, sans aucun antécédent « révélateur ». Ainsi en était-il chez un jeune homme de dix-huit ans, dont M. Steinbach (1) a publié l'observation. A la mi-février 1900, un premier noyau apparaît sur le devant de la cuisse droite, dans le triceps; il devient rapidement gros comme le poing, il reste dur; fin février, un autre noyau se montre à la jambe droite, au-dessus de la malléole externe; il acquiert les dimensions d'une petite pomme, il occupe (l'opération permettra de le vérifier) le tibial antérieur et l'extenseur commun; à la même date, une troisième tumeur est constatée à la partie externe du coude gauche, dans le long supinateur. L'état général n'a subi aucune atteinte. On discute les hypothèses de sarcome, d'actinomycose, de syphilis, de collections suppurées lymphangitiques, et celle de tuberculose, sans qu'on puisse conclure, en présence de l'intégrité des os et des articulations, et d'un état général excellent, au bien fondé de cette dernière. Le 7 avril, on extirpe les « tumeurs », et l'examen démontre qu'il s'agit bien de noyaux tuberculeux intramusculaires. Mais ce n'est pas tout, et la dissémination tuberculeuse ne fait que commencer. Au milieu de mai, un nouveau tuberculome se développe dans le long supinateur gauche, à 4 centimètres au-dessous du point que le premier occupait. Au milieu de juin, quatre noyaux surgissent au bras droit : le premier, dans le long abducteur du pouce; le second, à la partie inférieure du biceps; le troisième, à l'extrémité inférieure du deltoïde; le quatrième, au tiers supéro-externe du même deltoïde. Le 26 juillet, nouvelle séance opératoire : excision des cinq tumeurs de la seconde poussée. Ce n'est pas tout encore, et l'évolution « métastatique » se poursuit : nouvelles localisation dans le tenseur du fascia lata, à la cuisse gauche; dans le court pronateur, à l'avant-bras gauche; dans le biceps fémoral gauche; ablation le 6 octobre. En novembre, nouveau tuberculome dans le long abducteur du pouce droit, qui s'étend aux gaines : on l'extirpe. Autre noyau dans le trapèze droit; on l'extirpe aussi. Ce fut la fin, ou, tout au moins, le signal d'une trêve, qui, au bout de quatre mois, durait encore : le malade avait repris son travail, et rien n'était reparu.

Vous remarquerez, dans ces observations et chez notre malade, l'apparition très rapide, en quelques semaines d'ordinaire, des tumeurs multiples, ou leur succession presque ininterrompue, comme dans le cas si curieux de M. Steinbach. On dirait un processus d'embolies « subintrantes » et disséminées. Et n'est-il pas étrange de voir le système musculaire, d'ordinaire si résistant à la tuberculose — et qui lui sert, de fait, si rarement d'habitat —, brusquement envahi aux points les plus divers, aux membres supérieurs et inférieurs, à la région cervico-dorsale, sans lien, sans rapport, sans cause localisatrice? Cette multiplicité même des tumeurs doit fournir un appoint au diagnostic; c'est à la sarcomatose ou aux kystes hydatiques multiples, exceptionnels, d'ailleurs, qu'on peut penser tout d'abord, mais une pareille poussée sarcomateuse n'irait pas, suivant toute apparence, sans une déchéance fort grave de l'état général; et, d'autre part, la consistance variable des divers noyaux, le ramollissement et la fluctuation franche des uns, la dureté, les contours fermes et bosselés des autres, fournissent, à une exploration minutieuse, des indices d'une réelle valeur. Au besoin, la ponction exploratrice d'un noyau fluctuant permettrait de préciser le diagnostic — et, grâce à l'examen du pus, d'éliminer l'hypothèse d'actinomycose.

En réalité, l'interprétation clinique ne laissera pas que d'être souvent difficile, et c'est pour cela précisément qu'il est utile de bien mettre en lumière ce type si particulier de la tuberculose musculaire à foyers multiples.

Vous auriez tort, d'ailleurs, de lui attribuer toujours un caractère de spéciale malignité, que sembleraient accuser, d'emblée, ses allures d'infection généralisée. Oui, sans doute, il en serait ainsi, à un stade avancé déjà de la tuberculose pulmonaire ou d'une tuberculose périphérique, où la brusque apparition de ces « métastases » serait du plus mauvais augure, et aussi dans le cas de cette polymyosite tuberculeuse massive et de généralisation rapide, que M. Delorme décrivait naguère; mais, sous son type le plus commun de gommes ou d'abcès froids, nous avons vu que la tuberculose musculaire pouvait être et rester longtemps primitive, ou, du moins, sembler telle, en clinique, c'est-à-dire n'être associée à aucune autre localisation apparente de l'infection bacillaire, et s'allier à une santé générale parfaite. Alors même, vous ne devrez jamais oublier — et M. Steinbach y insistait avec raison — que cette éclosion soi-disant primitive des tubercules musculaires procède, en réalité, d'un point de départ commun, d'un foyer initial « à découvrir », qu'il y a toujours de la tuberculose « ailleurs », et qu'il faut chercher cette tuberculose.

Même en présence de cette dissémination « métastatique », gommes et abcès froids intramusculaires ne sauraient passer pour des *noli me tangere*, et cette contre-indication opératoire, qui résulte, pour certains néoplasmes, de leur multiplicité et de leur quasi-généralisation, n'est point, ici, justifiée. Il convient d'opérer la tuberculose musculaire, qu'elle soit à localisation unique ou à foyers disséminés, et c'est la conclusion qui paraît ressortir de l'ensemble des faits connus. L'opération sera faite, d'ailleurs, très largement : vous devrez vous abstenir de tout grattage, de tout curettage, mais extirper le noyau ou l'abcès tuberculeux, comme une tumeur solide, en bloc, par l'entaille directe du muscle ambiant. Vous ne craindrez pas d'exciser, de la sorte, des segments volumineux, ou des nappes étendues des corps charnus : vous réparerez, du mieux possible, la perte de substance, par un surjet de catgut et la réunion de la gaine aponévrotique; du reste, on peut reconnaître, ici encore, que le sacrifice de vastes portions de muscles n'entraîne pas, en général, de troubles fonctionnels notables. Il y a, d'autre part, un intérêt de premier ordre à profiter de la localisation des tubercules musculaires, de leur cantonnement initial, pour en réaliser une exérèse complète; en effet, ils ne restent pas toujours à cet état d'inclusion intramusculaire, ils peuvent gagner, envahir et perforer l'aponévrose, pour se répandre dans les plans sous-cutanés; d'un autre côté, ils fusent parfois, le long du

(1) O. Habermaas. Ueber die Tuberkulose der Mamma und einige andere seltene Fälle von chirurgischer Tuberkulose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1886, II, 1, p. 44.)

(1) Steinbach. Ueber primäre Muskeltuberkulose. (*Thèse de Leipzig*, 1901.)

muscle, jusqu'au tendon, jusqu'à la gaine, et, par les gaines, le processus risque de s'étendre à la synoviale voisine.

L'éradication précoce et totale des « tuberculomes musculaires » nous paraît donc tout indiquée, et, j'ajoute encore, même dans les formes à foyers multiples, et lorsque l'excision d'une première série de tumeurs est suivie, à quelque temps de là, d'une poussée nouvelle, comme dans le fait de M. Steinbach. Sans méconnaître la signification de ces « éruptions » métastatiques, il convient de ne pas oublier que, localement, il s'agit, en général, de tuberculoses bénignes, circonscrites, d'exérèse facile; qu'il y aura toujours bénéfice, pour le malade, à être délivré de ces foyers disséminés d'infection, et que la lésion initiale, « d'entrée », apparente ou cachée, n'en aura elle-même que plus de chances de guérir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai 1904.

Etude statistique sur la mortalité cancéreuse à Fontainebleau.

M. Périer lit, à l'occasion d'un travail envoyé sur ce sujet par M. Foucault (de Fontainebleau), un rapport que nous résumons ainsi :

Quelques observateurs ayant attribué un certain rôle au voisinage des forêts et à l'humidité du sol dans la genèse et la répartition du cancer, M. Foucault a fait un certain nombre de recherches pour vérifier le bien fondé de ces allégations en ce qui concerne Fontainebleau.

Sur 11,048 décès qui ont eu lieu dans cette ville de 1861 à 1901, c'est-à-dire en quarante années, on en compte 759 dus à des affections cancéreuses, ce qui représente 6 87 % de la mortalité générale. Au point de vue de la répartition des cas de cancer, M. Foucault a constaté que la mortalité cancéreuse est d'autant plus élevée que le quartier est plus bas et plus humide, et que toutes les maisons « multicancéreuses » sont des habitations mal aérées, dont l'humidité est entretenue non seulement par les matériaux de construction, mais encore par le mauvais écoulement des eaux ménagères ou fluviales.

D'autre part, pendant onze des premières semaines de cette année, il y a eu à Paris 11,604 décès sur lesquels 627 — soit 5.40 % de la mortalité totale — reconnaissent pour cause des cancers.

La comparaison de ces deux pourcentages accuse donc une différence de 1.5 % environ en faveur de Paris : pour 14 décès de cancéreux à Fontainebleau, il n'y en aurait que 11 à Paris.

Malgré cet écart, le rapporteur estime, ainsi que l'a soutenu naguère M. de Bovis dans ce journal même (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 314) que « les théories géographiques ou géologiques ne nous donnent pas encore la clef de la fréquence du cancer dans tel ou tel pays, dans telle ou telle province », conclusion que n'ont pas infirmée les travaux ultérieurs.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 16 et 24 mai 1904.

Etude de la moelle épinière au moyen des rayons N.

MM. A. Broca et **A. Zimmern**. — Les rayons N étant émis par les divers organes surtout pendant leur fonctionnement, nous avons appliqué cette donnée à l'étude des localisations médullaires chez l'homme.

Abstraction faite de la région cervicale, nous avons pu mettre en évidence cinq points d'émission maxima des rayons N, siégeant respectivement au niveau des deuxième, cinquième et onzième vertèbres dorsales, de la deuxième lombaire et du milieu du sacrum.

Le premier de ces points correspond vraisemblablement au centre cilio-spinal. Quant au point situé dans la région de la deuxième lombaire, il correspond principalement au centre génital; c'est ainsi qu'on en reconnaît l'existence surtout chez les sujets jeunes. Le centre vésico-spinal est d'ailleurs tout voisin, car, chez une femme ovariotomisée depuis plusieurs années, ce point n'émettait des rayons N que quand la vessie était distendue.

Expulsion rapide de calculs par la d'arsonvalisation.

M. A. Moutier. — J'ai observé quelques faits qui démontrent que les courants de haute fréquence ont une action expulsive sur les calculs, au moins dans certains cas. En effet, d'une part, j'ai assez souvent constaté, chez des artérioscléreux soumis à l'autoconduction dans le but d'abaisser leur pression artérielle, une émission de graviers et quelquefois de petits calculs urinaires à la suite des premières séances de d'arsonvalisation. D'autre part, j'ai soigné 2 malades chez lesquels l'expulsion de calculs urinaires suivit, à quelques heures d'intervalle, la première application électrique. La concordance de ces divers faits ne me permet pas de supposer qu'il s'agisse là de simples coïncidences.

Modifications de la radiation des centres nerveux sous l'action des anesthésiques.

MM. J. Becquerel et **A. Broca**. — Nous avons pu constater, chez des chiens soumis à divers modes d'anesthésie (éther, chloroforme, chloral-morphine), que, pendant la période d'excitation du début de l'anesthésie, le cerveau émet des rayons N en quantité énorme; puis, quand l'anesthésie devient plus profonde, cette émission diminue de plus en plus et finit par cesser complètement; par contre on voit apparaître des rayons N_1. Au niveau de la moelle, les variations sont beaucoup moins marquées; cependant, au bout d'un certain temps, les centres médullaires cessent d'être distincts, et il peut même y avoir émission de rayons N_1 : en pareil cas, la vie de l'animal est en danger.

Epuration bactérienne des eaux au moyen de sable fin.

MM. P. Miquel et **H. Mouchet** adressent une note dans laquelle ils préconisent, pour l'épuration en grand des eaux de rivière, l'usage de filtres formés d'une masse homogène de sable très fin, de 1 mètre environ d'épaisseur, soutenue par une couche de gravier convenablement drainée. Un tel filtre réaliserait une épuration bactérienne parfaite à condition que l'eau distribuée à sa surface n'excédât pas la quantité de 400 c.c. par mètre carré et par minute; c'est ainsi que l'eau du canal de l'Ourcq, qui renferme à peu près 10,000 colibacilles par litre, était complètement débarrassée de ce microbe après filtrage par ce procédé.

MM. M. Lambert et **Ed. Meyer** envoient une note relative à des expériences qui tendent à démontrer que les rayons N ont sur l'activité des ferments, comme sur la végétation, une légère action ralentissante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 18 et 25 mai 1904.

Infection hépatique grave traitée par le drainage des voies biliaires.

M. Mignon. — J'ai eu l'occasion d'opérer un cas d'ictère infectieux à forme grave, chez un homme de vingt-deux ans, dont la situation, au quinzième jour de la maladie, paraissait désespérée. Après avoir isolé la vésicule biliaire, qui était vide, je l'ouvris et pratiquai facilement le cathétérisme des voies biliaires; je remplaçai le cathéter par un drain que je fixai à la paroi, ainsi que la vésicule. A la suite de cette intervention, la bile s'écoula en abondance par le drain et l'état du patient s'améliora rapidement. Malgré une poussée de congestion pulmonaire, survenue au douzième jour, les suites opératoires furent très simples, et ce jeune homme jouit actuellement d'une bonne santé.

Les ensemencements de la bile, pratiqués par M. Vincent, sont restés constamment négatifs. Ce résultat peut s'expliquer soit parce que le microbe était mort, soit parce qu'il échappait aux méthodes bactériologiques actuelles.

M. Lejars. — Le fait que M. Mignon vient de nous communiquer est, à mon avis, d'une très grande importance. On pourrait d'ailleurs citer d'autres observations analogues; j'ai eu moi-même à soigner un homme qui présentait tous les signes de l'ictère grave, et il a suffi d'une simple cholécystostomie pour mettre fin à tous les accidents.

Il convient d'insister sur la valeur du traitement chirurgical dans les cas de ce genre, qui, trop souvent, passent pour désespérés.

M. Bazy. — Dans un cas d'ictère chronique d'origine calculeuse, j'ai pratiqué également avec succès le cathétérisme des voies biliaires et le cours de la bile s'est finalement rétabli d'une façon parfaite.

M. Hartmann. — Dans les conditions normales, le cathétérisme des voies biliaires n'est pas réalisable, et, pour qu'il puisse réussir, il faut évidemment qu'il y ait une altération de ces canaux.

Chez une malade atteinte d'ictère chronique, j'ai pratiqué récemment le drainage du bout supérieur du cholédoque, après avoir incisé ce canal, et l'écoulement de la bile s'est produit par le drain au bout de quelques jours; cette femme va bien actuellement.

M. Tuffier. — La cholécystostomie et le drainage des voies biliaires m'ont donné de bons résultats dans des cas d'angiocholite avec ictère; mais c'est surtout dans l'angiocholite sans ictère, qui est plus grave, qu'il serait important d'apprécier la valeur du drainage des voies biliaires.

M. Routier. — Chez une femme atteinte d'ictère chronique, j'ai fait simplement une laparotomie exploratrice, au cours de laquelle je me suis borné à explorer les voies biliaires, sans les ouvrir; il est probable que, pendant les manœuvres d'exploration, j'ai déplacé un bouchon muqueux qui était la cause de l'obstruction des voies biliaires, car le cours de la bile se rétablit les jours suivants.

M. Lucas-Championnière. — J'ai observé un fait tout à fait analogue : une simple laparotomie avec exploration des voies biliaires, sans le moindre drainage, a été également suivie du rétablissement du cours de la bile.

M. Quénu. — M. Longuet a, dans sa thèse, rapporté un certain nombre d'observations de ce genre. Il est vraisemblable que, en pareille occurrence, on déplace, comme l'a dit M. Routier, un bouchon muqueux oblitérant les voies biliaires.

M. Reynier. — Pour juger de la valeur de l'intervention chirurgicale dans les affections biliaires, il faudrait, dans chaque observation, être certain du diagnostic. Or, dans un cas où je croyais à un ictère infectieux, il y avait des calculs dont j'avais méconnu l'existence. Chez une autre malade, que j'ai opérée avec M. Routier et qui offrait tous les signes d'une infection biliaire, une simple laparotomie exploratrice a été suivie d'une guérison complète.

De l'intoxication par le naphtol camphré.

M. Périer. — A propos du cas mortel d'intoxication par le naphtol camphré, que M. Guinard a relaté dans la précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 155), il convient tout d'abord de se demander si le poison a pénétré par absorption ou par effraction, car, dans la première hypothèse, il conviendrait évidemment de rejeter complètement l'emploi de cet agent médicamenteux. Or, en raison de la rapidité avec laquelle les accidents ont évolué, d'une part, et de l'insolubilité du naphtol camphré, d'autre part, je ne pense pas qu'on puisse invoquer l'absorption par osmose.

Du reste, dans un cas de fistule abdominale consécutive à un kyste hydatique rompu du foie, j'ai eu, pour ma part, l'occasion d'injecter à diverses reprises, pendant plusieurs mois, jusqu'à 20 c.c. de naphtol camphré dans la cavité péritonéale, sans voir survenir le moindre signe d'intoxication, et je pourrais vous citer de nombreux faits analogues. Je ne crois donc pas que le contact du naphtol camphré avec une surface absorbante puisse avoir déterminé aucun des accidents observés par M. Guinard; il faut admettre, par conséquent, que la cause unique de ces accidents est la pénétration du médicament par effraction.

M. Nélaton. — Je n'ai jamais injecté de naphtol camphré dans une cavité, mais j'ai très

souvent utilisé ce médicament en application sur des plaies ou sur des surfaces largement ouvertes, sans observer d'accident.

M. Delbet. — Il y a une quinzaine d'années, j'ai fait des expériences sur les animaux, non pas avec le naphtol camphré, il est vrai, mais avec l'eau naphtolée; j'ai vu que les chiens succombaient en quelques minutes, au milieu d'accidents convulsifs, à des lavages du péritoine avec ce liquide.

M. Lucas-Championnière. — J'avais dans mon service, il y a deux ans, un homme qui conservait une fistule consécutive à un abcès de la fosse iliaque; on faisait de temps en temps, dans ce trajet fistuleux, une injection d'une petite quantité de naphtol camphré. Or, à la suite d'une de ces injections, le malade fut pris de syncope, et, pendant quatre ou cinq heures, nous avons craint de voir cet accident se terminer par la mort; il est certain que, dans ce cas, il n'y avait eu aucune effraction. Dans ces conditions, je crois qu'il faut considérer le naphtol camphré comme dangereux et je préfère, pour ma part, renoncer à me servir de ce médicament.

M. Peyrot. — J'ai été témoin de plusieurs accidents graves dus au naphtol camphré, et il semble bien que, dans quelques cas, il n'y avait pas eu la moindre effraction. C'est ainsi que, dans un fait d'abcès symptomatique d'un mal de Pott, l'injection de 7 à 8 grammes de ce médicament a été suivie d'accidents très sérieux qui ont duré toute la journée. Dans un autre cas d'abcès par congestion, après une injection de 20 à 25 grammes faite par un de mes internes, j'ai trouvé la malade dans le coma, le lendemain matin, avec des accès épileptiformes; j'ai largement ouvert l'abcès, et la patiente a eu la chance de guérir. C'était la veille au soir, plusieurs heures après l'injection, que les premiers signes d'intoxication s'étaient manifestés par des vomissements; il ne devait donc pas y avoir eu d'effraction, puisque les accidents avaient été tardifs.

M. Kirmisson. — J'ai essayé le naphtol camphré, comme tous mes collègues, dans le traitement des abcès tuberculeux, et je dois dire que les résultats qu'il donne m'ont paru inférieurs à ceux qu'on obtient avec l'iodoforme. Puisque, d'autre part, il est avéré que le naphtol camphré peut provoquer des accidents graves, je me demande pourquoi on aurait recours à ce médicament, de préférence à l'iodoforme.

M. Quénu. — J'ai autrefois injecté du naphtol camphré dans des péritonites tuberculeuses, et je n'ai jamais eu d'accident. J'ai aussi pratiqué de nombreuses injections de grandes quantités d'éther iodoformé dans des abcès froids, et, après être resté longtemps sans constater d'accidents d'intoxication, j'en ai observé toute une série, sans gravité d'ailleurs. J'ai pu me rendre compte que ces accidents survenaient dans les cas où la ponction avait déterminé un écoulement sanguin assez abondant.

M. Moty. — Pour ma part, je me sers depuis quinze ans du naphtol camphré — à doses très faibles, il est vrai — et je n'ai jamais eu le moindre ennui. J'ai, au contraire, observé avec l'iodoforme un cas de mort et trois fois j'ai vu survenir des accidents sérieux.

M. Delbet. — En ce qui concerne l'éther iodoformé, j'ai vu mourir en moins d'une heure, dans le service de Trélat, un enfant auquel on avait injecté de ce liquide dans un abcès froid; l'injection avait du reste été exécutée suivant toutes les règles.

Ptose du gros intestin.

M. Kirmisson. — Sur un total de 73 interventions pour résection de l'appendice à froid, j'ai trouvé 3 fois, par l'incision au niveau du bord externe du grand droit, une anse de gros intestin, qui n'était autre que le côlon transverse fortement abaissé, de sorte que j'eus quelque peine à découvrir le cæcum. Dans un de ces faits, en particulier, l'anse anormale formée par le côlon transverse était adhérente, ce qui augmenta encore mes hésitations, cette adhérence me faisant absolument croire que j'avais le cæcum sous les yeux.

J'ai tenu à attirer votre attention sur ces faits, qui créent certaines difficultés dans la recherche de l'appendice et qu'il est bon de connaître, parce que cette ptose du côlon transverse complique et allonge l'opération de l'appendicectomie.

M. Delbet. — J'ai constaté plusieurs fois la ptose du colon transverse au cours de la recherche de l'appendice, mais, depuis que j'ai adopté l'emploi du plan incliné, je n'ai jamais eu à m'en occuper.

M. Schwartz. — J'ai été également gêné quelquefois par la ptose du gros intestin; comme M. Delbet, je crois que cet inconvénient est supprimé par l'usage du plan incliné.

M. Quénu. — J'emploie depuis longtemps le plan incliné, mais, malgré cette précaution, en cherchant le cæcum, on trouve quelquefois l'anse sigmoïde. Rien n'est d'ailleurs plus simple que de suivre le plan de la fosse iliaque qui conduit à coup sûr sur le cæcum.

M. Jalaguier. — Il y a longtemps que je me sers aussi du plan incliné dans mes opérations sur l'appendice; lorsque j'ai de la peine à trouver le cæcum, je cherche la terminaison de l'intestin grêle, qui y conduit très facilement.

M. Walther. — J'ai observé 8 ou 10 fois la disposition signalée par M. Kirmisson, et je crois que, comme les autres ptoses, elle est fréquente chez les malades atteints d'appendicite chronique. La seule difficulté, pour trouver le cæcum, résulte de son inversion.

J'emploie le plan incliné, dans l'appendicectomie, mais en l'inclinant très peu, pour ne pas exercer sur le cæcum des tiraillements qui gênent la recherche de l'appendice.

M. Routier. — Je crois que l'usage du plan incliné, dans les opérations sur l'appendice, n'est pas sans quelques inconvénients, et je préfère pour ma part ne pas m'en servir.

Des amputations ostéoplastiques.

M. Lejars. — Je dois vous faire un rapport sur 5 nouveaux cas d'amputation de Gritti, qui nous ont été communiqués par M. Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin), ce qui porte à 8 le nombre des opérations de ce genre actuellement pratiquées par notre confrère (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 402). Le résultat fonctionnel a été des plus satisfaisants, et les amputés « marchent sur le bout du moignon », ce qui est l'indication fondamentale que remplissent, au dire de leurs partisans, toutes les opérations ostéoplastiques, lesquelles ont pour but de doubler le moignon d'une sorte de semelle osseuse et de le rendre apte ainsi à l'appui direct.

Pour ma part, je me demande si cette marche sur le bout du moignon est bien utile fonctionnellement. Il faut ajouter, du reste, que, même lorsque l'appareil prothétique ne prend appui que sur le moignon — et nullement sous l'ischion, dans le cas particulier d'amputation de cuisse —, la pression se répartit très vraisemblablement sur tout le pourtour du cône formé par le moignon et enchâssé par l'appareil, et non pas sur son sommet seul. Aussi, sans vouloir renoncer à toute intervention de ce genre, ne suis-je pas convaincu que les avantages des amputations ostéoplastiques soient de nature à compenser les difficultés de technique qu'elles offrent.

M. Tuffier. — Je crois aussi que, dans l'immense majorité des cas, les amputés ne marchent pas sur l'extrémité terminale de leur moignon, que l'amputation ait été ostéoplastique ou non; c'est toujours, en effet, sur les parties latérales que l'appareil prothétique prend appui.

M. Quénu. — Il n'est cependant pas sans intérêt de chercher à perfectionner la qualité des moignons : même si les amputés ne marchent pas sur leur moignon, ce n'est pas une raison pour ne pas chercher à leur donner des moignons sur lesquels ils puissent marcher.

M. Félizet. — Quelle que soit la perfection du moignon, il est évident que les amputés ne s'appuient pas, dans la marche, sur l'extrémité de celui-ci; il n'en est pas moins indispensable de donner le choix aux procédés qui permettent de matelasser convenablement le moignon avec des parties molles d'épaisseur suffisante.

Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente.

M. Peyrot. — Je désire ajouter un fait personnel à ceux que M. Bazy nous a communiqués, relativement à la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 76). Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, que j'ai opérée récemment dans mon service; on trouvait dans l'hypocondre gauche une tumeur qui paraissait devoir être localisée soit au rein soit à la rate; la séparation des urines démontra que le rein gauche sécrétait peu et ne fournissait qu'un liquide pauvre en urée et en chlore : il s'agissait donc d'une hydronéphrose. L'intervention m'a permis de constater qu'il y avait un rétrécissement très probablement congénital, au niveau de l'orifice supérieur de l'uretère; j'ai incisé ce conduit sur une étendue suffisante et j'ai suturé les lèvres de la plaie urétérale aux lèvres correspondantes de l'incision du bassinet, située vis-à-vis de celle-ci. Il existait bien dans ce cas une branche anormale de l'artère rénale, mais elle n'était pas en rapport avec le siège du rétrécissement et devait donc être mise hors de cause.

M. Routier communique un cas d'hypospadias balanique, chez un homme de vingt-sept ans, traité avec succès par le procédé de M. Villemin (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 63), après échec du procédé habituel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 20 et 27 mai 1904.

Le rétrécissement unilatéral de la pupille dans l'angine phlegmoneuse.

M. Vincent. — J'ai constaté chez 5 malades sur 18, qui étaient atteints d'angine phlegmoneuse, un rétrécissement de la pupille siégeant du même côté que la péri-amygdalite. Ce rétrécissement pupillaire, qui s'observe quelquefois aussi, quoique plus rarement, au cours des angines simples, peut persister plusieurs jours ou plusieurs semaines après la guérison. La pupille qui est le siège de ce rétrécissement peut encore se contracter sous l'influence de la lumière et de l'accommodation.

Ce myosis paraît être le résultat d'une excitation réflexe du nerf moteur oculaire commun, dont le point de départ est au voile du palais. Les connexions entre le noyau d'origine du moteur oculaire commun et le noyau sensitif de la cinquième paire pourraient l'expliquer, mais dans cette hypothèse le phénomène serait constant. Il semble donc plus légitime de l'attribuer à une communication — existant seulement chez certains individus — entre le ganglion de Meckel, où aboutissent les nerfs palatins, et le ganglion ophtalmique, origine des filets constricteurs de l'iris.

M. Barié. — J'ai observé ces jours derniers un jeune homme de vingt-sept ans, atteint d'une angine phlegmoneuse d'une acuité extrême, et qui a présenté un rétrécissement pupillaire des plus nets, persistant plusieurs jours et siégeant du même côté que le phlegmon amygdalien.

D'ailleurs, des modifications pupillaires ont été signalées au cours d'autres maladies infectieuses, notamment de la pneumonie.

M. Souques. — Les troubles pupillaires sont assez fréquents aussi dans les lésions pleuropulmonaires du sommet, c'est-à-dire dans la tuberculose.

M. Dopter. — Je puis vous citer pour ma part 2 faits analogues à ceux de M. Vincent. Dans le premier, il s'agissait d'une angine phlegmoneuse banale gauche, qui s'est accompagnée de rétrécissement de la pupille gauche; le côté droit du pharynx s'étant pris à son tour, la pupille correspondante, qui était jusque-là restée normale, se fixa en myosis pendant quelques jours.

Le second cas concerne un malade atteint d'angine diphtérique à forme phlegmoneuse du côté droit, et chez lequel la pupille du même côté présenta du rétrécissement. Or, la mydriase étant le phénomène habituel dans la diphtérie — ce qu'on attribue à l'imprégnation des éléments nerveux par la toxine du bacille de Löffler —, on peut en conclure que le myosis que j'ai observé était en relation directe avec l'élément phlegmoneux de l'angine diphtérique, et dû au réflexe invoqué par M. Vincent.

La mortalité par diphtérie aux différents âges.

M. Martin lit un travail dans lequel il établit que la statistique des cas de mort par diphtérie à l'hôpital Pasteur, envisagés au point de

vue de l'âge, a donné les résultats suivants : 29.89 % de décès dans la première enfance (première et seconde années de la vie), 7.39 % dans la deuxième enfance et 3.45 % chez les adultes. Sur 100 cas mortels, 58 concernent des enfants de deux ans au maximum, 34 des enfants de deux à quinze ans, 8 des adultes. C'est le croup qui détermine le plus souvent la mort chez les tout jeunes enfants; les adultes et les enfants plus âgés succombent au contraire aux angines.

L'orateur fait en outre remarquer que les angines diphtériques peuvent revêtir au début, surtout en temps d'épidémie, les caractères d'une angine ou d'une amygdalite phlegmoneuse, et qu'on ne doit pas hésiter en pareil cas à recourir de bonne heure aux injections de sérum antidiphtérique.

M. Dopter dit avoir observé 3 cas de ces angines phlegmoneuses diphtériques, qui guérissent sans suppuration lorsqu'on les traite par la sérothérapie précoce.

M. Barbier déclare qu'à l'hôpital Hérold la mortalité brute des enfants atteints de diphtérie a été, dans les deux dernières années, de 13.5 % et la mortalité réduite (après élimination des cas de mort survenus dans les deux premiers jours ayant suivi l'entrée) de 9.7 %.

Dans les angines simples, la guérison a été la règle, mais dans les formes associées la mortalité s'est élevée à 23 %; elle a atteint 52 % dans les formes hémorrhagiques.

Entérococcie intestinale terminée par une péritonite purulente.

M. Lemoine communique, en son nom et au nom de M. Sieur, l'observation d'un homme qui entra au Val-de-Grâce pour de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée, du météorisme et des douleurs abdominales généralisées, prédominantes au niveau de la fosse iliaque droite. Une laparotomie, immédiatement pratiquée, donna issue à une certaine quantité de pus, sans qu'on ait pu constater aucune lésion de l'appendice ou des autres parties du tube digestif. Ce pus fournit des cultures pures de l'entérocoque décrit par M. Thiercelin; leur inoculation au cobaye resta négative, tandis qu'elle provoqua la mort par péritonite purulente chez le lapin.

Le malade ayant succombé, on ne trouva à l'autopsie qu'une forte congestion de la muqueuse intestinale avec intégrité des plaques de Peyer. Par contre, la surface du péritoine était le siège de nombreuses ecchymoses et les ganglions mésentériques étaient augmentés de volume. Il s'agit donc là d'un cas d'entérococcie généralisée, terminée par une péritonite suppurée.

Deux cas de sclérodermie généralisée avec examen histologique.

M. Alquier présente, au nom de M. Raymond et au sien, les photographies de 2 cas de sclérodermie généralisée à marche chronique et progressive, observés chez deux femmes. Le début de l'affection a eu lieu respectivement à vingt ans et à vingt et un ans par les signes de la maladie de Raynaud, accompagnés, chez l'une des malades, d'atrophie des phalanges avec résorption du squelette et hémiatrophie faciale.

Dans ces 2 faits, l'examen histologique révéla une sclérose intense généralisée à tout le tissu conjonctif et une légère sclérose diffuse de la moelle. On ne constata aucune autre altération des centres nerveux, du grand sympathique ou des nerfs périphériques.

La lésion dominante était une sclérose vasculaire et périvasculaire avec diminution considérable du calibre des vaisseaux sanguins; cette sclérose était généralisée et nettement accusée, même aux points où la prolifération du tissu conjonctif n'était encore qu'ébauchée.

Cyanose paroxystique avec anomalies du cœur et des gros vaisseaux.

M. Variot montre le cœur d'une petite fille qui a succombé à deux ans et demi à une rougeole compliquée de granulie et chez laquelle existait depuis la naissance une cyanose intermittente à forme paroxystique. L'examen du cœur a révélé une inocclusion de la cloison interventriculaire, un rétrécissement de l'artère pulmonaire et de l'infundibulum, avec cette particularité — déjà observée précédemment par l'orateur — que l'aorte et l'artère pulmonaire s'abouchaient toutes deux dans le ventricule droit.

Plaie pénétrante du rachis avec troubles médullaires terminés par guérison.

M. Thoinot présente un homme qui, à la suite d'un coup de couteau reçu au niveau de la région dorsale de la colonne vertébrale, fut atteint d'une paralysie du membre inférieur droit avec anesthésie des deux membres inférieurs, rétention d'urine, etc. Actuellement, c'est-à-dire dix mois après le traumatisme, cet homme a recouvré l'usage de son membre paralysé et sa miction est redevenue normale. On ne constate plus chez lui qu'une légère hypoesthésie et une exagération du réflexe rotulien du côté droit.

M. Siredey relate, en son nom et au nom de M. Lemaire, l'observation d'un homme qui fut atteint de tétanie des membres supérieurs au déclin d'une pneumonie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 mai 1904.

Le soi-disant xanthélasma sans ictère.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — Nous avons observé récemment une femme présentant depuis quinze ans un double xanthélasma des paupières et n'ayant jamais eu d'ictère cholurique; or, elle était manifestement atteinte de cholémie simple familiale, et chez elle on constatait, d'autre part, les signes caractéristiques de l'ictère acholurique (teint bilieux avec bistre péri-oculaire et taches pigmentaires surajoutés, urines urobiliniques, sérum cholémique).

On peut donc conclure de ce fait — et de tous les autres absolument semblables que nous avons observés, notamment chez les diabétiques — que le xanthélasma est toujours lié à l'ictère, mais que tantôt il y a *ictère cholurique* (c'est le cas le plus rare), tantôt seulement *ictère acholurique*, dont témoignent la teinte jaune plus ou moins accusée de la peau, l'urobilinurie fréquente, enfin et surtout la cholémie. C'est dans ce dernier groupe de faits que se rangent les très nombreux cas de xanthélasma au cours de la cholémie simple familiale. Ces relations du xanthélasma et de la cholémie familiale permettent de comprendre quelques-unes des particularités étiologiques de ce trouble, comme sa plus grande fréquence chez les Israélites, plus exposés aux affections biliaires, son caractère héréditaire et familial, explicable par l'hérédité du terrain biliaire sur lequel il se développe, ses relations fréquentes avec le diabète, évoluant lui-même souvent sur ce terrain, etc.

Élimination comparée du bleu de méthylène et de l'urée.

MM. Achard et **Paisseau.** — Nous avons comparé l'élimination du bleu de méthylène et celle de l'urée, en donnant une dose quotidienne de 0 gr. 05 centigr. de bleu pendant cinq jours, en même temps qu'une dose de 20 grammes d'urée, à des sujets mis préalablement en équilibre d'azote au moyen d'un régime fixe. Nous avons constaté ainsi que les courbes d'élimination de ces deux corps sont sensiblement parallèles chez les divers sujets.

A l'état normal, la courbe s'élève rapidement, puis se maintient en plateau, et s'abaisse rapidement dès que cesse l'ingestion de la substance expérimentée. Chez le brightique, l'ascension est plus lente et graduelle, le plateau moins net, la descente traînante. En outre, on constate chez ce dernier une accumulation : à la dose introduite chaque jour, s'ajoute le reliquat non éliminé de la veille; c'est donc comme si l'on donnait une dose plus forte; aussi le rein excrète-t-il davantage, sans améliorer pour cela son fonctionnement. A ce moment, si l'on ne considérait que le taux de l'excrétion en vingt-quatre heures, on pourrait croire à tort que l'élimination rénale se fait bien.

En raison de cette accumulation, l'on ne peut apprécier la perméabilité du rein à l'urée en se bornant à doser cette substance dans l'urine et à calculer la quantité que doivent en produire les aliments quotidiens. Il est nécessaire de faire une épreuve spéciale.

Les éliminations urinaires sous l'influence du chlorure de sodium chez les animaux en état d'inanition.

MM. Claude et **M. Villaret.** — On connaît les divergences d'opinions qui se sont produites relativement au rôle du chlorure de sodium, introduit en excès dans un organisme, sur les échanges et les éliminations et suivant l'état fonctionnel du rein. Pour élucider cette question, nous avons étudié d'abord les effets du chlorure de sodium injecté sous la peau de lapins, en solution hypertonique, à la dose élevée de 2 gr. 50 centigr. par kilo d'animal, et, pour simplifier les conditions d'expérience, nous avons mis les animaux en observation, pendant les recherches, à un jeûne absolu ou relatif. Le taux des éliminations a été apprécié par la cryoscopie des urines. Il résulte de nos constatations que, chez des animaux dont les éliminations étaient descendues notablement au-dessous de la moyenne précédemment établie, l'injection de chlorure de sodium répétée pendant plusieurs jours consécutifs, ou pratiquée une fois, a toujours déterminé une augmentation notable de l'amaigrissement, et élevé le taux des éliminations qui sont même devenues supérieures à celles qui avaient été notées pendant la période d'alimentation normale.

Ces éliminations exagérées d'eau et de substances en dissolution ont entraîné dans un cas la mort de l'animal, probablement par spoliation trop active de l'organisme, alors que le témoin, qui avait reçu dans les mêmes conditions une injection d'eau, supportait le jeûne sans accident et avait des éliminations à peine au-dessus de la normale.

Chez l'animal dont la ration alimentaire est simplement insuffisante, l'amaigrissement fait des progrès plus rapides pendant la période où le chlorure de sodium est injecté, et ces éliminations sont également très exagérées.

L'hémoglobine musculaire dans les états anémiques.

MM. Ménétrier et **Aubertin.** — Nous avons déjà attiré l'attention sur ce fait, confirmé depuis par MM. Camus et Pagniez (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 135 et 148), que, dans l'anémie pernicieuse et certaines anémies graves symptomatiques, la pâleur générale des viscères était rendue plus frappante par la coloration rouge vif de tous les muscles striés qui avaient conservé leur teneur normale en hémoglobine, et que, par contre, le myocarde, se comportant comme les viscères, était toujours plus ou moins décoloré. L'indépendance de l'hémoglobinie musculaire et de l'hémoglobinie sanguine est telle que, chez des sujets dont l'anémie atteignait 300,000 globules, nous n'avons constaté aucune diminution de l'hémoglobine musculaire, alors que dans la plupart des cachexies sans anémie intense, les muscles sont pâles et décolorés. Peut-être même dans certains cas y a-t-il une surcharge du muscle en hémoglobine, de sorte qu'on pourrait émettre l'hypothèse d'un phénomène compensateur ou d'une déviation de la fonction hémoglobinifère de l'organisme.

Action des rayons X dans un cas de leucémie splénique.

MM. Guilloz et **Spillmann** (de Nancy). — Nous avons eu l'occasion de traiter un cas de leucémie splénique par les rayons de Röntgen, comme M. Senn et M. Brown l'ont fait récemment en Amérique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 423 et 1904, p. 120). Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-sept ans, qui présentait depuis deux ans les symptômes de cette affection. Nous avons limité l'action des rayons à la zone splénique; les séances étaient répétées tous les trois ou quatre jours pendant cinq minutes environ chaque fois.

Après chaque série de 4 à 5 applications des rayons, nous avons noté des modifications du sang, caractérisées par la diminution des éléments globulaires et surtout des leucocytes. En même temps on constatait une diminution du volume de la rate et une amélioration de l'état général. Les épistaxis cessèrent dès les premières séances.

Il semble résulter de ce fait qu'on peut agir au moyen des rayons de Röntgen sur les tissus profonds sans qu'il se manifeste de lésions su-

perficielles, et que cette action peut être utilisée dans un but thérapeutique pour faire diminuer le nombre des globules blancs dans les cas de leucémie.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 mai 1904.

Artérite syphilitique des petites artères.

M. Benda décrit les altérations des petites artères du cerveau, qu'il a pu constater dans 5 cas de syphilis cérébrale (foyers de ramollissement ou de méningite, gommes). La question qu'il s'agissait de résoudre était celle de savoir si les lésions de la tunique interne peuvent se produire sans altération concomitante des autres tuniques; or, l'orateur a pu se convaincre que, toutes les fois que la tunique interne présentait des lésions, même récentes, les autres tuniques, et notamment l'adventice, offraient de graves altérations. Quant au clivage de la couche élastique, il est dû à une infiltration cellulaire entre les lamelles de cette couche, souvent associée à un processus analogue avec prolifération de l'*intima*. A cette infiltration de la tunique interne succèdent des néoformations gommeuses ou des granulations, qui aboutissent à la constitution de tissu élastique : celui-ci est caractéristique des lésions syphilitiques, même quand toute autre altération a disparu.

Anévrysme axillaire chirurgicalement guéri.

M. von Bergmann présente un homme qui, à la suite d'une blessure reçue pendant la guerre franco-allemande, avait été atteint d'un anévrysme de l'artère axillaire, lequel avait progressivement acquis le volume d'une tête d'enfant, entraînant des troubles circulatoires et une parésie du bras correspondant, par compression du paquet nerveux de l'aisselle. Cette tumeur fut extirpée, non sans difficultés, en 1894, et depuis lors la santé de cet homme est demeurée parfaite.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 16 mai 1904.

Valeur du signe de Quinquaud dans l'alcoolisme.

M. Fürbringer. — Le signe de Quinquaud, en général peu connu des cliniciens, consiste en une sorte de crépitation phalangienne — perceptible à l'oreille et due sans doute à de minimes lésions articulaires — qui se produit chez certains sujets au niveau des doigts, quand ceux-ci sont appliqués verticalement, par leur pointe, avec une pression modérée, sur un plan résistant, comme la paume de la main. J'ai fait des recherches sur la valeur de ce signe au point de vue du diagnostic de l'alcoolisme; mes recherches ont porté sur 500 malades d'hôpital, pris au hasard.

Au total, j'ai constaté que, sur les sujets chez lesquels la crépitation phalangienne faisait défaut, 89.5 % étaient des abstinents ou des tempérants, et 10.5 % seulement des buveurs; quand elle existait avec une moyenne intensité, il s'agissait dans 72 % des cas de sujets de la première catégorie, dans 28 % de sujets de la seconde catégorie; enfin, 58.5 % des individus chez lesquels elle était très marquée, étaient des alcooliques, tandis que 41.5 % étaient abstinents ou tempérants.

Des recherches comparatives faites sur le tremblement m'ont permis de reconnaître que 7 % seulement des sujets qui en sont exempts sont des buveurs, et que 78 % des sujets affectés d'un tremblement intense ont des habitudes d'intempérance.

Il résulte de ces chiffres que la recherche du tremblement a, pour le diagnostic de l'alcoolisme, plus de valeur que celle du signe de Quinquaud. Toutefois l'absence de ce dernier symptôme conserve une certaine signification, en ce qu'elle permet d'exclure avec quelque certitude l'hypothèse d'alcoolisme.

Sérum antistreptococcique.

M. A. Pinkuss, à propos de la communication faite sur ce sujet, dans une précédente séance, par M. F. Meyer (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 149), déclare avoir employé dans de nombreux cas de septicémie puerpérale le sérum de M. Meyer, et en avoir obtenu de bons effets; il importe seulement, comme dans toute application de la méthode sérothérapique, que les injections soient aussi précoces que possible.

M. Aronson ne croit pas qu'un sérum antistreptococcique puisse être considéré comme curatif du rhumatisme articulaire aigu ou de la scarlatine, car ce sont là des maladies spécifiques; tout ce que l'on peut espérer influencer favorablement par la sérothérapie antistreptococcique, dans ces affections, ce sont les complications dues au streptocoque.

En ce qui concerne le mode d'action du sérum, l'orateur conteste qu'il s'agisse, comme l'a soutenu M. Meyer, d'une bactériolyse; il attribue l'effet favorable du sérum à la phagocytose plus active qu'il détermine.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 mai 1904.

Technique et indications générales de la méthode oxygenée.

M. Thiriar. — Si l'on veut retirer de la méthode oxygénée tous les bénéfices qu'elle peut fournir, il importe de suivre dans son application des règles précises, variables selon la nature de la lésion à traiter, et dont voici les plus essentielles :

Pour toutes les plaies ouvertes, en surface, il faut d'abord faire un nettoyage minutieux de la plaie avec de l'eau oxygénée, puis appliquer un pansement humide caoutchouté à l'eau oxygénée. Si la plaie est profondément infectée, il y a lieu de l'infiltrer de gaz oxygène, en produisant dans la profondeur des tissus, et autour de la plaie, un véritable emphysème oxygéné, au moyen d'une bonbonne d'oxygène munie d'un tube qui porte une aiguille de Pravaz émoussée. En cas de plaie anfractueuse, compliquée, il convient, après nettoyage, de faire la même opération, mais en laissant en plus, à demeure, un ou plusieurs tubes, ou un tube à plusieurs branches, de façon à faire pénétrer le gaz dans les anfractuosités; dans ce but, le ou les tubes traversent la toile imperméable et la compresse qui recouvrent la plaie; un tube spécial de sortie permet au gaz utilisé de s'échapper.

Certaines lésions superficielles seront déjà très améliorées et guéries rien que par l'influence de l'oxygène en jet pendant quelques minutes sur leur surface : tels sont les érysipèles; ces « irrigations » gazeuses doivent être répétées, si possible, toutes les heures ou toutes les deux heures. Les érysipèles phlegmoneux seront traités par l'incision, l'évacuation, le lavage à l'eau oxygénée et le jet continu d'oxygène; ils peuvent ainsi rétrocéder en quelques jours. La septicémie gazeuse est justiciable de l'emphysème oxygéné et de l'enveloppement.

En gynécologie, on obtient des résultats excellents dans le traitement des endométrites non gonococciques : on introduit une sonde jusqu'au fond de la cavité, on injecte de l'oxygène pendant vingt minutes ou une demi-heure. Les injections d'eau oxygénée après le curettage des endométrites par rétention placentaire rendent aussi les plus grands services et arrêtent les hémorrhagies. Dans les fistules résultant d'opérations gynécologiques, ainsi que dans les cas de fistules pyostercorales et de fistules périanales simples ou tuberculeuses, l'oxygène gazeux m'a donné des résultats rapides, alors que les autres méthodes sont lentes et incertaines.

Enfin, là où la méthode donne des effets réellement surprenants, c'est en injections gazeuses dans le cratère et tout autour des furoncles et anthrax, ainsi que dans le noir bouton des mineurs. Dans les pleurésies tuberculeuses, l'oxygène est inefficace, mais il rend des services pour tarir les pleurésies à staphylocoques et streptocoques. De même, dans les tuberculoses chirurgicales, on ne peut compter sur de bons résultats, surtout si le bacille de Koch est isolé, tandis que dans les affections osseuses à associations microbiennes, par exemple, l'oxygène doit être employé. De même encore pour les péritonites; toutefois, dans la péritonite tuberculeuse, l'évacuation de l'ascite par une petite incision et l'insufflation d'oxygène pendant longtemps donnent parfois de bons résultats.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Le régime diététique dans les néphrites, par M. H. Köster.

On considère depuis longtemps le régime lacté comme le plus approprié pour les sujets atteints de néphrite. Mais, dans les affections chroniques du rein, il est incontestable que son emploi offre plusieurs inconvénients : à la longue il dégoûte les malades, leur donne de la dyspepsie ou de la diarrhée, et finit par les anémier considérablement en raison de l'insuffisant apport d'azote. Il était donc intéressant de rechercher, comme l'a fait M. Köster, si les régimes carné et végétarien exercent une influence réellement défavorable sur les néphrites chroniques. L'expérience de l'auteur en cette question est basée sur l'observation de plus d'une centaine de faits; mais, dans le présent travail, ne sont relatés que 21 cas ayant pu être suivis et étudiés en détail.

En ce qui concerne l'influence du régime carné sur l'élimination de l'albumine, M. Köster a vu, dans 5 cas, l'albumine commencer à diminuer, malgré la substitution de ce régime au régime lacté; chez un patient, cette substitution n'empêcha même pas la résorption d'un hydrothorax.

Chez les autres malades, la quantité d'albumine éliminée ne parut pas influencée par la nature du régime employé : dans 3 cas, il est vrai, elle augmenta, mais pareille augmentation fut aussi constatée chez 3 autres malades soumis pourtant au régime lacté. Des observations analogues furent faites à propos des sédiments urinaires et de la quantité des urines excrétées. Ni les eaux minérales ni la qualité des viandes (viandes blanches ou noires, poissons) n'ont d'influence sur la quantité d'albumine éliminée.

Dans deux circonstances l'urémie survint au cours du régime carné, et, bien que l'on puisse se demander si cette complication ne serait pas tout aussi bien apparue avec le régime lacté, il semble prudent de s'en tenir à ce dernier toutes les fois qu'un malade est menacé d'urémie. Dans les néphrites aiguës, les poussées aiguës de néphrite chronique et le rein amyloïde, il est également plus sage de prescrire le régime lacté. La présence de nombreux globules rouges dans les sédiments urinaires est aussi pour M. Köster une contre-indication à l'emploi des régimes mixtes.

Il est à remarquer enfin que l'on voit souvent l'état des urines s'améliorer quand, après l'usage du régime mixte pendant un certain temps, l'on revient à celui du lait, alors même que ce dernier avait paru n'exercer aucune influence au cours d'un essai antérieur. Il semble donc qu'il y ait avantage à alterner de temps à autre l'emploi du lait et celui de l'alimentation mixte. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 4.) — R. de B.

Comment se produisent les premières modifications morbides de l'appendice dans les cas d'appendicite, par M. C. Lauenstein.

Il est aujourd'hui établi, d'une manière à peu près certaine, que dans l'appendicite le processus morbide évolue de l'intérieur à l'extérieur, c'est-à-dire de la muqueuse appendiculaire vers la séreuse péritonéale. On sait également qu'il n'est pas rare de rencontrer, dans les cas d'appendicite avec ou sans péritonite consécutive, de nombreux microbes, tels que le colibacille, le streptocoque pyogène, le bacille pyocyanique, le pneumocoque, etc. Mais il s'en faut que l'on soit fixé sur les conditions qui favorisent le processus inflammatoire et sur celles qui en constituent le point de départ. D'après M. Riedel, la cause de l'appendicite résiderait dans des hémorrhagies de la muqueuse, qui

créeraient des portes d'entrée pour les bactéries. Loin de partager cette manière de voir, M. Lauenstein estime, au contraire, que les hémorrhagies en question constituent un phénomène secondaire. D'autre part, l'auteur ne croit pas que la valvule de Gerlach, à laquelle on fait habituellement jouer un rôle important en tant qu'obstacle à la pénétration des matières fécales dans l'appendice ou à leur sortie de cette portion de l'intestin, doive réellement être prise en considération dans la pathogénie de l'appendicite.

M. Lauenstein est d'avis que le processus morbide qui caractérise l'appendicite a pour point de départ un changement de position de l'appendice, qui se replie à sa base. Or, la formation de cette sorte de coudure a d'abord pour effet d'isoler complètement la cavité de l'appendice d'avec celle du cæcum; d'autre part, les vaisseaux de la paroi de l'appendice étant repliés sur eux-mêmes, il ne tarde pas à se produire des troubles de la circulation, qui amènent, à leur tour, des lésions de la muqueuse, à la faveur desquelles les bactéries peuvent pénétrer dans le système sanguin ou lymphatique de la paroi appendiculaire. Dans nombre de cas, l'appendice revient spontanément à sa position normale et, l'occlusion une fois disparue, tout rentre dans l'ordre jusqu'au jour où un nouveau changement dans la situation de l'appendice ramène encore les mêmes symptômes morbides. Par contre, pour peu que l'appendice conserve sa position anormale pendant un laps de temps assez long, il peut rester fixé ainsi, d'une manière définitive, par des adhérences. Il va sans dire que l'intensité et l'étendue du processus inflammatoire (lymphangite, thrombose, phlegmon ou gangrène) dépendent, dans chaque cas particulier, d'un grand nombre de facteurs, tels que contenu, longueur et position de l'appendice, atteintes précédentes du mal, nature et virulence des microbes, etc.

Par son origine, tout comme par les diverses phases de son évolution, l'appendicite reproduirait en quelque sorte le tableau anatomo-pathologique du volvulus : au cours des interventions pour appendicite, on peut, pour ainsi dire, suivre pas à pas le parallèle qui existe entre les différentes étapes des altérations de l'appendice et la marche progressive des lésions dans le volvulus, depuis le boursouflement de la muqueuse jusqu'à la gangrène, en passant par la stase veineuse et les hémorrhagies de la muqueuse intestinale. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril 1904.) — L. CH.

Des constatations radiographiques dans la claudication intermittente, par M. L. Freund.

Sans avoir, pour le diagnostic des altérations du système vasculaire périphérique, la même valeur que dans les affections du cœur et des gros vaisseaux, l'examen radioscopique est cependant susceptible de fournir à cet égard quelques renseignements intéressants, comme M. Freund a été à même de s'en convaincre en ce qui concerne particulièrement les lésions dont relève la claudication intermittente : on sait que la pathogénie de ce phénomène a été diversement interprétée, les uns le faisant dépendre de l'oblitération du tronc artériel principal d'une ou des deux extrémités (artères fémorale, iliaque ou portion terminale de l'aorte abdominale), tandis que d'autres attribuent la plus grande importance à l'artérite oblitérante des vaisseaux de la jambe et du pied.

Or, dans 3 cas de claudication intermittente que l'auteur a récemment eu l'occasion d'observer, le processus morbide ne portait évidemment que sur les branches terminales des artères des membres, car, dans tous ces faits, on percevait une pulsation nette tant au niveau de la fémorale que du côté de l'artère poplitée.

Chez un des patients en question, un homme de cinquante-quatre ans, la radioscopie donna des ombres, à contours très nets, qui correspondaient au parcours des artères tibiale postérieure et dorsale du pied : la paroi de ces vaisseaux ne se laissait donc pas traverser par les rayons de Röntgen. Fait à remarquer, les contours des images des artères dont il s'agit étaient interrompus dans plusieurs points correspondant à des portions de la paroi vasculaire restées accessibles aux rayons X : on avait affaire à des inclusions calcaires dans la paroi artérielle.

Dans les 2 autres cas, où il s'agissait respectivement d'une endartérite syphilitique oblitérante et d'une artériosclérose simple au début, l'examen radioscopique fut au contraire négatif.

De ces faits, M. Freund conclut que la radiographie peut, dans une certaine mesure, renseigner sur la cause première de la claudication intermittente, les phases avancées du processus athéromateux donnant des images caractéristiques en foyer, tandis que l'endartérite syphilitique, qui s'accompagne très rarement de dégénérescence graisseuse et de transformation calcaire, ainsi que les stades précoces de l'endartérite proliférante banale, échappent à la radioscopie. (*Wien. med. Presse*, 27 mars 1904.) — L. CH.

Pénétration, dans le ligament large, de la tête fœtale après arrachement, par M. C. Weber.

L'observation relatée par M. Weber mérite d'être résumée, car elle constitue un fait tout à fait exceptionnel.

Un médecin, appelé auprès d'une femme de vingt-cinq ans qui, au cours d'une fausse couche de quatre mois, avait été prise d'hémorrhagies extrêmement abondantes, jugea nécessaire de pratiquer l'évacuation immédiate de l'utérus : dans ce but, il enfonça sa main dans le vagin où il rencontra le fœtus presque entier; la tête seule était encore dans l'utérus où la retenait la contraction du col, dont le diamètre dépassait un peu celui d'une pièce de 1 franc. Au cours des tractions sur le fœtus, la tête se détacha du tronc et demeura dans l'utérus. Introduisant alors un doigt en crochet à travers le col, l'opérateur s'efforça de ramener la tête qu'on percevait très bien, mais celle-ci disparut tout d'un coup et à sa place on sentit une déchirure du col : la tête fœtale avait donc très vraisemblablement passé dans les tissus péri-utérins.

A son entrée à l'hôpital, quatre heures après l'accident, l'état général de la patiente était assez bon et il n'existait chez elle aucun symptôme d'hémorrhagie interne. Elle se plaignait seulement de douleurs vives dans le bas-ventre, d'où l'impossibilité d'explorer les annexes. N'eût été l'affirmation catégorique du médecin, on n'aurait pu croire, au toucher, que le col fût déchiré, car il paraissait absolument intact; la cavité utérine était vide. On se hâta néanmoins de pratiquer la laparotomie. A l'ouverture du ventre, on ne perçut tout d'abord rien d'anormal : ni hémorrhagie, ni déchirure utérine; mais, à droite, entre les deux feuillets du ligament large, et vers le bord postérieur de celui-ci, on remarqua bientôt une tuméfaction grosse comme une petite pomme : l'incision du péritoine à ce niveau permit d'extraire la tête fœtale. Il n'y avait aucune hémorrhagie interstitielle; aussi, après suture du péritoine, l'abdomen fut-il refermé. Au bout de trois semaines la malade pouvait quitter l'hôpital après guérison; il persistait seulement une légère infiltration des annexes droites, qui disparut d'ailleurs bientôt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 février 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Substitution des lavements d'eau chaude aux lavements alimentaires dans le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Récemment, M. le professeur H. Lenhartz insistait sur l'utilité qu'il y a à prescrire, dans les cas d'ulcère rond de l'estomac, une alimentation substantielle et fortifiante dès le début du traitement (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 24). Contrairement à ces vues, la majorité des praticiens, confiants dans l'efficacité de la « mise au repos » de l'estomac malade, croient préférable de supprimer, pendant quelque temps, toute alimentation par la bouche, en soutenant le malade au moyen de lavements nutritifs. Or, d'après l'expérience de M. le docteur W. Pasteur, médecin du Middlesex Hospital de Londres, on pourrait obtenir des résultats aussi favorables qu'avec les lavements alimentaires, en ayant recours à une méthode d'une application beaucoup moins compliquée, qui consiste à administrer — toutes les quatre heures ou toutes les six heures — de simples injections rectales d'eau chaude (à 38° environ).

On commence par donner des lavements de 150 à 180 grammes, puis on en augmente la quantité de 30 grammes chaque fois, jusqu'à ce qu'on ait atteint un total de 300 grammes. C'est là un maximum que M. Pasteur n'a jamais cru utile de dépasser. On continue ainsi pendant une semaine sans donner aucun aliment au malade par la bouche; dans certains cas, notre confrère a même attendu, pour permettre l'ingestion de quelques aliments, le dixième ou le quatorzième jour, voire même — dans des faits exceptionnels — le vingt-unième jour, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient.

En réalité, ces lavements d'eau chaude constituent purement et simplement une manière déguisée de faire observer l'abstinence complète au malade : c'est là le principe même de la méthode préconisée par M. le professeur W. Fleiner (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 140). En cela, d'ailleurs, ils ne diffèrent guère des lavements alimentaires, puisqu'une très faible partie seulement des matières nutritives que renferment ceux-ci est résorbée, mais ils ont du moins l'avantage d'être beaucoup plus faciles à préparer et à administrer.

Emploi de la gélatine associée à l'eau de chaux contre l'entérocolite muco-membraneuse.

On se rappelle que M. le professeur E. Weill a fait connaître, l'année dernière, les bons résultats qu'il a obtenus, avec MM. A. Lumière et M. Péhu, au moyen d'une solution de gélatine incorporée au contenu des biberons, dans le traitement des diarrhées infantiles.

De son côté, M. le docteur Quennec (de Paris) a eu recours à l'administration de la gélatine *per os* — associée à l'eau de chaux — dans 10 cas d'entérocolite muco-membraneuse, dont 2 à forme paroxystique, et il en a retiré d'excellents effets. Voici comment notre confrère procède à l'administration du médicament :

Le patient est maintenu au repos absolu, au lit de préférence, et reçoit d'heure en heure, pour toute nourriture, une tasse de lait chaud, dans lequel on a au préalable versé 20 c.c. d'une solution stérilisée de gélatine au cinquième, plus une cuillerée à café d'eau de chaux médicinale. En même temps, il est bon de faire de grands lavages de l'intestin à l'eau bouillie, auxquels on peut substituer, au bout de quelques jours, des quarts de lavement additionnés de deux cuillerées à soupe de liniment oléo-calcaire.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs disparaîtraient très vite, et les fausses membranes diminueraient de quantité; si bien qu'après six à dix jours, on pourrait permettre au malade d'absorber des purées de légumes, des viandes rôties, des fruits cuits. Néanmoins il est prudent de continuer, pendant quelque temps encore, l'usage de la gélatine, à dose plus faible, pour prévenir toute rechute.

Traitement du mycosis fongoïde par l'usage interne de l'ichtyol.

D'après l'expérience de M. le docteur Menahem Hodara (de Constantinople), l'ichtyol, administré à l'intérieur, aurait d'excellents effets contre le mycosis fongoïde, même lorsque cette affection se trouve déjà à un stade très avancé. Les doses quotidiennes à prescrire sont de 0 gr. 50 centigr. à 1 gr. 50 centigr.; elles peuvent être absorbées pendant plusieurs mois de suite, sans qu'il en résulte aucun inconvénient.

Notre confrère a jusqu'ici employé ce mode de traitement dans 3 cas. Chez une femme qui, après avoir pris de l'ichtyol durant deux ans presque sans interruption, continua à en prendre tous les étés pendant deux ou trois mois, M. Hodara a vu disparaître complètement, au bout de la cinquième année, l'érythrodermie, les infiltrations et les tumeurs; actuellement, il ne se produit plus que quelques poussées estivales, de plus en plus rares et plus circonscrites. Dans le deuxième cas, l'ichtyol a également amené une amélioration rapide et notable, permettant d'espérer la guérison quand le traitement aura été continué assez longtemps. Enfin, c'est encore à l'ichtyol que notre confrère croit devoir attribuer les bons effets qu'il a obtenus chez son troisième malade; mais, dans ce cas, on a également fait usage d'arsenic à haute dose — médication actuellement classique contre le mycosis fongoïde (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 198) —, de sorte que ce fait n'est pas absolument démonstratif.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La théorie des moustiques peut-elle être admise comme base unique de l'étiologie et de la prophylaxie du paludisme et de la fièvre jaune?

I

Quelque téméraire que puisse paraître une telle question, qui met en doute l'exactitude d'une opinion revêtue, pour ainsi dire, de l'estampille officielle, nous n'hésitons cependant pas à la poser, nous souvenant de la sage maxime de Montaigne : « Quand il se présente à nous quelque doctrine nouvelle, nous avons grande occasion de nous en deffier. »

Et comment pourrait-on ne pas se défier, en effet, lorsqu'on voit l'engouement exagéré pour une théorie nouvelle ériger celle-ci en dogme absolu et d'une portée générale! Quand, il y a plus de cinquante ans, J. C. Nott émit vaguement l'hypothèse de la propagation de la fièvre jaune par les moustiques, il était probablement loin de se douter que cette hypothèse deviendrait, un jour, le *credo* de l'épidémiologie non seulement à l'égard du typhus amaril, mais encore pour d'autres maladies infectieuses (1). *Habent sua fata...* Entrevue par Nott et soutenue, plus tard, par M. Finlay, la théorie de la transmission de la fièvre jaune par les moustiques ne trouva d'abord point d'écho; elle était tombée dans l'oubli lorsque les travaux récents des auteurs anglais et italiens sur le rôle joué par les moustiques dans la propagation de la malaria rappelèrent l'attention sur le transport possible du contage amaril par l'intermédiaire de ces mêmes diptères. « Les moustiques, écrivait récemment M. Bard (2), dont le rôle a commencé avec la filaire, ne se sont pas contentés longtemps de ce maigre domaine; actuellement la fièvre jaune est en partie leur fait, et l'impaludisme est leur œuvre de prédilection; ils sont bien près d'en posséder le monopole... » Et encore n'est-ce pas trop peu, que de dire que la fièvre jaune est *en partie* leur fait? En réalité, le rôle attribué à ces insectes dans la propagation du typhus amaril est essentiel à tel point qu'il devient impossible de concevoir le caractère contagieux de cette maladie autrement qu'en connexité avec l'existence du *Stegomyia fasciata*! C'est ainsi que, à en juger d'après le rapport officiel de la mission française (3), non seulement « *l'introduction des marchandises ne présente à aucun moment nul danger* », mais encore l'homme malade lui-même ne saurait constituer une source d'infection, s'il arrive dans une région dépourvue de moustiques de cette espèce : « *il est tout à fait inutile de lui infliger une quarantaine si le Stegomyia n'existe pas à ce moment dans le pays, puisque la transmission ne peut avoir lieu que par cet intermédiaire* » (4).

Les membres de la « Commission américaine de Cuba » (5) ne s'expriment pas moins catégoriquement : « La fièvre jaune ne se transmet pas par des effets, et partant la désinfection des vêtements, des objets de literie ou des marchandises que l'on suppose contaminées par contact avec des sujets atteints de cette maladie est inutile » (1).

Ainsi donc, les partisans de la théorie des moustiques n'hésitent pas à faire table rase de toutes les observations du passé et à réduire toute la prophylaxie de la fièvre jaune à cette formule simpliste : *Vitandi culices, delendi culices.*

A l'appui de leur manière de voir, ils invoquent surtout les expériences des médecins américains sur l'inoculation de la fièvre jaune par les moustiques. Or, sans compter que ces expériences prêtent le flanc à la critique, il importe de faire remarquer qu'elles laissent planer la plus grande incertitude sur la nature de l'agent causal du typhus amaril : d'après les recherches ultérieures de MM. Marchoux, Salimbeni et Simond, le *Stegomyia fasciata* serait, il est vrai, fréquemment « parasité » par des champignons, par des levures et par des sporozoaires, mais aucun de ces organismes n'aurait de rapport avec la fièvre jaune.

La similitude étiologique entre la fièvre jaune et le paludisme — que l'on invoque si souvent en faveur de la nouvelle théorie pathogénique — se trouve ainsi en défaut. Pour que l'analogie fût complète, il faudrait admettre, à l'égard de la fièvre jaune, l'existence d'un hématozoaire particulier qui, tout comme celui du paludisme, accomplirait son évolution chez deux hôtes distincts, l'homme et le moustique. Mais, ainsi que le fait judicieusement remarquer M. Bandi (2), il serait étrange que ce problématique hématozoaire pût traverser une des phases de son évolution dans l'organisme d'un insecte, sans que cet organisme portât la moindre trace de ce parasitisme cellulaire.

A ce point de vue, l'application de la théorie des moustiques au paludisme satisfait beaucoup mieux l'esprit. Suivant l'expression de M. Guiart (3), « on taxera peut-être de roman l'histoire de l'hématozoaire », mais c'est du moins un « roman qui traite de faits réels, faciles à vérifier ». Par contre, l'histoire du germe *invisible* de la fièvre jaune, absorbé avec le sang virulent et qui subit ensuite pendant douze jours, au sein de l'organisme du *Stegomyia*, on ne sait quelle mystérieuse évolution, ne saurait évidemment prétendre au titre de « roman vécu ».

Et puisque c'est surtout *par analogie* que l'on a cru pouvoir étendre la théorie du transport du contage par les moustiques à la propagation de la fièvre jaune, il convient de se demander d'abord jusqu'à quel point cette théorie répond à la réalité des faits, même en ce qui concerne le paludisme, infiniment mieux étudié à cet égard que le typhus amaril.

II

Loin d'être une simple vue de l'esprit, la notion de l'inoculation du paludisme à l'homme par l'*Anopheles* est basée, comme on le sait, sur un ensemble de faits dûment constatés. Le rôle infestateur du diptère en question a pu être établi expérimentalement, et l'on connaît fort bien l'évolution de l'hématozoaire de Laveran avec ses deux phases, de génération asexuée dans le sang humain et de génération sexuée dans le corps du moustique. Est-ce à dire que l'on soit autorisé à en conclure que l'infestation de l'homme par l'insecte et de celui-ci par l'homme malade constitue une sorte de cycle ininterrompu? En d'autres termes, la piqûre produite par le moustique serait-elle absolument indispensable pour assurer à l'hématozoaire une porte d'entrée dans l'organisme humain, et le programme de la lutte contre la malaria pourrait-il réellement être réduit à cet aphorisme : « Protégez-vous contre l'anophèle, et vous pourrez vivre en plein paludisme sans aucune crainte de contracter les fièvres »?

Il n'entre pas dans nos intentions d'examiner ici, d'une façon systématique, tous les arguments invoqués en faveur de la théorie des moustiques, besogne qui serait d'autant plus fastidieuse que nombre de ces arguments ont déjà été refutés (1). Au surplus, leur valeur est très inégale et certains d'entre eux, imaginés pour les besoins de la cause, ne méritent guère d'être pris en considération. On reconnaîtra avec nous, par exemple, que l'on ne saurait prétendre sérieusement à expliquer l'immunité relative des races autochtones des pays chauds à l'égard du paludisme par l'épaisseur de la peau et l'odeur des sécrétions des glandes sudoripares, *qui repousseraient les moustiques*, alors que l'on voit la filariose — transmise, elle aussi, par la piqûre des culicidés — être beaucoup plus fréquente chez les noirs que chez les blancs!

Au lieu de nous arrêter à discuter longuement des arguments de ce genre, nous nous proposons tout simplement de grouper un certain nombre de faits qui, loin de confirmer le rôle de l'*Anopheles* en tant qu'unique agent de transmission du paludisme, sont au contraire de nature à faire mettre en doute l'existence même d'une relation constante entre la présence de ce diptère ou de tout autre moustique et l'infection malarienne.

Rappelons d'abord que la distribution géographique des anophèles ne correspond pas toujours à la distribution du paludisme. C'est ainsi que MM. Nuttall, Cobbett et Strangeways-Pigg (2) ont trouvé de nombreux anophèles dans des localités d'où le paludisme a totalement disparu, voire même où il n'a jamais existé. D'autre part, il résulte des recherches de M. Sergent (3) que sur les bords de l'Essonne, affluent de la Seine, on trouve des anophèles en grand nombre, bien que le paludisme, jadis endémique dans le pays arrosé par cette petite rivière, y soit aujourd'hui à peu près inconnu. Une constatation analogue a été faite par M. Cardamatis à Kolokitheu, sur les bords du Kiphissos (4).

On pourrait, il est vrai, objecter que ce qu'il importe surtout de prendre en considération, c'est la distribution *numérique* des diptères en question. Mais, là encore, la théorie se trouve en défaut, car, d'après les recherches de M. Sergent, ces insectes seraient beaucoup plus nombreux sur les bords de l'Essonne que dans des foyers avérés de paludisme, situés aux environs d'Alger. Aussi l'auteur que nous venons de citer se voit-il obligé de conclure que la disparition du paludisme dans la région

---

(1) « Il est démontré que le *paludisme* est dû au développement des hématozoaires de Laveran (1880), et que le moustique en est l'agent propagateur. Il est encore démontré depuis Patrick Manson, en 1884, que la *filariose* est également transmise par le moustique. Mais chaque jour on apprend de nouveaux méfaits de ce diptère, au nombre desquels le docteur R. Blanchard comprend la *lèpre*, l'*éléphantiasis* et toutes sortes de maladies filariennes. » (A. Poëy. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 21 juillet 1902, p. 195.)

(2) L. Bard. Du rôle des animaux dans la propagation de la tuberculose et des autres maladies transmissibles. (*Semaine Médicale*, 1904, p. 57.)

(3) Marchoux, Salimbeni et Simond. La fièvre jaune; rapport de la mission française. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 421.)

(4) Les deux passages cités sont *en italiques* dans le texte original.

(5) Il s'agit de la Commission de médecins militaires de l'armée d'occupation des Etats-Unis, instituée sur l'initiative de M. Sternberg en vue d'étudier la fièvre jaune, et composée de MM. Reed, Carroll, Agramonte et Lazear. Il convient de ne pas la confondre avec la Commission officielle du service des hôpitaux de la marine, nommée en 1898 par le président McKinley, et dont le rapport (*Report of commission of medical officers detailed to investigate the cause of yellow fever*), publié à Washington, confirmait les conclusions de M. Sanarelli, relatives au rôle pathogène du bacille ictéroïde.

(1) W. Reed, J. Carroll et A. Agramonte. The etiology of yellow fever; an additional note. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 fév. 1901, p. 439.)

(2) I. Bandi. La fièvre jaune [Annotation d'un extrait du livre de Sir Patrick Manson : « Tropical diseases »]. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 juin 1903, p. 241.)

(3) Guiart. Evolution du paludisme. (*Arch. de méd. navale*, avril 1900.)

(1) Voir notamment le travail de M. Navarre : La théorie des moustiques est-elle univoque? (*Lyon méd.*, 18 et 25 nov. 1900.)

(2) G. Nuttall, L. Cobbett et T. Strangeways-Pigg. The geographical distribution of Anopheles in relation to the former distribution of ague in England. (*Journ. of Hygiene*, 1901, I, 1.)

(3) Et. Sergent. Existence des anophèles en grand nombre dans une région d'où le paludisme a disparu. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct. 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 409.)

(4) J.-P. Cardamatis. Les épidémies de fièvres palustres à Athènes; leurs causes et les théories d'Hippocrate. Le moustique est-il le seul facteur du paludisme? La source principale du miasme est-elle connue ou non? (*Progrès méd.*, 17 oct. 1903.)

arrosée par cette rivière n'a pas coïncidé avec celle des *Anopheles* et que l'extinction de l'endémie palustre doit être attribuée à diverses causes, telles qu'endiguement des cours d'eau, boisement, amélioration générale de l'hygiène, etc., etc.

Ainsi donc, il n'y a aucun parallélisme entre la présence et le nombre des anophèles, d'une part, et l'existence du paludisme, d'autre part. Sans doute, les partisans de la théorie des moustiques peuvent répondre que les anophèles ne sont dangereux qu'en tant qu'*agents de transmission* de l'infection paludéenne : en l'absence d'individus atteints de malaria, ils deviennent forcément inoffensifs. Mais, outre que cet argument n'explique point comment le paludisme a pu disparaître d'une région où les anophèles sont pourtant très nombreux, il convient de faire remarquer que, de l'aveu même de M. Celli (1), la théorie dont il s'agit n'est pas sans souffrir d'exceptions, puisque « il y a des localités palustres sans propagation de malaria, malgré la présence des anophèles et d'individus malariques venus du dehors, et malgré la constatation de cas sporadiques de malaria ». M. Montoro de Francesco (2) a relaté toute une série de faits de ce genre, et M. Cardamatis (3) a également noté que l'infection paludéenne peut ne manifester aucune tendance à revêtir l'allure épidémique, malgré la présence d'innombrables essaims d'anophèles.

D'autre part, M. Montoro de Francesco a montré qu'il existe des localités profondément infectées de paludisme et où il est impossible de découvrir le moindre *Anopheles*. Aussi proteste-t-il énergiquement contre « l'exclusivisme qui tend à considérer ce diptère comme le seul agent de propagation de la malaria. Ce que peut faire l'anophèle, pourquoi le *Culex pipiens*, par exemple, serait-il incapable de le réaliser ? Il est vrai qu'on n'a pu retrouver dans l'intestin ni les glandes salivaires de ce dernier l'ovoïde et le spermoïde de l'hématozoaire, non plus que les zygotes, produits de leur accouplement. Mais ne savons-nous pas qu'il n'est pas nécessaire que l'hématozoaire — différant en cela du cysticerque du tænia — passe à travers le corps d'un autre être pour se développer, se reproduire et donner la malaria » ?

Du reste, il ne suffit pas de dire que l'*Anopheles* est loin de posséder le monopole que tend à lui attribuer la nouvelle théorie pathogénique du paludisme. La vérité est que l'infection malarienne peut se propager en dehors de toute intervention des moustiques, quels qu'ils soient. On a, en effet, décrit des épidémies de malaria *sans moustiques*, et à propos d'une épidémie de ce genre, survenue, sous l'influence de pluies tardives et abondantes, dans le canton de Lourmel (Algérie), où « l'apparition de la fièvre a causé une grande surprise dans les populations européenne et indigène, qui ne comptaient plus avec cette ennemie », M. Gros s'exprimait ainsi : « Pour montrer combien ces insectes sont rares, je dirai qu'ayant cherché à m'en procurer depuis le début de l'épidémie, je n'ai pu en prendre qu'un seul. J'ai pourtant un jardin avec deux réservoirs d'une superficie de 1 mètre carré environ chacun et un canal d'irrigation à ciel ouvert, où l'eau pendant l'été est peu renouvelée... Les plaies produites par les moustiques peuvent servir de porte d'entrée à l'hématozoaire. Mais il a certainement bien d'autres voies de pénétration. D'autres insectes pourraient peut-être aussi jouer ce même rôle, si tant est qu'il doive être incontestablement reconnu aux moustiques » (4).

(1) A. Celli et G. Gasperini. Paludismo senza malaria. (*Policlinico*, 17 août 1901.)

(2) G. Montoro de Francesco. Les anophèles sont-ils les agents uniques et indispensables de la transmission du paludisme ? (*Semaine Médicale*, 1902, p. 161-164.)

(3) Cardamatis. (*Loc. cit.*)

(4) H. Gros. Notes sur le paludisme. (*Arch. de méd. navale*, mars 1900, p. 167.)

Mais voici des faits épidémiologiques encore plus démonstratifs.

En se basant sur la statistique sanitaire de l'armée prussienne, M. Grawitz (1) a dressé la courbe de l'évolution de la malaria pour le Ier et le Ve corps, les plus éprouvés par le paludisme : l'infection malarienne y est très répandue dès le commencement du printemps, c'est-à-dire à une époque de l'année où, étant données les conditions climatériques des provinces occupées par les deux corps d'armée en question (Prusse orientale et Posen), les piqûres des moustiques ne peuvent être que tout à fait exceptionnelles. Par contre, pendant les mois les plus chauds (juillet et août), la courbe de la morbidité par malaria descend brusquement, bien que les soldats, appelés alors aux manœuvres, soient le plus exposés aux atteintes de ces insectes.

D'autre part, un médecin militaire russe, M. Müller (2), s'est livré, pendant trois années consécutives, à l'étude de la corrélation pouvant exister entre la présence des moustiques et la malaria, dans une région profondément infectée de paludisme, la Bessarabie. Ces études ont porté sur les soldats de la quatorzième division d'infanterie, qui, à partir de la fin du mois d'avril et jusqu'à la fin d'août, campent dans les environs de la ville de Bender, sur la rive droite et à 600 mètres du Dniester. Pendant ces trois années, la proportion des sujets atteints de fièvres paludéennes pour 1,000 hommes d'effectif a varié comme il suit :

	1899	1900	1901
Mai	3.78	4.45	3.93
Juin	5.90	2.91	5.81
Juillet	3.24	4.81	9.80
Août	3.44	7.56	11.22

En ce qui concerne les moustiques, la situation se présenta ainsi : en 1899, ils firent complètement défaut; en 1900, ils foisonnèrent dans le pays durant les quatre mois en question; en 1901, enfin, ils étaient fort peu nombreux et disparurent à peu près complètement au mois d'août, qui fut très froid.

Or, si l'on met ces données en regard avec les chiffres relatifs à la morbidité malarienne, on voit que, pendant le mois de mai 1900, alors que les moustiques abondaient, cette morbidité fut à peine plus élevée que pour le mois correspondant de l'année précédente, année sans moustiques. Il y a mieux : au mois de juin 1900, la proportion des paludéens est deux fois moindre qu'en 1899. Enfin, pour la troisième année, très pauvre en moustiques, la morbidité reste pendant les deux premiers mois à peu près égale à ce qu'elle avait été en 1899; puis, au mois de juillet et sans que le nombre des moustiques ait subi la moindre augmentation, elle s'accroît considérablement pour atteindre, le mois suivant, *alors que les moustiques ont complètement disparu*, le chiffre le plus élevé qui ait jamais été observé au cours de ces trois années ! Fait curieux, le mois de mai mis à part, la morbidité par malaria a toujours été près de deux fois plus grande en 1901 que pour les mois correspondants de l'année précédente, particulièrement riche en moustiques.

Il serait difficile d'imaginer un défaut de corrélation plus flagrant entre la morbidité paludéenne et la présence des moustiques. Par contre, si l'on tient compte d'autres facteurs, tels que la température et l'état hygrométrique de l'air, la quantité de pluie tombée, etc., on voit que les oscillations enregistrées par l'auteur russe dans la proportion des malariques peuvent facilement être expliquées par des influences météorologiques ou telluriques.

Les observations recueillies à Tomsk, en Sibérie, par M. le professeur Kourlov (1) ne sont pas moins concluantes. Dans cette ville, l'infection paludéenne commence habituellement à se manifester au mois de mars, alors que le sol est encore tout couvert de neige et que le thermomètre marque, en moyenne, — 10° (*au-dessous de zéro*), conditions que personne assurément n'osera considérer comme favorables au développement des moustiques. Au mois d'avril, la morbidité paludéenne atteint, à Tomsk, son maximum; or, on compte encore, pendant ce mois, vingt-sept jours de gelée, et la température moyenne ne dépasse guère 1°2 au-dessus de zéro. Ajoutons que, d'après la statistique recueillie par M. Vender dans une autre ville de Sibérie, Kolyvan, et qu'il a communiquée à M. Kourlov, le paludisme commence à se manifester, sous forme d'épidémie, tout comme à Tomsk, dès le mois de mars, c'est-à-dire à une époque de l'année où il serait difficile, en raison de la rigueur du climat de la Sibérie, d'attribuer l'apparition de l'infection aux moustiques. Or, du moment que pendant les mois de mars ou d'avril la malaria se propage sans l'intermédiaire de ces insectes, on peut se demander si ceux-ci jouent un rôle réellement actif dans les épidémies paludéennes qui surviennent au cours de la saison chaude.

Quoi qu'il en soit, les faits que nous venons de passer en revue montrent bien que les moustiques ne sauraient en aucune façon être considérés comme les seuls agents de propagation de la malaria. Cela étant, il convient de n'accepter qu'avec une sage réserve les triomphes des moustiquaires et des grillages : encore que la théorie tellurique soit devenue quelque peu compromettante de par son ancienneté même, on ne doit pas craindre d'attribuer, comme le fait M. Bard, « à l'assainissement du sol plus de puissance qu'à la destruction des larves de moustiques » (2).

III

S'il en est ainsi pour le paludisme, à plus forte raison faut-il se montrer réservé à l'égard du rôle exclusif que l'on tend à attribuer aux moustiques dans la propagation de la fièvre jaune.

La nouvelle théorie pathogénique du typhus amaril semble, en effet, calquée sur celle du paludisme, sans qu'il y ait là autre chose qu'un simple raisonnement *par analogie* : c'est ainsi que l'on admet « la présence d'hématozoaires, comme dans le paludisme, qui, du reste, offre les plus grands rapports avec la fièvre jaune » (3). Ces hypothétiques « hématozoaires » de la fièvre jaune ne peuvent guère, pour le moment, être caractérisés autrement que par un certain degré de ressemblance avec les « animalcules » que les contemporains d'Athanasius Kircher et de Van Leeuwenhoek croyaient voir à l'origine de toutes les maladies épidémiques. Tellement il est vrai que, suivant la parole d'un savant anglais, « le règne des bactéries a atteint son apogée, et c'est celui des protozoaires qui commence ».

(1) E. Grawitz. Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malaria-Infection. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 juin 1900.)

(2) E. Müller. Sur la propagation des fièvres paludéennes par les moustiques (en russe). (*Prakt. Vratch*, 15 fév. 1903.)

(1) M. Kourlov. Contribution à l'étude de l'influence des moustiques sur la fièvre paludéenne (en russe). (*Sibirsk. vratcheb. viédomosti*, 1er déc. 1902.)

(2) Pour juger de l'ascendant exercé sur les esprits par les nouvelles théories pathogéniques, il n'est pas sans intérêt de citer le passage suivant d'un travail de M. Salanoue-Ipin (*Arch. de méd. navale*, juillet 1900, p. 24) : « La science n'a certes pas dit son dernier mot dans une question aussi complexe : on ne s'explique pas encore, par exemple, comment les travaux de défrichement, de terrassement peuvent exercer sur le développement de l'infection palustre l'influence néfaste que l'on sait... Si l'on parvient à prouver que le paludisme peut se développer sous la seule influence de ces travaux, même pendant les saisons sèches, il restera à trouver la forme de résistance du parasite dans la terre. Peut-être alors pourrait-on supposer *a priori* que les culicidés ont encore ici quelque action, si l'on songe que beaucoup de ces insectes meurent sur le sol et peuvent ainsi l'infecter lorsqu'ils sont eux-mêmes contaminés. »

(3) A. Poëy. Les moustiques et la fièvre jaune à la Havane. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 21 juillet 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 252.)

Sans doute, les faits d'inoculation expérimentale de la fièvre jaune par l'intermédiaire de moustiques paraissent très suggestifs. Mais on ne saurait trop méditer les objections que formulait Bérenger-Féraud, à propos des expériences de M. Finlay : « Que le moustique puisse, disait-il, dans les pays où il y a des cas de fièvre jaune, transmettre cette fièvre par le mécanisme indiqué par le docteur Finlay, je le crois volontiers... Mais j'ajoute aussitôt que, ce fait étant établi, il y a encore extrêmement loin de là, à admettre que cette transmission soit la chose ordinaire, et même, que cette transmission soit réelle; en d'autres termes : que, dans ce cas, le sujet inoculé présente tout à fait et réellement la fièvre jaune... Peut-être que le sujet inoculé ainsi ne présente que ce que l'on a appelé *la fièvre bilieuse inflammatoire*, c'est-à-dire une fièvre jaune incomplète et relativement bénigne. » (1).

La piqûre du moustique, demandait Bérenger-Féraud, engendre-t-elle, chez les individus en réceptivité, la vraie maladie tout entière? Or, la même question se pose pour les expériences plus récentes, et nombre de médecins compétents en la matière y répondent par la négative. C'est ainsi que M. Mendonça déclare : « L'étude soigneuse des observations de Finlay, des médecins américains à Cuba et de la Commission médicale de São Paulo montre d'une manière évidente que l'état morbide déterminé par les piqûres des moustiques alimentés avec du sang de malades atteints de fièvre jaune n'est autre chose que la *fièvre inflammatoire des Antilles* » (2).

Seules, les expériences faites par M. Guiteras, à l'hôpital Las Animas, à la Havane, ont réussi à déterminer des cas vraiment typiques de fièvre jaune, où les symptômes pathognomoniques ne firent point défaut et où le diagnostic fut vérifié à l'autopsie. Mais, par une coïncidence fâcheuse pour la netteté de la démonstration, ce sont justement des expériences pratiquées à la Havane, c'est-à-dire dans un foyer avéré de fièvre jaune, qui ont donné des résultats positifs, « tandis que les expériences de Reed, Carroll et Agramonte, et moins encore celles exécutées à São Paulo, n'ont pas réussi à nous démontrer évidemment la véracité de la nouvelle hypothèse » (3).

Sans nous attarder à la critique détaillée des recherches expérimentales de la Commission américaine de Cuba, pour laquelle nous renvoyons le lecteur aux travaux de MM. Sanarelli (4) et Bandi (5), nous ferons seulement remarquer que l'on ne saurait en aucune façon attribuer la disparition de la fièvre jaune, à la Havane, à la *guerre contre les moustiques*. M. Souchon (6) a montré, en se basant sur l'étude épidémiologique de la fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans depuis 1817, que la maladie s'éteint spontanément dans l'espace de deux à quatre ans, à moins d'être ravivée par des cas nouvellement venus du dehors. C'est assez dire que, contrairement à la nouvelle théorie, les mesures de quarantaine et de désinfection des marchandises sont absolument nécessaires, et M. Souchon serait précisément porté à attribuer la disparition de la fièvre jaune, à la Havane, moins à la destruction des moustiques qu'à la prophylaxie « vieux jeu », que l'on avait instituée à l'île de Cuba dès le début de l'occupation. Il convient également de tenir compte, comme le fait M. Tombleson (1), de l'assainissement du sol. Au surplus, d'après les observations personnelles de cet auteur, ainsi que d'après les renseignements recueillis par M. Souchon, le nombre des moustiques ne paraît pas avoir sensiblement diminué à la Havane. Les observations de M. de Andrade (2), relatives à plusieurs villes du Brésil, où l'on a réussi à se débarrasser de la fièvre jaune longtemps avant que la théorie des moustiques eût vu le jour, plaident également en faveur de la thèse soutenue par MM. Souchon et Tombleson. A cet égard, l'exemple des villes de Santos et de Campinas (dans l'Etat de São Paulo), où l'extinction des épidémies de fièvre jaune a coïncidé avec l'assainissement du sol, est particulièrement instructif, et cela d'autant plus que, contrairement à l'assertion de M. de Gouvêa (3), ces travaux d'assainissement n'ont point amené la disparition du *Stegomyia* (4).

D'autre part, il n'est pas sans intérêt de constater que la guerre aux moustiques, faite dans les localités de l'Etat de São Paulo où sévit maintenant la fièvre jaune (São Simão, São José do Rio Pardo, Ribeirão Preto, etc.), n'a jusqu'à présent paru exercer aucune influence sur l'allure des épidémies (5).

Dans un mémoire publié en 1901, M. Purnell (6) a relaté toute une série d'observations, personnelles ou empruntées à la littérature médicale, ayant trait à des cas de transmission de la fièvre jaune par des effets contaminés; il insistait particulièrement sur les faits où le laps de temps écoulé entre les deux infections successives était beaucoup trop long pour que l'on pût incriminer les moustiques. Fort de sa propre expérience, cet auteur se voyait obligé de ne reconnaître à ces insectes qu'un rôle insignifiant dans la propagation de la fièvre jaune, et il n'hésitait pas à prédire que des observations ultérieures finiront par convaincre le monde médical que les effets contaminés ne sauraient être négligés. Il nous semble que l'histoire de l'épidémie survenue à Grand-Bassam, en 1902 (7), est à cet égard particulièrement probante. Cette localité a été visitée à différentes reprises par la fièvre jaune; la dernière épidémie remonte à 1899, et, depuis cette époque, il ne s'était rien produit, lorsque, les 19 et 20 juillet 1902, on observa des cas non douteux de typhus amaril. Lors de l'épidémie de 1899, des cas de fièvre jaune ont été traités dans presque tous les immeubles de Bassam; dans certains d'entre eux il s'est produit des décès, entre autres dans une maison où, sur 6 individus atteints, 5 succombèrent. A côté de cet immeuble se trouvait un marigot d'eau saumâtre. Il est bien établi que, pendant la maladie des six personnes frappées par l'épidémie, on jetait dans ce marigot toutes les déjections, ainsi que *les linges et les objets divers souillés par ces malades*. Depuis longtemps, mais surtout depuis la dernière épidémie de 1899, les autorités médicales avaient demandé le comblement de ce marigot, qui paraissait dangereux pour la santé publique. En juillet 1902, on se décida à exécuter les travaux nécessaires. Or, de l'enquête à laquelle on s'est livré et des renseignement fournis par les autorités locales, il ressort que toutes les personnes atteintes par la fièvre jaune, lors de l'épidémie de 1902, habitaient dans le voisinage de ce marigot ou avaient des relations fréquentes avec les personnes domiciliées dans cette partie de la ville.

Ainsi donc, il résulte bien nettement de ces faits que les objets souillés par des sujets atteints de fièvre jaune sont susceptibles de transmettre la maladie *au bout de trois ans*, c'est-à-dire longtemps après que les moustiques infectés ont tous péri, alors même qu'on les supposerait doués d'une longévité extraordinaire.

Il faudrait, par conséquent, réfléchir à deux fois avant de proclamer l'inanité des mesures prophylactiques qui ont jusqu'à présent été en usage, et il paraît bien imprudent de déclarer, comme on l'a fait récemment, que toute la prophylaxie de la fièvre jaune doit consister à « empêcher le *Stegomyia fasciata* de piquer l'homme malade et l'homme sain ».

D[r] L. Cheinisse (de Paris).

(1) L.-J.-B. Bérenger-Féraud. Traité théorique et clinique de la fièvre jaune, p. 591. Paris, 1890.

(2) A. Mendonça. Qual a natureza da molestia produzida pela picada do mosquito alimentado com o sangue de doente de febre amarella? (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 mai 1903.)
Voir également : N. P. de C. Vergueiro. A febre amarella e sua supposta transmissao pelo « Stegomyia fasciata ». (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 mars 1903.)

(3) I. Bandi. (*Loc. cit.*, p. 242.)

(4) G. Sanarelli. La teoria delle zanzare e gli ultimi studi sulla eziologia della febbre gialla. (*Gazz. degli Osped.*, 25 août 1901.)

(5) I. Bandi. Estudo critico experimental sobre a etiologia e pathogenia da febre amarella. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 août, 15 et 31 oct. 1903.) — Klinisch-experimentelle Studien über die Aetiologie und Pathogenesis des gelben Fiebers. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1904, XLVI, 1.)

(6) E. Souchon. On the eradication of yellow fever in Havana. (*Med. Record*, 25 oct. 1902.)

(1) J. B. Tombleson. A note on the etiology of yellow fever. (*Lancet*, 29 août 1903.)

(2) Cité par H. S. Allyn : The mosquito theory of yellow fever infection in Brazil. (*Med. Record*, 11 oct. 1902, p. 585.)

(3) H. de Gouvêa. Les moustiques et la fièvre jaune. (*Bull. méd.*, 12 oct. 1901.)

(4) I. Bandi. Klinisch-experimentelle Studien über die Aetiologie und Pathogenesis des gelben Fiebers. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1904, XLVI, 1, p. 121.)

(5) I. Bandi. La fièvre jaune. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 juin 1903, p. 241.)

(6) J. H. Purnell. The mosquito an insignificant factor in the propagation of yellow fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 août 1901.)

(7) Rousselot-Bénaud. La fièvre jaune à Grand-Bassam, en 1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin 1903.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1904.

Sur la transmission de la maladie du sommeil par les mouches tsé-tsé.

M. Blanchard donne lecture, à l'occasion d'une note de M. Brumpt sur la transmission de la maladie du sommeil par les mouches tsé-tsé, d'un rapport dans lequel il déclare que, en raison de l'extension progressive de la maladie du sommeil et de la probabilité de la dissémination de la trypanosomiase humaine par la *Glossina fusca* et d'autres espèces de glossines, il serait urgent d'empêcher les soldats, porteurs, indigènes, etc., de passer des régions infestées dans les régions saines; inversement, il conviendrait d'interdire aux individus habitant les régions saines de pénétrer dans les régions contaminées.

D'autre part, étant donnée l'existence, dans divers pays, de trypanosomiases semblant être transmises par des tabanides et des mouches piqueuses qui se rencontrent également en Europe, il y aurait lieu de prohiber ou de réglementer d'une façon rigoureuse l'importation, en France et dans les colonies françaises, des animaux provenant des régions où sévissent ces trypanosomiases.

Traitement de la myopie forte par l'extraction du cristallin.

M. Lagrange (de Bordeaux) communique les résultats éloignés de 20 extractions de cristallin, pratiquées chez des sujets atteints de myopie forte, opérations qui datent actuellement de deux à dix-huit ans.

On n'a jamais constaté à la suite de ces interventions la moindre aggravation dans les lésions du fond de l'œil et aucun des malades n'a présenté de décollement rétinien. D'autre part, l'acuité visuelle est devenue, chez plusieurs d'entre eux, double et même triple de ce qu'elle était avant l'opération; cette augmentation d'acuité s'explique surtout par les conditions d'optique différentes dans lesquelles se trouve un œil qui passe d'une myopie très forte à l'emmétropie ou à l'hypermétropie.

Malgré les résultats favorables qu'il a obtenus, l'orateur pense que, dans les cas de myopie au-dessous de 17 dioptries, il est préférable de ne pas intervenir, mais que, lorsque le trouble de la réfraction atteint ou dépasse ce degré, l'extraction du cristallin est susceptible de rendre de réels services.

Conservation du chloroforme par l'addition de soufre.

M. Témoin (de Bourges) lit une note dans laquelle il déclare s'être servi depuis plus de

cinq ans, sans aucun accident, de chloroforme rendu inaltérable par l'addition de soufre, à raison de 4 grammes par kilo, selon le procédé indiqué par M. Allain. Cette solution chloroformique de soufre peut être conservée pendant plusieurs mois sans subir la moindre altération.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 mai 1904.

Grandeur du besoin d'albumine dans le régime alimentaire humain.

MM. H. Labbé et **Morchoisne**. — Après avoir admis que la quantité de substances albuminoïdes nécessaires à l'organisme humain était de 100 à 150 grammes par jour, on a reconnu qu'une telle dose était exagérée; toutefois, les évaluations les plus modérées ne sont pas descendues au-dessous de 45 grammes. Or, d'expériences entreprises sur l'un de nous, il résulte que ce dernier chiffre peut être réduit de beaucoup : après une période d'observation de trois jours au régime mixte, le sujet fut soumis à un régime strictement végétal au point de vue des albuminoïdes, le contingent de calories nécessaires à l'entretien de la chaleur et de l'énergie vitale (de 2,400 à 2,800) étant complété par un apport convenable de graisses et de féculents.

Dans ces conditions, l'expérience fut poursuivie pendant la durée inusitée de trente-huit jours, la ration d'albumine ayant été progressivement réduite de 88 gr. 50 centigr. *à 6 gr. 60 centigr.* Or, l'équilibre azoté a été parfaitement conservé, ainsi qu'on a pris soin de s'en assurer par des dosages rigoureux : l'excrétion azotée urinaire, qui, d'après les données classiques, aurait dû avoir une valeur constante, correspondant à la désassimilation azotée journalière et nécessaire du sujet, n'a jamais, en réalité, dépassé les doses d'azote ingérées; la formation de l'urée et son élimination ont d'ailleurs suivi une marche parallèle à celle de l'azote total.

Traitement de l'hypertension artérielle par la d'arsonvalisation.

M. A. Moutier. — J'ai déjà eu l'occasion de signaler les bons effets de la d'arsonvalisation dans le traitement de l'artériosclérose (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 100). J'ai pu depuis lors appliquer cette méthode thérapeutique chez 10 artérioscléreux de longue date, qui tous avaient suivi sans succès les régimes et les traitements les plus divers en vue d'abaisser leur tension artérielle; or, chez 7 de ces malades, il m'a suffi de peu de séances de d'arsonvalisation (de 4 à 7) pour ramener la tension à la normale; chez les 3 autres, ce résultat a été obtenu d'une façon plus tardive, à savoir après onze, douze et quinze séances seulement.

En raison de ses effets sur la tension artérielle, la d'arsonvalisation me paraît constituer un bon traitement prophylactique de l'hémorrhagie cérébrale chez les artérioscléreux.

Action motrice du pneumogastrique sur la vésicule biliaire.

MM. D. Courtade et **J.-F. Guyon**. — On attribue d'ordinaire au seul grand sympathique l'innervation motrice de la vésicule biliaire; par des expériences sur des chiens, nous avons cependant pu nous assurer que le pneumogastrique envoie aussi des filets moteurs à cet organe; ces filets proviennent des rameaux gastriques du vague. Leur action est d'ailleurs un peu différente de celle du grand sympathique : pour la vésicule biliaire comme pour l'intestin, alors que la contraction due à l'excitation de ce dernier nerf est progressive et soutenue, celle qui résulte de l'excitation du pneumogastrique est brusque et se traduit par une courbe bien marquée, dont l'ascension et la descente sont également rapides.

Contribution à l'étude de l'albumosurie de Bence-Jones.

MM. G. Patein et **Ch. Michel**. — Nous avons pu étudier une urine contenant le corps de Bence-Jones, et nous assurer que cette substance était constituée par de la globuline pure, mais présentant des caractères un peu anormaux en raison de l'acidité du milieu dans lequel elle se trouvait en dissolution : ses réactions devenaient en effet typiques après neutralisation de ce milieu. De ce fait, et d'autres analogues qu'il nous a été donné d'observer, nous concluons que le corps de Bence-Jones n'est pas une albumose, comme on le croit généralement, mais bien une albumine : il s'agissait de globuline dans le présent cas, il peut s'agir de sérine chez d'autres malades.

M. A. Charpentier adresse une note dans laquelle il déclare avoir constaté l'émission de rayons N par les centres nerveux de grenouilles momifiées depuis plusieurs mois; cette émission peut donc persister après la mort — au moins apparente — de l'organisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin 1904.

Traitement des imperforations vaginales.

M. Legueu. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation de M. Fournier (d'Amiens), relative à un cas de castration abdominale chez une jeune femme atteinte d'imperforation vaginale. Notre confrère avait fait tout d'abord une tentative infructueuse d'abouchement du vagin à l'utérus. La laparotomie lui montra qu'il n'avait pas à regretter cet échec, car le col utérin n'existait pour ainsi dire pas, et le corps de l'utérus, très réduit, n'offrait qu'une cavité extrêmement minime. Les annexes, qui manquaient totalement d'un côté, étaient représentées, de l'autre côté, par un ovaire et une trompe non perforée.

Je crois que si M. Fournier avait fait d'abord cette laparotomie, avant de chercher à créer un canal cervico-vaginal, il aurait évité à la malade une opération inutile. Dans les cas d'imperforation du vagin, la laparotomie me paraît en effet nécessaire pour vérifier l'état des organes et décider, s'il y a lieu de tenter une restauration.

M. Hartmann. — Je suis aussi tout à fait partisan de la laparotomie exploratrice, dans le cas d'imperforation du vagin; non seulement cette opération a pour but de nous renseigner sur le développement de l'utérus et des annexes, mais elle permet en outre de refouler l'utérus vers le périnée et elle facilite ainsi la restauration, lorsque celle-ci est possible.

M. Tuffier. — Dans un cas d'imperforation du vagin, j'ai appliqué à la restauration du canal cervico-vaginal — après exploration des organes génitaux internes par la laparotomie — le principe du procédé de Nové-Josserand pour l'opération de l'hypospadias : j'ai pris une greffe de Thiersch sur le bras de la malade et je l'ai fixée autour d'une sonde placée à demeure entre l'utérus et le vagin. Le résultat m'a paru satisfaisant, aussi longtemps du moins que j'ai pu suivre cette femme.

Dans un autre cas, encouragé par ce premier succès, j'ai procédé de la même façon, m'assurant d'abord, par une laparotomie exploratrice, du degré de développement des organes, et procédant ensuite à la réfection du canal cervico-vaginal au moyen d'une greffe de Thiersch prélevée sur la face interne de la cuisse. Le canal est resté perméable et le mois suivant l'opérée a eu ses règles.

Des amputations ostéoplastiques.

M. Delbet. — Depuis 1898, j'ai pratiqué 6 amputations ostéoplastiques de jambe. J'ai eu l'occasion de revoir 3 de mes opérés; chez l'un d'eux, j'ai même fait prendre une radiographie plus de trois ans après l'intervention; enfin, un de ces malades ayant subi une amputation de cuisse onze mois plus tard, j'ai pu me procurer la pièce relative à l'amputation ostéoplastique que j'avais pratiquée. Ces diverses constatations m'ont montré que la plaquette osseuse avait conservé des connexions intimes et une adhérence solide avec la section du tibia. Tous mes amputés marchaient parfaitement sur leur moignon; toutefois, chez l'un d'eux, il s'est développé un hygroma qui est devenu fistuleux.

M. Lucas-Championnière. — En ce qui concerne l'opération de Gritti, les résultats que j'ai observés, chez des malades opérés par l'auteur même du procédé, m'ont paru assez peu satisfaisants. Je crois qu'il ne faut guère compter faire marcher sur leur moignon les amputés opérés d'après ce procédé; si l'on obtient parfois un résultat de ce genre, ce ne peut être que dans des cas exceptionnels. Les observations qu'on nous a communiquées sont d'ailleurs de date trop récente pour permettre de bien juger de la valeur du procédé; il faudrait pour cela revoir les patients cinq ou six ans après l'opération.

M. Lejars. — Un des malades de M. Szczypiorski est opéré depuis cinq ans et marche bien; je reconnais du reste qu'il serait à souhaiter que notre confrère nous présentât quelques-uns de ses opérés. Quant à l'amputation ostéoplastique de la jambe, j'estime qu'il s'agit d'une technique intéressante, applicable surtout aux cas de section très basse, mais qui reste encore à l'étude.

Traitement de l'hypospadias balanique.

M. Lejars. — J'ai eu l'occasion de pratiquer, dans un cas d'hypospadias balanique, l'opération de von Hacker — sur laquelle M. Villemin et M. Routier ont attiré notre attention (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 63 et 172) — et le résultat a été très satisfaisant. Toutefois j'ai dû ultérieurement dilater le méat, le malade s'étant soustrait trop rapidement à mes soins après l'intervention.

M. Kirmisson. — Lorsque la réunion se fait par première intention, je ne vois pas trop comment il peut devenir nécessaire de recourir ensuite à une dilatation de l'urèthre transplanté.

M. Félizet. — Dans aucun des cas traités par M. Villemin, notre confrère n'a dû faire la dilatation. Je crois que, pour éviter tout inconvénient de ce genre, il est utile, avant de fixer l'urèthre disséqué à l'extrémité du gland perforé, de vérifier si le canal n'a pas subi de torsion sur lui-même.

M. Lejars. — Je dois ajouter que, dans le cas auquel je viens de faire allusion, il n'y avait pas à proprement parler un rétrécissement; il s'agissait plutôt d'une agglutination des lèvres du nouveau méat.

Dégénérescence cancéreuse du moignon utérin après hystérectomie subtotale.

M. Richelot. — En juillet 1899, j'ai pratiqué une hystérectomie subtotale, pour fibrome, chez une femme qui guérit très simplement et resta bien portante jusque dans ces derniers temps. Il y a quelques semaines, elle vint me retrouver, se plaignant d'un petit suintement sanguin; je fis une biopsie et l'examen histologique permit de constater l'existence d'une dégénérescence cancéreuse. Le moignon me paraissant mobile, j'en ai pratiqué l'ablation, et j'espère que, cette fois, la guérison sera définitive.

J'ai tenu à ajouter ce fait à ceux que je vous ai cités l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 362). D'ailleurs, depuis ma communication, on a publié plusieurs autres observations de dégénérescence cancéreuse du moignon, à la suite de l'hystérectomie subtotale. Cette dégénérescence n'est donc pas aussi rare qu'on a bien voulu le dire, et il y a lieu d'en tenir compte dans le choix du procédé d'hystérectomie que l'on doit employer pour les fibromes de l'utérus.

Résultats de la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères gastriques.

M. Hartmann. — Je puis vous citer un fait analogue à celui que M. Quénu nous a communiqué dernièrement (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 147), au sujet des résultats de la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères de l'estomac : j'ai perdu une malade, huit jours après une gastro-entérostomie pour ulcère gastrique, par hémorrhagie consécutive à l'ulcération d'une artère pancréatique. Ces hémorrhagies mortelles n'en sont pas moins relativement rares, et, d'autre part, j'ai obtenu d'excellents résultats éloignés dans la plupart des cas d'ulcère hémorrhagique de l'estomac que j'ai traités par la gastro-entérostomie, la guérison se maintenant définitive pour nombre d'entre eux.

M. Villemin communique une observation d'imperforation de l'œsophage avec abouchement dans les voies aériennes, traitée par la gastrostomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juin 1904.

Accidents urémiques coïncidant avec la polyurie et la résorption des œdèmes chez un artérioscléreux.

M. Hirtz. — J'ai observé un homme de cinquante-six ans, atteint de sclérose rénale avec légère dilatation du cœur droit, œdème considérable des membres inférieurs et des bourses, etc., etc., auquel je prescrivis une infusion de 0 gr. 25 centigr. de poudre de feuilles de digitale, en même temps qu'on le soumettait au régime lacté.

Au bout de quelques jours, les urines devinrent très abondantes et l'œdème des membres inférieurs commença à se résorber; mais, en même temps que cette polyurie, survint une crise d'urémie, convulsive d'abord, puis délirante, qui persista pendant une huitaine de jours et se termina par la guérison. Une ponction lombaire, pratiquée au cours de cette crise, donna issue à du liquide céphalo-rachidien dont la teneur en urée et en chlorures était normale et dont la tension n'était pas augmentée. On put constater, d'autre part, que l'élimination du bleu de méthylène par les urines avait une durée anormale.

Le mécanisme de ces accidents urémiques, apparus en pleine crise de polyurie, et simultanément avec la disparition de l'œdème des membres inférieurs, est encore très obscur. Je crois qu'on peut invoquer la brusque déshydratation des cellules du cerveau et la rupture de l'équilibre des échanges organiques au sein des tissus.

M. Barié. — J'ai également vu survenir, chez un albuminurique, du délire et des accidents urémiques — qui durèrent quarante-huit heures et furent suivis d'une hémiplégie gauche — au moment où, à la suite de l'administration de petites doses de digitale et de théobromine, l'œdème que ce malade présentait au niveau des membres inférieurs commença à diminuer.

A l'autopsie, je constatai une infiltration œdémateuse considérable, sous-arachnoïdienne, des deux hémisphères cérébraux.

Le patient était un ancien syphilitique et avait une hérédité névropathique assez lourde : une de ses sœurs avait été atteinte de paralysie infantile, une autre était hystérique.

M. Dufour. — Les accidents urémiques, éclamptiques, etc. s'observent en effet surtout chez les sujets prédisposés, ayant eu des convulsions dans l'enfance ou ayant déjà été atteints antérieurement de troubles nerveux.

M. Carnot. — On pourrait peut-être attribuer l'apparition des accidents cérébraux consécutifs aux décharges urinaires à la fixation d'une plus grande quantité de toxines par les cellules cérébrales.

M. Dopter. — Les liquides des œdèmes, inoffensifs lorsqu'on les injecte sous la peau, sont au contraire toxiques quand ils sont mis directement en contact avec le tissu cérébral. On voit alors survenir des troubles nerveux très nets et l'on peut même constater des lésions des cellules nerveuses, tandis que les animaux témoins — qui ont reçu une quantité égale d'eau distillée — ne présentent aucun phénomène pathologique.

Sur l'action excito-sécrétoire du chlorure de sodium dans les néphrites.

M. Claude. — Nous avons montré, avec M. Mauté, que, chez certains malades atteints de lésions rénales, l'ingestion de chlorure de sodium en excès provoque une augmentation des éliminations, ou passagère ou plus ou moins prolongée (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 219). De nouveaux faits que nous avons observés nous autorisent à admettre que le chlorure de sodium, dont l'action nocive, à certaines doses, n'est plus douteuse dans quelques variétés de néphrites, peut, au contraire, dans d'autres conditions, rendre des services comme stimulant de l'activité sécrétoire du rein. La proportion de chlorure de sodium qui doit entrer dans la diététique des rénaux, comme des autres malades, doit donc être fixée en tenant compte de l'état du rein d'abord et, en second lieu, de l'abondance et de la nature des aliments.

Empyème cloisonné.

M. Galliard relate l'observation d'un homme de vingt-huit ans, qui entra à l'hôpital avec des signes de pleuro-pneumonie gauche et chez lequel on ne tarda pas à constater l'existence d'un empyème cloisonné à deux loges, dont l'une occupait la région dorso-axillaire et l'autre la région sus-diaphragmatique. Trois thoracentèses suivies d'une pleurotomie furent nécessaires pour empêcher la reproduction du pus dans la loge dorso-axillaire. Quant à la loge sus-diaphragmatique, son contenu fut évacué spontanément par deux vomiques successives, mais elle ne se cicatrisa également qu'à la suite d'une pleurotomie. Les ensemencements de pus sont restés stériles et la guérison du patient est aujourd'hui complète.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 juin 1904.

Influence favorisante du chlorure de sodium sur certaines infections.

M. Vincent. — On sait que le chlorure de sodium peut déterminer, même chez l'homme sain, des troubles très graves et des néphrites mortelles, lorsqu'il est absorbé pendant longtemps et à dose exagérée (Torindo). J'ai constaté de mon côté que le sel marin peut également favoriser la multiplication de certains microbes pathogènes. Si l'on inocule, en effet, à deux cobayes, du tétanos sans toxine et qu'on injecte à l'un d'eux, soit au même point, soit du côté opposé, 2 c.c. d'une solution hypertonique de chlorure de sodium, ce dernier animal prend un tétanos aigu et mortel, tandis que le cobaye témoin reste sain.

Chez d'autres animaux, l'infection par le bacille typhique a été favorisée par l'injection simultanée, sous la peau, de 3 à 5 c c. de la solution à 10 % de sel marin. L'autopsie décela une multiplication intense du bacille dans le péritoine, la rate, les reins, le sang.

En outre, l'injection de la solution physiologique de chlorure de sodium, à la dose de 5 à 10 c.c., peut, exceptionnellement, favoriser l'explosion des symptômes tétaniques chez les animaux dépositaires du bacille. Il n'est donc peut-être pas toujours indifférent d'injecter du sérum artificiel aux sujets atteints de maladies infectieuses.

Par contre, le chlorure de sodium, ingéré, ne paraît pas offrir les mêmes dangers qu'en injection sous-cutanée.

L'action favorisante des solutions hypertoniques introduites sous la peau s'explique par l'altération locale des tissus, à la suite de l'injection, altération qui permet la multiplication *in situ* des microbes inoculés, et surtout par l'action chimiotaxique négative que ces solutions exercent sur les leucocytes.

De la résistance globulaire dans la tuberculose expérimentale.

M. G. Humbert (de Genève). — Chez des lapins qui avaient reçu par voie intraveineuse ou par voie péritonéale 1 c.c. d'une émulsion faible de tuberculose d'origine humaine, de virulence moyenne, nous avons constaté une diminution nette de la résistance globulaire. Cette résistance était surtout diminuée dans les deux premières semaines consécutives à l'injection. Par la suite, il s'est toujours manifesté une tendance au retour à la normale, sans que cependant celle-ci fût jamais atteinte. Dans tous les cas, ce phénomène a coïncidé avec une diminution relativement modérée du nombre des globules rouges, vraisemblablement due à la destruction dans l'organisme des globules les moins résistants.

En somme, il nous paraît bien établi que la tuberculose diminue d'une façon très notable la résistance des hématies chez l'animal.

Sur l'intoxication phosphorée expérimentale.

MM. Oddo et Olmer (de Marseille). — Nous avons constaté que la dégénérescence graisseuse pouvait faire défaut dans l'empoisonnement expérimental par le phosphore à doses massives, entraînant la mort dans les vingt-quatre heures. D'autre part, l'examen histologique des différents organes ne nous ayant permis de constater, dans ces conditions, aucune lésion capable d'expliquer la mort, on peut se demander si celle-ci n'est pas due à un trouble général de la nutrition moléculaire ou à des perturbations du système nerveux.

MM. Rosenthal et **Chazarain** adressent une note de laquelle il résulte que l'injection expérimentale de toxines provenant de l'entérocoque produit une cachexie pseudo-tuberculeuse, même lorsque ces toxines sont chauffées à 110° ou additionnées d'une solution iodée.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 2 juin 1904.

Lymphosarcome en cuirasse de la poitrine et du cou, traité avec succès par les rayons X.

M. Bizard. — Je vous présente, au nom de M. Albert Weil et au mien, un homme qui était atteint depuis six ans d'une infiltration néoplasique formant une véritable gangue épaisse, extrêmement dure, de couleur violacée, qui s'étendait depuis la région cervicale jusqu'au-dessous des mamelons. Des examens biopsiques avaient permis de constater qu'il s'agissait d'un lymphosarcome. Cette infiltration déterminant de nombreux troubles fonctionnels, et toute intervention chirurgicale étant impossible, nous avons eu recours à la radiothérapie. Les séances — de sept à dix minutes de durée — ont eu lieu tous les deux jours environ pendant deux mois, l'ampoule étant placée à 15 centimètres de la peau.

Sous l'influence de ces applications, les lésions se sont atténuées avec une extrême rapidité, et après 30 séances on voit actuellement que la peau est redevenue souple, sans empâtement, sans trace de tumeur. Le malade paraît donc guéri.

Au cours du traitement, nous avons constaté des phénomènes de toxémie dont nous avons obtenu la disparition en espaçant les séances et en en réduisant la durée.

M. Brocq. — J'ai traité par la radiothérapie 3 sujets atteints de sarcomes de la peau du thorax ou du dos, et j'ai constaté, dès la troisième séance, une amélioration extraordinaire. Malheureusement, ces patients n'ont pas continué le traitement, et je ne les ai pas revus. La radiothérapie me paraît particulièrement efficace dans ce genre de néoplasie.

M. Sabouraud. — J'ai, pour ma part, traité par les rayons X un sarcome du pied, qui m'a paru bénéficier de la radiothérapie beaucoup moins vite que les épithéliomas cutanés.

M. Leredde. — On peut poser, à propos de la radiothérapie des sarcomes, la question qui a été discutée dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 148-149) au sujet des épithéliomas cutanés. Les sarcomes guérissent-ils réellement sous l'influence des rayons X, ou n'obtient-on qu'une guérison apparente ?

M. Brocq. — Je répondrai à M. Sabouraud que les sarcomes étalés du thorax et du dos paraissent différer, par leur aspect, leur évolution, et peut-être aussi leur structure histologique, des autres sarcomes; ces particularités sont de nature à expliquer les résultats dissemblables fournis par la radiothérapie dans l'un et l'autre cas.

Quant à la réalité de la guérison des néoplasmes à la suite d'applications de rayons X, nous n'avons encore aucune donnée certaine à ce sujet. Aussi suis-je d'avis qu'il convient de recourir à l'ablation chirurgicale chaque fois qu'elle est possible. Mais lorsqu'on ne peut pratiquer une intervention sanglante, dans les infiltrations en nappe, par exemple, il ne faut pas hésiter à faire appel à la radiothérapie.

M. Hallopeau montre un malade atteint de tuberculides à forme vésiculo-pustuleuse.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 4 juin 1904.

Traitement des fractures de la rotule par la mobilisation précoce.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Büdinger** a présenté

2 cas de fracture de la rotule, qu'il a traités avec succès par la mobilisation précoce. Lorsqu'on pratique la suture simple de la rotule, on observe assez souvent une atrophie des muscles vastes et une récidive de la fracture. Aussi l'orateur préfère-t-il ouvrir l'articulation pour enlever les caillots et les esquilles; puis il place 2 ou 3 points de suture pararotuliens et quelques points prérotuliens. Au bout d'une semaine, l'appareil inamovible est remplacé par un appareil amovible et on commence à faire exécuter à la jointure des mouvements actifs et passifs.

M. von Eiselsberg préconise également la mobilisation précoce dans le traitement des fractures de la rotule; cette méthode lui a donné aussi des résultats très favorables dans les luxations invétérées du coude.

Recherches expérimentales sur la formule leucocytaire et cytologique des exsudats.

M. K. Helly a fait une communication relative aux expériences qu'il a instituées sur ce sujet. Il a infecté des lapins et des cobayes par injection de bactéries dans différents tissus ou dans la cavité pleurale; au bout de vingt-quatre heures, ces microbes étaient entourés de lymphocytes et de leucocytes vacuolaires, dont les granulations avaient disparu; les cellules éosinophiles participaient peu à ce processus. Les leucocytes jouent d'abord le rôle de phagocytes de second ordre, mais ils disparaissent bientôt et sont remplacés par des lymphocytes macrophages, qui englobent les bactéries et les produits de dissociation. Les phagocytes, au début, proviennent seulement du sang; plus tard ils résultent également de la transformation des cellules fixes.

Les expériences de l'orateur lui ont permis de constater que les lymphocytes ont des mouvements propres et qu'il faut distinguer les leucocytes d'avec les lymphocytes. D'autre part, les mêmes formes cellulaires se trouvent dans les différentes infections; aussi la formule cytologique d'un exsudat ne permet-elle aucune conclusion sur la nature d'une infection donnée.

La septicémie urinaire.

M. F. Kornfeld a donné la description des divers types que peut affecter l'infection urinaire; il reconnaît un type fébrile, un type septique, un type aigu, un type chronique, un type avec prédominance des troubles digestifs, un type récurrent et un type marastique lent. Mais la forme clinique ne correspond pas toujours à une variété anatomique déterminée ou à une source certaine d'infection. C'est ainsi qu'une infection lente peut prendre les caractères de l'urémie par suite de l'apparition d'une infection rénale; dans une autre série de cas, ce sont les symptômes cardiaques qui prédominent (dyspnée, sténocardie, arythmie, etc.); ailleurs, au contraire, les troubles nerveux prennent une importance particulière : pseudo-tabes, accès tétaniformes, symptômes cérébraux ou méningés.

M. Blum dit avoir observé dans plusieurs cas de septicémie urinaire l'apparition de la tétanie, complication qu'il attribue à la cessation de la sécrétion prostatique.

M. Kornfeld conteste cette interprétation, car, dans la cachexie prostatique, on n'observe pas les complications qui surviennent dans la cachexie thyréoprive.

Méningite tuberculeuse guérie à la suite d'une ponction lombaire.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. S. Jellinek** a présenté un homme qui offrait tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse : perte de la conscience, vomissements, paralysie des nerfs facial et hypoglosse droits, rétraction de l'abdomen, augmentation de la sensibilité des extrémités inférieures, exagération des réflexes rotuliens, élévation de la température (38°), pouls à 78, respiration à 30; il y avait en outre des lésions des sommets pulmonaires, ainsi qu'une pleurésie ancienne, et l'examen radiographique permit de reconnaître une hypertrophie des ganglions bronchiques et médiastinaux. La ponction lombaire donna issue à du liquide cérébro-spinal sous haute pression; ce liquide renfermait des leucocytes, mais pas de bacilles de la tuberculose. Après cette petite opération, les symptômes s'amendèrent progressivement et le malade finit par guérir.

M. H. Schlesinger estime que les symptômes mentionnés par M. Jellinek laissent quelques doutes sur le diagnostic de méningite tuberculeuse; il pourrait bien s'agir simplement de méningite chez un tuberculeux.

Glandules parathyroïdes et tétanie.

M. Escherich a signalé un certain nombre de particularités cliniques qui viennent à l'appui de la théorie récemment soutenue par M. Pineles (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 150), concernant les rapports existant entre la tétanie et l'insuffisance des glandules parathyroïdes; il insiste entre autres sur l'absence de tétanie dans l'aplasie du corps thyroïde. Mais, pour l'orateur, il n'est pas démontré que les différents facteurs étiologiques de la tétanie doivent être ramenés tous à une insuffisance des glandules parathyroïdes. C'est ainsi, par exemple, que la tétanie des enfants est associée souvent au rachitisme.

M. Jonas est d'avis que, comme le croit M. Pineles, la tétanie observée dans la dilatation de l'estomac doit être attribuée à une insuffisance des glandules parathyroïdes.

M. H. S. Loebl fait observer que, dans presque tous les cas graves de catarrhe gastro-intestinal, il y a des symptômes de tétanie qui disparaissent en même temps que les troubles digestifs. Ces faits, ainsi que l'apparition d'une tétanie expérimentale à la suite de l'extirpation des ganglions abdominaux, ne concordent pas très bien avec la théorie de M. Pineles.

M. E. Redlich déclare que presque tous les cas de tétanie offrent les mêmes symptômes, ce qui permet de supposer que cette affection a une étiologie univoque. Pour ce qui est de la théorie de M. Pineles, elle est séduisante; cependant, cette théorie est difficile à confirmer par la clinique, parce que la lésion des glandules parathyroïdes ne peut pas être diagnostiquée sur le vivant.

M. von Frankl-Hochwart attire l'attention sur la rareté de la tétanie dans les régions où le goitre est endémique.

Erythème infectieux.

Dans la séance du 20 mai de la même Société, **M. Escherich** a présenté 2 cas de cette affection, observée à Gratz il y a une dizaine d'années, et qui, dans ces derniers temps, était assez fréquente à Vienne. Il s'agit d'une maladie endémique, qui atteint les enfants âgés de quatre à douze ans et dont la contagiosité est minime. La période d'incubation dure de quatorze à dix-neuf jours et est rarement accompagnée de douleurs articulaires et d'abattement. L'affection est caractérisée par un érythème papuleux ou maculeux qui apparaît d'abord au visage, pour s'étendre ensuite aux membres et au tronc; il persiste huit ou dix jours et disparaît sans laisser aucune trace.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches sur la composition du sang et la sécrétion urinaire des éclamptiques, par M. W. ZANGEMEISTER.

A l'heure actuelle, on met volontiers l'éclampsie au compte de rétentions toxiques, favorisées elles-mêmes par un degré plus ou moins marqué d'imperméabilité rénale. Or M. Zangemeister — sans nier l'hypothèse de l'intoxication — pense que les rôles de la toxémie et de l'insuffisance sont mal interprétés.

Tout ce qu'on peut conclure des nombreuses recherches qui ont été effectuées sur le sang — et que l'auteur a contrôlées ou reprises —, c'est que l'éclampsie s'accompagne d'un trouble circulatoire profond; mais il est impossible de démontrer la rétention dans le sang de tel ou tel produit pouvant être une cause d'intoxication. La diminution de l'alcalinité sanguine, par exemple, qui est le phénomène hématologique le plus saillant de l'éclampsie, est due simplement à la diminution de la diurèse. Quant à l'hyperglobulie, qui atteint parfois un degré extrême, variable d'ailleurs d'un moment à l'autre, elle n'est que le résultat de la concentration passagère du sang dont le plasma filtre dans les tissus périvasculaires.

Du côté des urines, le seul phénomène constant qui s'observe dans l'éclampsie est l'oligurie et la diminution de l'élimination des chlorures. En effet, si l'on applique à l'étude comparative des urines des éclamptiques et des parturientes saines la méthode cryoscopique, on voit qu'il y a entre elles, à ce point de vue, une légère différence : chez les dernières le point de congélation est de — 1°268, chez les éclamptiques il est de — 1°173. Il se produit donc dans l'éclampsie une faible diminution de la concentration moléculaire des urines. Mais cette diminution porte presque entièrement sur les chlorures : alors que chez la parturiente saine les molécules chlorurées représentent 40 % de la concentration moléculaire des urines, chez l'éclamptique, pendant les accès, elles n'en constituent plus que 24 % : cette baisse des chlorures éliminés peut déjà s'observer quelques jours avant l'explosion de la maladie. Quant à la diminution absolue, par vingt-quatre heures, de l'élimination des sels non chlorurés, elle est relativement faible : elle passe de 9 gr. 48 centigrammes, chez la parturiente saine, à 8 gr. 84 centigr. chez l'éclamptique en accès, et cette diminution est simplement la conséquence de l'oligurie.

Il serait cependant téméraire d'attribuer l'éclampsie à la rétention des chlorures, car de tous les sels urinaires ceux-ci sont les moins toxiques, et les analyses du sang ne témoignent par ailleurs d'aucune rétention de ce genre. Supposer d'autre part que l'hypochlorurie indique une perméabilité moindre du rein est également inadmissible : il serait étrange que tous les sels non chlorurés pussent franchir le filtre rénal en proportion aussi considérable et même plus considérable que chez la femme non éclamptique — 16 ‰ des urines chez l'éclamptique, 14 ‰ chez la parturiente saine —, alors que les chlorures, pourtant si solubles et si diffusibles, resteraient sur le filtre. Il faut donc supposer que l'apport des chlorures par le sang est plus faible que d'habitude, autrement dit que la masse de sang circulant dans le rein est inférieure à la normale. Cette induction se trouve confirmée par les recherches de M. von Korányi, qui a démontré que la teneur des urines en chlorures est uniquement sous la dépendance du plus ou moins d'activité de la circulation dans les reins. La perméabilité rénale des éclamptiques semble donc à peu près intacte et la diminution des chlorures est à mettre uniquement au compte d'une anémie circulatoire du rein.

Bien que les recherches précédentes battent en brèche les théories fondées sur la rétention d'un produit toxique, rétention qu'il est difficile d'admettre, vu la suffisance fonctionnelle du rein, elles laissent intactes le principe de l'intoxication. L'indépendance relative de l'éclampsie et des phénomènes rénaux (ceux-ci pouvant se manifester ou disparaître sans que les accidents éclamptiques suivent une marche parallèle) prouve qu'il n'y a pas entre eux de relations causales; mais rien n'empêche de supposer que le poison éclamptique, s'il existe, puisse agir à la fois sur les centres nerveux et sur le rein, provoquant et les convulsions et l'oligurie, par l'intermédiaire des actions vasoconstrictives amenant l'anémie soit cérébrale, soit rénale. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 3.) — R. DE B.

L'évolution de la fièvre pyohémique dans la phlébite du sinus d'origine otique, par M. TAKABATAKE.

Les recherches déjà anciennes de Heubner et de Wunderlich sur la courbe thermique de la pyohémie n'étant pas à l'abri de toute critique, l'auteur a cru devoir reprendre l'étude de cette question. Ses investigations ont porté sur 51 sujets atteints de phlébite du sinus, d'origine otique, et qui tous avaient subi une intervention chirurgicale consistant dans l'ouverture du sinus, l'extraction du thrombus et la ligature de la veine jugulaire interne. Cette opération n'était certes pas restée sans influence sur la marche de la fièvre, mais, même dans les cas les plus favorables, cette dernière avait persisté encore

pendant plusieurs jours après l'intervention. La température chez ces malades fut prise régulièrement toutes les deux heures, jour et nuit, par conséquent 12 fois par vingt-quatre heures.

Ne pouvant guère étudier l'évolution de la fièvre pyohémique dans son ensemble — car la plupart des patients, grâce probablement à l'intervention chirurgicale qu'ils avaient subie, restèrent pendant trois, six et même huit jours avec une température ne dépassant pas 38°6 —, M. Takabatake s'est borné à étudier l'évolution de l'accès isolé, et voici les particularités qu'il a pu constater : le sommet de la courbe a été relevé 10 fois entre minuit et quatre heures du matin, 11 fois entre six heures et dix heures du matin, 12 fois entre midi et quatre heures du soir, 18 fois entre six heures et dix heures du soir. La durée de chaque accès, comprise entre la température la plus basse précédant l'élévation thermique et le moment de la défervescence complète, a varié entre six et trente-six heures; elle fut en moyenne de vingt-six heures et demie. Il en résulte qu'on a rarement observé plus d'un accès dans l'espace de vingt-quatre heures, et sur ce point les conclusions de l'auteur sont en opposition avec celles de Heubner et de Wunderlich, qui n'admettaient pour chaque accès qu'une durée maxima de douze heures.

Dans certains cas, l'élévation et la chute de la température se firent non d'une façon continue, mais par degrés, de sorte que la courbe présenta deux (dans 10 cas) ou trois (dans 7 cas) crochets. Ces crochets secondaires étaient toujours rapprochés du crochet principal; dans les courbes à deux crochets, ce fut tantôt le premier, tantôt le deuxième qui se trouva le plus élevé; dans celles à trois crochets, le troisième était presque toujours le moins marqué, le deuxième le plus considérable.

La température la plus haute fut aussi souvent comprise entre 39° et 40° qu'entre 40° et 41°; elle n'a jamais dépassé 40°8. Le minimum précédant immédiatement l'ascension de la courbe a été au-dessous de 37°5 dans 62 % des cas et au-dessus de ce point dans 37 % des cas. Pour la température la plus basse suivant immédiatement la défervescence, nous trouvons 54 % des cas dans la première catégorie (au-dessous de 37°5), et 46 % dans la seconde (au-dessus de 37°5).

Les frissons n'ont été observés que 6 fois sur 51 accès.

La différence entre le maximum de la fièvre et la température la plus basse précédant l'accès fut de 2° à 4°8, en moyenne de 2°6; entre le maximum et la température la plus basse suivant l'accès, elle fut de 1° à 4°3, en moyenne de 2°5.

Quant à la fréquence du pouls, elle a été un peu plus grande pendant les intervalles entre les accès qu'à l'état normal. Elle augmentait et diminuait d'ailleurs avec la température. Le pronostic serait mauvais dans les cas où il n'en serait pas ainsi. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XLV, 4.) — S. J.

Influence de l'alcool et de l'inoculation mixte sur la production d'ambocepteurs cholériques, par M. E. Friedberger.

La valeur thérapeutique de l'alcool dans les maladies infectieuses ayant, au cours de ces dernières années, soulevé de nombreuses discussions, M. Friedberger a jugé utile d'étudier expérimentalement l'influence exercée par ce liquide sur la formation des substances immunisantes chez les animaux soumis à l'immunisation à l'égard du choléra. Les recherches que l'auteur a entreprises à cet effet à l'Institut d'hygiène de Königsberg ont montré que l'action de l'alcool varie suivant que l'on se borne à en administrer une dose unique ou que l'on alcoolise l'animal pendant un laps de temps plus ou moins long. Dans le premier cas, lorsque, simultanément avec l'immunisation du lapin contre le choléra, on introduit dans l'estomac de cet animal une quantité d'alcool suffisante pour provoquer l'ivresse, la formation des anticorps devient, de par ce fait, deux fois et demie plus considérable que chez les animaux témoins. Par contre, si l'on donne l'alcool à doses répétées pendant une ou plusieurs semaines, avant de procéder à la vaccination, on constate que la teneur du sérum en ambocepteurs est, chez les animaux ainsi traités, seize fois moindre que chez les lapins non alcoolisés.

Ces faits permettent de comprendre les bons résultats de la pratique qui consiste à administrer de l'alcool au cours et surtout au début des maladies infectieuses, en même temps qu'ils cadrent bien avec cette constatation clinique que, pendant les épidémies, les alcooliques sont les premiers frappés et résistent fort mal à l'infection.

En ce qui concerne l'influence des inoculations mixtes, M. Friedberger a été à même de se rendre compte qu'elles ont pour effet d'abaisser, dans des proportions plus ou moins considérables, la richesse du sérum sanguin en anticorps cholériques. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 mars 1904.) — L. CH.

Le traitement prophylactique de la cystite post-opératoire, par M. K. Baisch.

Après toute opération gynécologique, il existe un degré, d'ailleurs variable, d'atonie vésicale. Il est le plus souvent assez facile d'avoir raison de cette parésie, à l'aide d'instillations de glycérine, par exemple. Cependant, les troubles vésicaux que l'on observe chez les malades opérées pour cancer de l'utérus suivant le procédé de M. Wertheim demeurent généralement rebelles à tous les modes de traitement communément mis en œuvre en pareille occurrence. Aussi est-on alors dans l'obligation de recourir à des cathétérismes fréquents, pendant un laps de temps quelquefois assez long. Cela explique que les cystites purulentes soient presque de règle à la suite de l'opération de Wertheim, devenant trop souvent par la suite la source d'infections ascendantes, fréquemment très graves, des voies urinaires.

Ayant constaté, au cours de recherches bactériologiques et expérimentales, que la rétention d'urine consécutive à l'intervention dont il s'agit reconnaissait pour cause des troubles portant à la fois sur l'innervation et sur la circulation du réservoir urinaire, M. Baisch fut amené à penser que des lavages vésicaux, pratiqués avec un soin minutieux après chaque sondage, seraient susceptibles de prévenir l'infection de la vessie, en la débarrassant entièrement des résidus urinaires qui y subsistent généralement et qui constituent un milieu de culture des plus favorables au développement des staphylocoques et des colibacilles, agents habituels de l'infection vésicale.

L'événement donna raison aux prévisions de l'auteur. Sur 31 malades traitées par lui, 6 ne sauraient entrer en ligne de compte, l'une d'elles ayant uriné spontanément dès le premier jour et les 5 autres étant mortes dans la première semaine après l'intervention. Chez 2 opérées, il survint dans le courant de la deuxième semaine un léger degré d'irritation vésicale, se manifestant par l'aspect louche des dernières gouttes d'urine recueillies par le cathétérisme. Une patiente, atteinte de néphrite purulente dès le moment de l'opération, ne fut pas améliorée par les irrigations vésicales. Quant aux 22 autres malades, elles restèrent toutes parfaitement indemnes de cystite, même certaines d'entre elles qu'il fallut sonder jusqu'au dix-huitième jour. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 mars 1904.) — F. M.

De la valeur de l'inoscopie, par MM. E. Körmöczi et K. Jassniger.

Les auteurs du présent mémoire ont institué une série de recherches en vue de se rendre compte de la valeur de l'inoscopie, méthode bactérioscopique imaginée par M. Jousset pour faciliter l'isolement du bacille de Koch des humeurs de l'organisme (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 22-24). Comme, en raison de difficultés techniques, l'emploi de l'inoscopie doit, dans la pratique, être restreint aux liquides spontanément coagulables, MM. Körmöczi et Jassniger ont fait porter leurs recherches sur des exsudats pleurétiques, sur des liquides ascitiques, ainsi que sur le sang provenant de sujets ayant succombé à la tuberculose miliaire. Le plus souvent, d'ailleurs, ils choisissaient, en vue de cet examen, des cas dont la nature tuberculeuse ne faisait l'objet d'aucun doute. Or, sur 8 pleurésies — pour la plupart secondaires et accompagnées de fortes infiltrations pulmonaires —, 3 seulement ont donné un résultat positif, et, dans les 5 autres, l'inoscopie de la sérosité resta négative; sur 4 examens du sang recueilli dans le cœur de sujets manifestement tuberculeux, un seul fut positif, un autre fournit un résultat douteux et 2 eurent un résultat négatif; enfin, dans 2 cas d'ascite (cirrhose du foie et péritonite chronique tuberculeuse avec ulcères de l'iléon), l'examen inoscopique de l'épanchement ne décela pas, non plus, la présence de bacilles.

Aussi, sans vouloir contester que la méthode en question soit plus expéditive que les procédés habituellement mis en œuvre pour dépister la présence de bacilles de Koch disséminés dans les humeurs de l'organisme, MM. Körmöczi et Jassniger, en se basant sur les faits susmentionnés, estiment-ils qu'elle est loin d'être sûre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mars 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

L'état de l'arc costal dans les affections des organes abdominaux et son importance au point de vue diagnostique, par M. E. Eliot.

L'arc costal, formé par la réunion des septième, huitième, neuvième et dixième cartilages costaux, participe normalement aux mouvements respiratoires du thorax et de l'abdomen, en subissant une légère élévation pendant l'inspiration et en s'abaissant pendant l'expiration. Toutefois, le sujet étant couché et la respiration calme, il est facile d'empêcher ce mouvement de va-et-vient de l'arc costal, en déprimant les cartilages vers la cavité abdominale. La manœuvre en question se laisse exécuter d'autant plus aisément que l'élasticité de cette portion de la cage thoracique est plus grande. Aussi l'extrémité sternale de l'arc costal — constituée uniquement par du cartilage et, de plus, très souple en raison du caractère même des articulations — peut-elle être déprimée plus profondément que le segment postérieur, plus rigide à cause des côtes osseuses avec lesquelles s'articulent les cartilages. D'autre part, l'étendue de l'excursion respiratoire de l'arc costal diminue au fur et à mesure que l'individu avance en âge, et cela d'abord par suite des progrès de l'ossification des côtes, puis en raison de la dégénérescence calcaire et de la solidification des cartilages costaux, ainsi que de l'oblitération de leurs jointures.

D'après les recherches de M. Eliot, l'arc costal, surtout vers son extrémité sternale, se laisserait déprimer de plus de 2 centim. 1/2; chez les adultes, et à mesure que l'on s'approche de l'extrémité vertébrale, la limite s'abaisse à 2 centimètres, voire même à 1 centim. 25; enfin, chez le vieillard, elle est de beaucoup inférieure même à ce dernier chiffre.

Telles sont les conditions normales. Mais l'auteur a été à même de constater qu'à l'état pathologique, et notamment en cas d'affection des organes abdominaux, le caractère et le degré de ce qu'il appelle la « résistance costale » subissent des modifications très importantes. C'est ainsi que cette résistance augmenterait toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un processus inflammatoire, aigu ou subaigu, portant sur les organes sous-jacents à l'arc costal. Dans les phlegmasies chroniques des mêmes organes, le signe en question serait moins constant, se montrant seulement soit à l'occasion d'une exacerbation transitoire du processus morbide, soit lorsque le viscère malade est en même temps augmenté de volume. Dans les cas de néoplasme ou de kyste, la résistance costale ne serait exagérée que lorsque la tumeur a atteint un volume suffisant pour entraver mécaniquement le mouvement de l'arc costal.

Habituellement, le degré de la résistance costale serait en raison directe de l'intensité du processus inflammatoire, le maximum de cette résistance siégeant, d'ailleurs, au niveau du segment qui correspond directement au point de départ de l'infection. S'agit-il, par contre, d'un néoplasme, l'augmentation de la résistance se laisse percevoir surtout dans la portion de l'arc costal sus-jacente à la partie la plus proéminente de la tumeur.

Le signe en question présenterait une certaine valeur diagnostique dans les états morbides qui intéressent les organes de la moitié supérieure de la cavité abdominale, notamment le foie et la vésicule biliaire, l'estomac, le pan-

créas, la rate, le duodénum et les reins. En ce qui concerne les phlegmasies sus-diaphragmatiques, M. Eliot n'a eu que rarement l'occasion d'observer l'augmentation de la résistance costale, et, de fait, dans les cas d'empyème, par exemple, la poche purulente, généralement encapsulée, n'occupe pas la partie la plus basse de la cavité thoracique; or, c'est là la seule circonstance où l'empyème pourrait influer sur la résistance de l'arc costal, les modifications de rigidité des côtes plus haut situées étant fort difficiles à apprécier.

A en juger d'après l'expérience de l'auteur, l'augmentation unilatérale de la résistance de l'arc costal s'observerait beaucoup plus fréquemment que la simple asymétrie du retrait expiratoire des fausses côtes, appréciable à l'inspection. A l'encontre de ce que l'on remarque pour le premier de ces deux symptômes, le second ferait toujours défaut dans les phlegmasies aiguës et subaiguës : on ne le constaterait que dans les cas de néoplasme ou de kyste, ainsi que dans les exsudats inflammatoires, *mais seulement après la disparition des phénomènes aigus*.

En se basant sur tous ces faits, M. Eliot estime que la connaissance du signe qui fait l'objet du présent mémoire est susceptible de rendre de bons services non seulement pour faciliter le diagnostic, mais aussi pour servir en quelque sorte de guide, au moment de l'intervention, en permettant de faire un choix rationnel du lieu de l'incision.

Ajoutons que, pour rechercher la résistance costale, le sujet doit être couché sur le dos, les muscles abdominaux étant autant que possible relâchés par la flexion des cuisses; on engagera, en outre, le patient à respirer paisiblement, la bouche légèrement ouverte. Cela étant, on cherchera à se rendre compte du degré de résistance des diverses portions de l'arc costal, en les déprimant, pendant l'expiration, au moyen des extrémités des deuxième, troisième et quatrième doigts de chaque main. Il va sans dire que l'on devra toujours avoir présente à l'esprit la différence qui existe naturellement entre l'élasticité de l'extrémité sternale de l'arc et celle du segment vertébral. Il sera bon enfin de compléter l'examen du côté malade par une exploration comparative du côté sain. (*Med. News*, 23 et 30 avril 1904.) — L. CH.

Un cas d'infection par le « Bacillus aerogenes capsulatus », par M. S. W. Sappington.

Le cas relaté par M. Sappington concerne un homme qui succomba subitement, quelques heures après un accès d'alcoolisme aigu, au milieu de phénomènes d'hématémèse et de melæna : le malade se réveilla au milieu de la nuit, et, ayant poussé un cri, retomba en arrière, cyanosé et sans connaissance; la mort survint cinq minutes plus tard.

A l'autopsie, qui fut pratiquée douze heures après le décès, on constata l'existence d'un emphysème généralisé qui n'avait respecté que les pieds. Le scrotum, en particulier, était le siège d'un emphysème très marqué : la ponction de la vaginale donna issue à une abondante quantité de gaz. L'abdomen était tendu au point qu'à la palpation le ventre avait une dureté ligneuse; à l'incision du péritoine, des gaz s'échappèrent en sifflant. Dans les poumons, dans le cœur et dans les vaisseaux, on trouva du sang spumeux. Le foie, atteint de cirrhose atrophique, renfermait, surtout au niveau du lobe droit, une multitude de petits kystes dont beaucoup mesuraient 3 et 5 millimètres de diamètre. Le pancréas était également bourré de ces petites cavités, mais on n'en retrouvait ni dans la rate — cependant très hypertrophiée — ni dans les reins. Enfin l'estomac et l'intestin contenaient du sang en quantité assez abondante.

L'examen bactériologique des organes et des tissus permit de déceler la présence d'un bacille à extrémités arrondies, long de 4 à 6 μ et que ses caractères morphologiques, microchimiques et culturaux firent identifier avec le *Bacillus aerogenes capsulatus* décrit, en 1891, par M. Welch. 5 c.c. d'une culture sur bouillon de ce bacille furent injectés dans la veine de l'oreille d'un lapin. Cet animal, sacrifié après quinze minutes, fut ensuite mis à l'étuve : au bout de vingt-quatre heures, il présentait le même emphysème interstitiel que l'on avait constaté chez le malade. Aussi M. Sappington estime-t-il que la mort de son patient doit être attribuée à une infection généralisée par le microbe en question. (*New York Med. Journ.*, 2 avril 1904.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Bouillie maltée contre la gastro-entérite chronique des nourrissons.

Dans les nombreux cas de gastro-entérite chronique des nourrissons où le lait est mal toléré, on a le plus souvent recours à la diète hydrique; mais celle-ci ne saurait être continuée bien longtemps, et d'autre part il peut arriver que, lorsqu'on veut reprendre le régime lacté, après amélioration des troubles gastro-intestinaux, l'administration de lait, même coupé, produise de nouveau des phénomènes d'intolérance. En pareille occurrence, l'emploi des féculents est susceptible de rendre de bons services, et c'est pour les faits de ce genre que M. le docteur A. Keller préconisait, il y a quelques années, l'usage d'une bouillie au malt (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CXCVIII). Cette bouillie a toutefois un inconvénient assez grave : elle contient une proportion relativement élevée de malt; il faut donc pouvoir se procurer un malt d'excellente qualité, ce qui n'est pas toujours possible. Aussi M. A. Beauvy, ancien interne des hôpitaux de Paris, à la suite d'essais poursuivis dans le service de M. le docteur A. Sevestre, médecin de l'hôpital Bretonneau — essais dont M. le docteur R. Demarque, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, rend compte dans sa thèse inaugurale —, a-t-il modifié la composition de la bouillie de M. Keller en augmentant sensiblement la proportion de farine qu'elle contient, et en réduisant la dose de malt au taux strictement nécessaire pour obtenir la liquéfaction. Voici comment il procède à la préparation de cet aliment :

On délaye 120 grammes de farine dans une petite portion d'un mélange renfermant par litre un tiers de lait, deux tiers d'eau, et 25 grammes de sucre. La nature de la farine employée importe peu, mais il est essentiel qu'elle soit fraîche, parce qu'alors son acidité est beaucoup moins prononcée. La farine étant délayée et détrempée, on ajoute progressivement le reste du liquide — de façon à compléter un litre —, et on chauffe pendant une dizaine de minutes, jusqu'à ébullition. On obtient ainsi une masse épaisse, assez analogue à de la colle de pâte, qu'on laisse refroidir à 70° environ; on y ajoute alors une cuillerée à café de malt, en choisissant de préférence du malt de bière blonde, plus riche en amylase : il faut avoir soin de ne faire cette addition qu'après refroidissement suffisant de la bouillie, car, à une température supérieure à 70°, l'amylase risquerait d'être détruite en grande partie, et la liquéfaction ne se produirait pas.

La bouillie ainsi préparée est parfaitement liquide, de sorte qu'on peut l'administrer soit à la cuiller, soit au biberon. Sa valeur nutritive serait quelque peu supérieure à celle du lait : elle fournit 800 calories par litre, tandis que le lait de vache n'en donne que 750 en moyenne.

Emploi de lambeaux « pilifères » pour l'autoplastie des régions normalement couvertes de poils.

On évite généralement, dans les opérations autoplastiques, d'employer des lambeaux prélevés sur des régions pileuses, ces lambeaux ne tardant pas à se couvrir de poils. Il est certains cas cependant où cette éventualité, loin d'être fâcheuse, n'offre que des avantages et peut être mise à profit dans un but esthétique, ainsi que M. le docteur H. Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris, a eu l'occasion de le faire dans 2 cas de lésions destructives étendues de la face.

Chez le premier malade, l'exérèse d'un épithélioma de la région temporo-frontale avait nécessité l'ablation de la moitié externe du sourcil. Notre confrère put refaire ce dernier au moyen d'un lambeau comprenant une petite bande de « cuir barbu » le long de son bord postéro-inférieur.

Dans le second fait, des accidents syphilitiques tertiaires avaient complètement détruit la moitié droite de la lèvre supérieure, non sans en intéresser également l'autre moitié. Une première opération n'ayant donné que des résultats médiocres, en raison de l'étendue des lésions, M. Morestin résolut de mettre à profit la barbe assez abondante dont était pourvu le malade. Pour cela, deux lambeaux rectangulaires très allongés, à pédicule antérieur, furent prélevés sur les joues, puis retournés de façon que, après l'opération, les poils prissent en repoussant une bonne direction. Ces lambeaux furent ensuite réunis l'un à l'autre sur la ligne médiane, suturés au bord libre de la lèvre supérieure préalablement avivée, et appliqués avec grand soin sur la surface cruentée. Le résultat complété par quelques retouches fut très satisfaisant : les poils, ayant abondamment repoussé, dissimulent toute trace de l'opération.

Traitement de l'hydrorrhée nasale par l'air chaud.

Il y a quatre ans environ, MM. les docteurs M. Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, et Mahu (de Paris) ont introduit les applications d'air chaud dans le traitement de l'hydrorrhée nasale. De son côté, M. le docteur J. Grélety-Bosviel vient de consacrer sa thèse inaugurale à l'étude de ce moyen thérapeutique, employé de la manière suivante :

On porte l'air à une température de 70° à 90° en le faisant circuler dans un serpentin chauffé par un bec Bunsen. Aussitôt que la température voulue est atteinte — ce dont on se rend aisément compte en dirigeant le jet d'air chaud sur le dos de la main —, on fait agir le courant d'air sur la muqueuse nasale au moyen d'une canule effilée et à large ouverture, que l'on introduit successivement dans chacune des narines à travers un *speculum nasi*. Sous l'influence du jet d'air chaud, la muqueuse rougit, puis se rétracte. On rapproche alors insensiblement la pointe de la canule de la muqueuse, mais tout en la laissant à 3 ou 4 millimètres de distance, de crainte de provoquer l'escharification; il faut, pour la même raison, éviter d'agir trop longtemps sur un même point. On emploie ensuite une canule à orifice plus étroit : le jet ainsi obtenu est plus mince, a plus de force et pénètre mieux dans les différents recoins des cavités nasales.

La durée des séances est variable avec la susceptibilité du sujet : au début, on ne doit pas prolonger les applications plus de une ou deux minutes. On en augmente progressivement la durée jusqu'à quatre ou cinq minutes.

Bien qu'il ait donné quelques insuccès à notre confrère, l'air chaud employé de la sorte amène généralement une amélioration très notable de l'hydrorrhée nasale; dans 8 des cas observés par M. Grélety-Bosviel, cette amélioration a même été telle qu'elle équivalait à une véritable guérison. Aussi notre confrère est-il disposé à considérer ce mode de traitement comme le plus efficace de ceux que nous possédons actuellement contre cette affection.

La toilette soignée du vagin pour prévenir les élévations de température du post-partum.

On observe parfois, chez les femmes en couches, des élévations de température qui, sans atteindre un degré bien élevé, n'en constituent pas moins des formes atténuées de fièvre puerpérale. Or, M. le docteur P. Zweifel, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Leipzig, a pu constater que, lorsqu'on examine la cavité vaginale à l'aide du spéculum, une demi-heure ou une heure après la délivrance, on trouve presque constamment, dans les culs-de-sac vaginaux, un ou deux caillots de la dimension d'une noix environ. Pensant que ces dépôts fibrineux pourraient bien être le point de départ des élévations thermiques susvisées, notre confrère a pris soin de les faire systématiquement enlever, à l'aide de tampons secs, chez toutes les femmes qui accouchent dans son service, et, depuis lors, il a vu la morbidité puerpérale tomber à 5.7 % : 14 fois seulement, sur 243 accouchements, la température rectale a dépassé 38°5; défalcation faite des cas où une complication quelconque (pulmonaire ou autre) expliquait ce mouvement fébrile, la proportion des femmes ayant eu de la fièvre s'abaisse même à 3.3 %. Ce pourcentage étant de beaucoup inférieur à tous ceux qu'il avait obtenus jusqu'ici, M. Zweifel estime qu'il y a lieu de faire systématiquement, après chaque accouchement, une toilette soignée du vagin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Origine dyspeptique des petits accidents du brightisme.

I

C'est à M. le professeur Dieulafoy que revient le mérite d'avoir réuni, sous le nom commun de « petits accidents du brightisme » (1), un certain nombre de manifestations, peu graves en soi et de localisation fort variable, qui seraient particulièrement fréquentes au début et au cours du mal de Bright, au point que leur constatation devrait toujours faire soupçonner l'existence d'une néphrite chronique.

Quant à la cause de ces symptômes, elle est attribuée à l'accumulation de substances toxiques dans le sang, par suite d'une dépuration rénale insuffisante : « Presque tous les *petits accidents du brightisme*, écrit M. Dieulafoy (2), la cryesthésie, les secousses électriques, les crampes des mollets, les démangeaisons, me paraissent être le résultat d'une urémie légère. D'autres accidents plus intenses, la céphalée, les accès d'oppression, les troubles gastriques, la prostration passagère, sont dus à une intoxication urémique plus sévère »—, et il ne semble pas que cette opinion, émise pour la première fois il y a plus de dix ans et que M. Dieulafoy exprime encore dans la dernière édition de son ouvrage classique (3), ait jusqu'ici trouvé beaucoup de contradicteurs. Or, s'il est incontestable que les petits accidents du brightisme s'observent, en effet, au début et au cours de la néphrite chronique, nous ne croyons pas, d'accord en cela avec M. Lancereaux (4) et avec Germain Sée (5), qu'ils soient l'apanage exclusif de cette affection. Nous les avons rencontrés chez nombre d'individus dont les reins étaient et sont restés parfaitement intacts : c'est dire que, tout en leur attribuant une origine toxique, nous nous refusons à chercher la source de cette intoxication dans l'insuffisance de la dépuration urinaire. A notre avis, c'est sous le nom de « petits accidents dyspeptiques » qu'il conviendrait plutôt de désigner ces signes; en effet, c'est essentiellement à l'élaboration excessive de toxines dans le tube digestif, ainsi qu'à la production surabondante de gaz gastro-intestinaux, que l'on doit, pensons-nous, en imputer la pathogénie.

II

Pour justifier une telle hypothèse, nous devons avant tout établir que les phénomènes dont il s'agit s'observent chez les dyspeptiques, tout autant, sinon plus, que chez les brightiques. Passons-les donc successivement en revue, sinon en les examinant un par un, du moins en envisageant les principaux d'entre eux.

Prenons par exemple la céphalée, les vertiges, les troubles visuels, les bourdonnements d'oreille, les douleurs lombaires. Or, nous le demandons, quel est le dyspeptique qui ne se plaint de ces troubles, non pas à quelques reprises dans son existence, et à intervalles plus ou moins éloignés, mais presque tous les jours et d'une façon constante? Ces malaises divers peuvent exister, dans les affections des voies digestives, soit à l'état isolé, soit diversement combinés entre eux, et cela sans que l'on constate le moindre symptôme de nature à faire suspecter l'intégrité du filtre rénal. Et, fait plus significatif encore, on les voit s'aggraver et s'atténuer parallèlement aux modifications des troubles digestifs. Enfin, en ce qui concerne leur durée, s'il est vrai que dans la majorité des cas ils sont fugaces, comme on l'admet communément, ils peuvent cependant, en certaines circonstances, persister plusieurs heures de suite, voire même des journées entières, et se répéter pendant des jours et des semaines, tant que la perversion des fonctions digestives demeure à un degré suffisamment accentué.

La tristesse et l'abattement, qui sont également rangés parmi les petits signes du brightisme, sont aussi des plus fréquents chez les dyspeptiques, dont — le fait est bien connu — le moral est en général déprimé et le caractère altéré.

Quant au prurigo, il est loin d'être exceptionnel chez ces mêmes malades; on peut d'ailleurs démontrer directement son indépendance de toute adultération rénale, en constatant que le régime lacté exclusif, ce remède quasi spécifique des manifestations urémiques, non seulement ne le guérit pas, mais encore suffit parfois à lui seul à le faire apparaître. Il m'a été donné d'observer un certain nombre de faits de ce genre, concernant des sujets atteints d'atonie gastro-intestinale : dans cette affection le lait a les plus fâcheux effets en ralentissant l'activité motrice du tube digestif et en favorisant ainsi la stase, par suite les fermentations anormales, cause prochaine d'auto-intoxication. Je mentionnerai notamment le fait d'un homme de quarante-cinq ans, dyspeptique et neurasthénique, qui se plaignait d'un prurit généralisé; considéré à tort comme diabétique par son médecin, ce malade avait été mis au régime lacté absolu depuis une dizaine de jours, et, sous l'influence de ce traitement, les troubles digestifs et les démangeaisons n'avaient fait qu'augmenter; les urines, examinées à deux reprises différentes, étaient parfaitement normales, sauf un excès d'acide urique; je soumis cet homme à une médication tonique et eupeptique, et au bout de cinq jours le prurit avait complètement disparu.

Pour ce qui est des « secousses électriques », cette prétendue ébauche de la crise d'éclampsie urémique, il faut savoir que les malades qui présentent ce symptôme en sont généralement affectés dès l'âge le plus tendre; ce sont pour la plupart des neurasthéniques de naissance — or neurasthénie et dyspepsie sont étroitement liées — et le phénomène en question est dû chez eux à l'hyperesthésie rachidienne, si fréquente chez les neurasthéniques : le moindre contact, parfois même certaines attitudes du corps, suffisent à déterminer, par voie réflexe, une contraction brusque des muscles dorso-lombaires; du reste, on peut produire ces secousses électriques chez tous les neurasthéniques, en frôlant simplement la région rachidienne.

Les épistaxis sont également un accident qu'on peut observer au cours de la dyspepsie — surtout chez les individus d'un certain âge, chez lesquels un processus scléreux plus ou moins actif a diminué la résistance des parois vasculaires —, en raison de l'hypertension artérielle qui est si souvent la conséquence du mauvais état des voies digestives. J'ai notamment le souvenir de 3 dyspeptiques (dont 2 étaient en même temps emphysémateux), qui avaient des épistaxis légères à répétition; je n'ai pu rattacher ces petites hémorrhagies à aucune cause autre qu'une aggravation des troubles gastro-intestinaux.

III

Ce que nous venons de dire de ces troubles sans gravité est vrai aussi des accidents déjà un peu plus sérieux, et surtout plus significatifs — à en croire les classiques —, par exemple ceux qui ont pour siège les appareils respiratoire, circulatoire, etc. : dyspnée, palpitations, œdème, polyurie, pollakiurie, pour ne citer que les principaux.

Quand, chez un patient dont le cœur et les poumons sont sains, on voit survenir des phénomènes dyspnéiques se répétant à intervalles plus ou moins rapprochés, c'est tout naturellement à une insuffisance de la dépuration urinaire que l'on songe (*dyspnée prénéphritique*), surtout si à ces manifestations respiratoires vient se joindre quelque autre des petits accidents du brightisme. Or, cette dyspnée, à mon avis, tient à deux facteurs différents, mais relevant l'un et l'autre de la même cause, à savoir l'existence de troubles digestifs : en premier lieu, la gêne mécanique causée par la distension gazeuse de l'estomac et de l'intestin; en second lieu, la contraction réflexe des capillaires pulmonaires, phénomène dont Potain a démontré la réalité, il y a plus de vingt-cinq ans, dans les affections aiguës des voies biliaires, et notamment dans l'ictère calculeux. A ces deux facteurs principaux s'ajoutent parfois le spasme des bronchioles et l'asthénie des muscles inspirateurs, qui peuvent jouer le rôle de causes adjuvantes.

Je ne m'appesantirai pas ici sur les modalités diverses de cette dyspnée soi-disant prénéphritique, car ce serait sortir du sujet; je dirai seulement qu'elle peut affecter le type de Cheyne-Stokes, ou se présenter sous une forme paroxystique rappelant l'accès d'asthme — asthme dyspeptique de M. Max Einhorn (1) —, etc.; j'ai notamment observé cette dernière variété chez 2 dyspeptiques, dont les urines n'offraient pas la moindre modification.

Du côté du cœur, les troubles dyspeptiques ne manquent pas de faire également sentir leur action : celle-ci se traduit cliniquement par de l'éréthisme cardiaque, caractérisé par la fréquence des battements du cœur et l'augmentation d'énergie des systoles, de sorte que le premier bruit acquiert souvent un timbre vibrant; cet éréthisme cardiaque est bien perçu par les malades, qui se plaignent de « sentir leur cœur » et parfois d'avoir de vrais accès de palpitation avec angoisse précordiale. L'accentuation du claquement des valvules sigmoïdes est aussi un phénomène presque constant chez les dyspeptiques, surtout quand ils traversent une de ces crises dyspeptiques aiguës qui ne sont que l'aggravation passagère de l'état dyspeptique habituel; elle dénote l'exagération de la tension artérielle — si fréquente chez eux —, qui résulte du spasme des artères principales ou des artérioles périphériques, voire même de la vasoconstriction du système vasculaire d'un ou plusieurs viscères, et qui peut à la longue devenir la cause d'une hypertrophie cardiaque. L'auscultation nous permet également d'entendre souvent chez ces patients le bruit de galop, signe considéré jadis comme pathognomonique de la période prodromique de la néphrite chronique.

N'est-ce pas là tout à fait ce que l'on a décrit comme phénomènes cardiaques de la période prénéphritique?

A cet éréthisme cardiaque est associé dans la plupart des cas un éréthisme analogue du système vasculaire, qui tient sous sa dépendance une certaine nombre de phénomènes moins significatifs, tel le « doigt mort », telle la pâleur du visage, etc.

Si nous envisageons maintenant un des symptômes qui est le plus généralement considéré comme révélateur d'une insuffisance de la dépuration urinaire, à savoir l'œdème dit prénéphritique, il est impossible de n'être pas frappé de la similitude parfaite existant entre cet œdème, tel qu'il est décrit par les classiques, et celui qui se développe parfois chez les individus épuisés dans leur système nerveux, lesquels

(1) G. Dieulafoy. Etude sur le brightisme : petite urémie, petits accidents du brightisme. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 juin 1893, p. 664, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 282.)

(2) G. Dieulafoy. Manuel de pathologie interne. 7e éd., t. III, p. 74 Paris, 1894.

(3) G. Dieulafoy. Manuel de pathologie interne. 14e éd., t. III, p. 95. Paris, 1904.

(4) Lancereaux. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 juin 1893, p. 726, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 309.)

(5) Germain Sée. Sur l'albuminurie et le brightisme. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 juin 1893, p. 760, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 315.)

(1) M. Einhorn. Ueber Asthma dyspepticum. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1902, XLV, 5-6, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 427.)

sont en même temps des dyspeptiques : il s'agit dans l'un et l'autre cas d'un œdème le plus souvent insignifiant et passager, limité aux paupières, à la face, aux malléoles, parfois plus étendu, occupant un membre tout entier, voire même symétrique sur deux membres qu'il frappe en totalité ou en partie. Ici encore, c'est à des troubles vasomoteurs que l'on a essentiellement affaire, troubles ayant bien leur point de départ dans des phénomènes toxiques, mais sans que le rein intervienne pour rien dans leur pathogénie. Ils sont caractérisés, en pareille occurrence, par une vasodilatation de la région qui en est le siège, consécutive à une paralysie plus ou moins accentuée et durable du système vasculaire de cette région, par suite d'asthénie ou d'insuffisance de l'innervation motrice des parois des vaisseaux. Le ralentissement de la circulation sanguine, qui en résulte, favorise la transsudation séreuse et devient la cause principale de cet œdème « prénéphritique », qui peut être aggravé par la rétention des chlorures, quand celle-ci se produit.

En quelques mois, j'ai pu recueillir 3 observations d'œdème léger, concernant respectivement 2 jeunes femmes, âgées l'une de trente-six ans, l'autre de vingt-six, et un vieillard de soixante-dix ans; dans ces 3 cas, l'analyse des urines montrait l'intégrité absolue des fonctions rénales, dans un le chiffre des chlorures éliminés dépassait même la moyenne; par contre on pouvait reconnaître chez ces malades des signes non douteux de dyspepsie et de neurasthénie, et de fait les œdèmes disparurent sous la seule influence d'un traitement à la fois reconstituant et antidyspeptique.

Lorsque les troubles circulatoires avec une note congestive prédominent au niveau des reins de certains dyspeptiques — par suite de fatigue ou d'excès de tout genre —, ils se traduisent par une polyurie plus ou moins abondante, qui durera autant que la crise dyspeptique aiguë à laquelle elle doit son apparition. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est que tous ceux de ces patients qui sont capables de s'observer d'une manière attentive affirment, quand on les interroge sur ce point, que leur sécrétion urinaire, indépendamment de toute autre cause, n'augmente jamais autant que les jours où l'état dyspeptique s'accentue et où la distension gazeuse consécutive du tube digestif atteint un degré excessif.

Quant à la pollakiurie, d'après M. Dieulafoy, elle serait due à une excitabilité exagérée de la muqueuse ou du plan musculaire de la vessie : « Quand, dit-il, les muscles du corps de la vessie sont seuls en cause, la pollakiurie précoce ou tardive se traduit par des envies plus ou moins fréquentes et plus ou moins impérieuses d'uriner; quand le sphincter vésical est atteint, l'émission de l'urine est souvent suivie de spasme douloureux. » Pour nous, la pollakiurie est bien attribuable à une hyperesthésie de la muqueuse vésicale, mais reconnaissant pour cause la congestion active de cette tunique. Elle serait en tout comparable à un état analogue de la muqueuse gastrique, que l'on peut observer dans le même groupe d'affections, et qui se traduit par des vomissements survenant aussitôt après l'ingestion d'une certaine quantité d'aliments ou de liquides : de même, la vessie, dont la muqueuse congestionnée est par là même hyperesthésiée, ne saurait permettre l'accumulation des urines, d'où mictions fréquentes et impérieuses.

Pour terminer cette revue des principaux « signes mineurs » du brightisme, nous ne ferons que mentionner la cryesthésie : la sensibilité excessive des dyspeptiques neurasthéniques aux moindres variations de température est bien connue. Il n'est d'ailleurs pas jusqu'à la contracture des muscles fléchisseurs des doigts et aux accès épileptiformes — ces grands accidents du brightisme — qui ne puissent parfois relever de la même pathogénie; M. le professeur Bouchard les a vu survenir chez des gastrectasiques, et il n'hésite pas à les attribuer à la résorption des substances toxiques résultant des fermentations anormales au niveau de l'estomac dilaté.

IV

Ainsi donc, on le voit, tous les petits accidents du brightisme peuvent se rencontrer — et se rencontrent effectivement — chez les dyspeptiques. Et que l'on ne croie pas qu'il s'agit là de l'association d'une néphrite et d'une affection gastro-intestinale : il nous a été donné maintes fois, nous tenons à insister sur ce point, d'observer ces accidents chez des sujets qui non seulement n'offraient aucun signe d'adultération rénale, mais encore qui n'en ont pas présenté davantage dans la suite de leur existence, et dont les antécédents étaient d'ailleurs indemnes de toute cause susceptible de produire une néphrite.

Nous allons même plus loin, et nous ne craignons pas d'avancer que si un malade ayant autrefois souffert de tel ou tel de ces accidents devient ultérieurement brightique, il n'en serait pas moins téméraire d'affirmer que lesdits symptômes étaient déjà révélateurs d'une lésion rénale en puissance, et de faire remonter le début de celle-ci à l'apparition de ceux-là. Nous sommes au contraire convaincu que les facteurs étiologiques même des petits accidents du brightisme sont capables d'agir à la longue sur le rein, de sorte que, en pareille occurrence, ces accidents témoignaient non pas de la néphrite, mais bien de l'auto-intoxication générale qui devait plus tard engendrer la néphrite, comme épiphénomène, en quelque sorte. Ce qui nous reste à dire de la pathogénie des petits accidents du brightisme justifiera, croyons-nous, cette manière de voir.

Deux facteurs principaux, avons-nous dit, tiennent sous leur dépendance l'apparition de ces symptômes, l'un d'ordre toxique (excès de substances nocives élaborées par l'organisme, notamment au niveau du tube digesif), l'autre d'ordre plutôt mécanique (production exagérée de gaz intestinaux). Examinons-les séparément.

En ce qui concerne l'élaboration des substances toxiques, c'est surtout dans le tube digestif, en raison des fermentations digestives anormales, qu'elle s'opère chez les dyspeptiques. Mais à cette cause d'auto-intoxication s'en joint une autre, qui intervient pour renforcer l'action de la première, à savoir la viciation des mutations organiques, par suite de laquelle prennent naissance de nombreux principes incomplètement métamorphosés, partant toxiques: parmi eux, nous citerons en particulier les pigments urinaires, réputés si nocifs par Thudicum.

Ajoutons que cette exagération dans la production des éléments toxiques est aggravée encore par l'insuffisance — au moins fonctionnelle — des organes antitoxiques (foie, corps thyroïde, capsules surrénales, etc.), d'où destruction incomplète de ces mêmes éléments surabondamment produits. Notons en passant que le rein est, lui aussi, pour une part, un organe à fonction antitoxique; aussi acceptons-nous bien volontiers qu'il se trouve occasionnellement en état de méiopragie à ce point de vue, sans qu'il faille pour cela le considérer comme devenu imperméable : bien loin d'être la cause de l'auto-intoxication, le trouble rénal, en pareille occurrence, en est purement et simplement une conséquence. Mais que ce double facteur de toxémie — excès de production et insuffisance de destruction des éléments toxiques — vienne à se prolonger, et des lésions organiques seront parfois réalisées, au niveau du rein ou de tout autre viscère constituant un *locus minoris resistentiæ*. Le malade pourra de la sorte devenir un brightique légitime : il n'en serait pas moins inexact de voir dans les petits accidents du début une manifestation précoce de la néphrite, puisque celle-ci ne s'est développée qu'ultérieurement.

Aussi, si chez un individu atteint de lésions rénales chroniques, on note dans les antécédents morbides, dix, quinze ou vingt ans auparavant, quelques-uns de ces signes, ceux-ci doivent presque toujours être rapportés à un état dyspeptique antérieur et non pas à une insuffisance urinaire, attendu que le facteur dyspeptique, par les gaz et les toxines auxquels il donne naissance en excès, est durant cette longue période d'années assez puissant — plus puissant même qu'une insuffisance urinaire partielle, résultant d'une ébauche de lésions rénales, dont l'existence est du reste hypothétique — pour revendiquer la plus grande part dans la détermination de ces phénomènes morbides.

Un autre argument qui dépose aussi en faveur de l'origine dyspeptique de ces troubles, c'est leur apparition précoce, chez des sujets tout jeunes, dans les antécédents desquels on ne trouve aucun état infectieux qui eût pu toucher l'intégrité de leur filtre rénal, celle-ci pouvant du reste être démontrée par l'analyse plusieurs fois répétée de leurs urines qui permet d'y constater l'absence totale de tout corps anormal.

Enfin l'aveu de ce groupe de patients ne mérite-t-il pas aussi d'être pris en très grande considération, quand ils nous disent que tous ces accidents apparaissent avec un caractère plus intense et plus tenace lorsque leur état dyspeptique habituel s'aggrave, pour s'atténuer notablement ou même disparaître complètement pendant quelque temps, pour peu que le fonctionnement de leurs voies digestives s'améliore?

Que de fois ne les entend-on pas dire qu'une expulsion gazeuse abondante, ayant déterminé la détente de leur appareil digestif, suffit pour faire cesser une céphalée, un vertige, des troubles visuels ou un malaise indéfinissable, qui duraient depuis quelques heures!

Quant aux gaz intestinaux, leur action est double. Elle est d'abord toxique, en ce qui concerne ceux de ces gaz qui sont résorbés au niveau de la muqueuse intestinale, et à ce point de vue leur influence se confond avec celle des autres substances nocives d'origine digestive; on sait, en effet, notamment par les recherches de M. Kukula (1), que les gaz intestinaux possèdent des propriétés toxiques, qui paraissent tenir principalement à l'hydrogène sulfuré. Elle est ensuite d'ordre mécanique, la distension du tube gastro-intestinal entraînant par voie réflexe une série de troubles qui intéressent tout particulièrement la circulation.

Etant donnés ces deux facteurs — toxémie, distension gazeuse du tube digestif —, on s'explique très aisément, par une action élective en quelque sorte sur les centres vasomoteurs, action peut-être favorisée par une « diathèse vasomotrice », la pathogénie des petits accidents du brightisme, ceux-ci se ramenant tous, en dernière analyse, à des troubles circulatoires. Nous sommes d'ailleurs ici d'accord avec les classiques, le point sur lequel nous avons voulu attirer l'attention étant non le mécanisme pathogénique de ces accidents, mais bien la cause même de l'intoxication qui leur donne naissance.

Il nous paraît inutile d'insister longuement sur l'intérêt pratique des faits que nous venons d'exposer. Il ne saurait, en effet, être indifférent pour le pronostic et le traitement de savoir si tel sujet qui présente, par exemple, de la cryesthésie, ou de la pollakiurie, ou des œdèmes fugaces, se trouve en puissance de brightisme ou est simplement un dyspeptique. Or, à cet égard, notre opinion est formelle : les symptômes en question ne constituent pas une pré-

(1) Kukula. Untersuchungen über Autointoxicationen bei Darmocclusionen. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1901, LXIII, 4, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 46.)

somption valable de néphrite, tant que l'examen minutieux des fonctions rénales ne révèle pas un trouble grave, tel qu'albuminurie persistante, oligurie, cylindrurie, ou toute autre manifestation du même genre.

Dr N. Chryssovergis (de Beyrouth).

CHIRURGIE PRATIQUE

La position élevée de la tête et du tronc dans le traitement post-opératoire de la péritonite.

Il y aurait, à l'heure présente, tout un chapitre à écrire, sur « l'attitude dans le traitement des maladies et après les opérations » : un chapitre neuf, ou renouvelé, car les conceptions anciennes, exclusivement mécaniques, ne cadrent plus avec les données pathogéniques modernes, et pourtant, même dans les infections, on ne saurait dénier aux attitudes une réelle influence sur l'évolution locale du processus. Faut-il rappeler les résultats de l'élévation permanente des membres, dans les phlegmons ; ou encore la position déclive, « à la Trendelenburg », maintenue douze ou quinze jours, à la suite des opérations bucco-pharyngées, et que M. P. Sébileau recommandait tout récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 100)?

C'est l'attitude inverse, la *position inclinée, tête en haut*, que MM. les docteurs George R. Fowler et Russell S. Fowler, chirurgiens du German Hospital de Brooklyn, ont appliquée, depuis quelques années, au traitement post-opératoire de la péritonite septique diffuse, et les résultats qu'ils ont obtenus ne laissent pas que d'être impressionnants. En 1900, à l'appui de la méthode dont il venait d'exposer le principe, l'un d'eux — M. G. R. Fowler — relatait une première série de 9 cas consécutifs de péritonite septique généralisée, d'origine appendiculaire, terminés tous par la guérison (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 158); aujourd'hui leur statistique porte sur 98 faits, et les guérisons y atteignent le chiffre de 65, soit un peu plus de 66 % : avec eux, il faut reconnaître qu'une pratique susceptible de réduire ainsi l'effrayante mortalité de la péritonite septique généralisée est « digne d'attention ».

Bien entendu, la position élevée de la tête et du tronc n'est que le complément de l'intervention, et voici quels sont les temps de cette dernière : laparotomie courte, juste suffisante à la besogne de détersion intra-abdominale; évacuation du foyer originel et ablation de l'appendice, recherche et évacuation, s'il y a lieu, des foyers secondaires, pelviens, sous-hépatiques ou inter-intestinaux; irrigation avec un mélange à parties égales d'eau oxygénée et d'une solution saturée de bicarbonate de soude, puis avec de l'eau salée à 43° C.; l'injection d'eau salée est poursuivie jusqu'à l'achèvement des sutures; à aucun moment, les intestins ne sont éviscérés; on termine par le drainage avec un long tube de verre, perforé, dont l'extrémité sort par l'angle inférieur de la plaie et dans lequel on fait passer une mèche; chez la femme, on draine souvent par le cul-de sac vaginal postérieur; des mèches sont laissées, autour du drain principal, dans les foyers secondaires.

Immédiatement, l'opéré est installé dans la position haute; en pratique, on la réalise en soulevant les pieds supérieurs du lit avec des chaises ou des tabourets; au German Hospital de Brooklyn, M. R. S. Fowler se sert d'un système d'exhaussement, composé de deux supports latéraux et d'une barre transversale qui passe sous le chevet du lit et dont les deux extrémités se fixent dans des trous ménagés, à diverses hauteurs, le long des supports. De toute façon, l'élévation ne doit jamais être inférieure à 33 ou 35 centimètres. On empêche le malade de glisser en disposant, sous les cuisses fléchies, un gros oreiller plié en deux, rattaché de chaque côté, par une bande, au chevet du lit, et qui « cale » le siège. Dans cette attitude, le pelvis devient réellement la zone de déclivité maxima, et les conditions mécaniques du drainage sont dûment assurées. Il y a, de plus, un très grand intérêt à ce que les liquides septiques et propagateurs d'infection s'accumulent et se cantonnent dans le bassin, et M. G. R. Fowler y insistait longuement dès 1900; l'absorption, en général, et, plus particulièrement, la résorption septique, ne se font pas à un égal degré, dans les divers territoires péritonéaux : elles sont à leur acmé au voisinage du diaphragme; dans le bassin, la séreuse semble beaucoup moins perméable et, par suite, l'infection générale moins aisée et plus lente; aussi la défense péritonéale y trouve-t-elle un meilleur terrain, et le fréquent enkystement des foyers septiques intrapelviens suffit à en témoigner.

Quoi qu'il en soit, l'attitude élevée de la tête et du tronc paraît toute rationnelle, à la suite du drainage pelvien, et comme complément de ce drainage; sur le cadavre, nous avons pu constater il y a quatre ans, avec notre ancien interne M. J.-E. d'Herbécourt (et ces expériences sont relatées dans la thèse de ce dernier), que, dans la position horizontale, sur le dos, un gros drain, introduit dans le cul-de-sac de Douglas après colpotomie, et aussi bien placé que possible, n'évacue pas en totalité le liquide qu'on a versé, par le ventre, au fond du bassin : il reste, en arrière du drain, une quantité notable de liquide; mais le résidu stagnant diminue de plus en plus, à mesure qu'on relève le tronc et qu'on le rapproche de la verticale. Sans doute, on aurait tort de ramener le mécanisme complexe du drainage abdominal à une simple question de pesanteur et de déclivité : la réplétion intermittente des viscères intrapelviens, de la vessie et du rectum, le péristaltisme intestinal, les contractions de la paroi et les mouvements respiratoires prennent une large part à l'expulsion des liquides accumulés. D'ailleurs, l'infection, dans sa marche, se montre volontiers rebelle aux lois physiques, mais celles-ci n'en exercent pas moins une influence que rien n'autorise à méconnaître. Les faits de MM. G. R. et R. S. Fowler semblent en fournir, d'ailleurs, une suffisante démonstration.

De son côté, M. le docteur F. Bode (de Francfort-sur-le-Mein) préconisait en 1900 (1), dans le traitement de la péritonite suppurée diffuse, une pratique fort différente de celle de nos confrères américains — puisqu'elle consistait dans l'éviscération totale d'emblée et le lavage, segment par segment, des anses intestinales —, mais qui devait aussi se compléter par la position haute du malade, destinée à permettre « l'écoulement du pus, de haut en bas, dans le sens de la pesanteur, jusqu'au drain ». A plusieurs reprises, nous avons pu constater aussi, dans des conditions analogues, les heureux résultats de la position « presque assise ».

Une grosse objection qu'on ne manquera pas de faire à l'*elevated head and trunk posture*, c'est qu'elle est de nature à provoquer et à entretenir les vomissements. Or, l'expérience de MM. G. R. et R. S. Fowler va directement à l'encontre de cette notion traditionnelle; et, d'après eux, l'élévation d'emblée est le meilleur moyen de prévenir les contractions antipéristaltiques de l'estomac et de l'intestin. Aussi n'hésitent-ils pas à la recommander, en dehors même de la péritonite généralisée, à la suite de toute laparotomie — dût-elle, ajoutent-ils, si la théorie pathogénique de M. Sonnenburg est exacte, favoriser l'apparition d'une phlébite des membres inférieurs.

Il y aurait là matière à discussion; nous n'insisterons pas. Nous ne reprendrons pas davantage la question, fort débattue, des grandes irrigations péritonéales et, nous bornant à la pratique du « tronc élevé », nous ferons remarquer combien les résultats signalés par nos confrères américains sont intéressants et inattendus, et combien il serait désirable d'expérimenter leur méthode.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) F. Bode. Eine neue Methode der Peritonealbehandlung und -Drainage bei diffuser Peritonitis. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 13 janv. 1900.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin 1904.

Valeur de la division endovésicale des urines.

M. Tuffier donne lecture, en son nom et au nom de M. Mauté, d'une note sur ce sujet, dont voici le résumé :

Les renseignements obtenus par la division des urines ne doivent être considérés que comme des résultats comparatifs, donnant seulement des indications sur l'état de l'un des deux reins en fonction de son congénère, mais ne fournissant aucun éclaircissement sur la valeur réelle du rein examiné. Ce n'est qu'après avoir étudié la fonction rénale globale pendant plusieurs jours de suite à l'aide des urines de vingt-quatre heures qu'il est possible de savoir, grâce à l'examen des urines séparées, dans quelles proportions chacun des deux reins y prend part.

Cette étude comparative doit être faite au double point de vue de l'état fonctionnel et de l'état anatomique.

Pour que la division puisse donner des renseignements utiles sur l'état fonctionnel du rein, il est nécessaire qu'elle soit pratiquée pendant une demi-heure au moins, que la quantité d'urine obtenue ne soit pas inférieure à 10 c.c., et enfin qu'il soit fait, des produits séparés, une analyse rationnelle et méthodique. La valeur la plus importante à considérer dans cette analyse est la valeur ΔV, qui nous donne en bloc, et sans laisser de « non dosé », le nombre de molécules solides éliminées par chaque glande pendant l'unité de temps. Cette valeur doit toujours être exprimée en fonction de celle du côté opposé.

Toutefois, il existe des cas où un rein malade, polyurique, peut fournir un travail fonctionnel, évalué par ΔV, égal ou supérieur à celui de son congénère; mais alors le point cryoscopique du côté malade est anormalement abaissé par rapport à celui du côté sain.

Par contre, le fait que le travail fonctionnel est notablement diminué d'un côté n'équivaut nullement au diagnostic de lésion du rein correspondant, et la division vésicale ne peut permettre la localisation d'une tumeur abdominale à siège incertain (foie, rate ou rein), car il suffit d'une simple gêne — même passagère et intermittente — de la circulation rénale, pour produire dans la sécrétion urinaire des modifications importantes pouvant aller jusqu'à l'albuminurie.

Les indications fournies par la division des urines sur l'état anatomique du rein sont en général d'interprétation plus facile; toutefois, pour ne pas commettre d'erreur, il faut bien savoir que le sédiment normal d'une urine divisée est abondant en éléments figurés (cellules épithéliales de la vessie, globules rouges, leucocytes dans la même proportion que ceux du sang) et qu'une tumeur pararénale peut se manifester par la présence, dans l'urine fournie par le rein du côté correspondant, de cylindres muqueux et même hyalins.

Radiothérapie des tumeurs gastriques.

M. Lemoine (de Lille) relate, au nom de M. Doumer et au sien, les observations de deux femmes et d'un homme qui étaient atteints de tumeurs de l'estomac et qui paraissent avoir guéri à la suite de l'emploi de la radiothérapie. Par contre, dans 17 autres cas de tumeurs du même organe, ce traitement a complètement échoué ou n'a donné que des résultats passagers.

D'après l'orateur, les tumeurs d'origine épithéliale, primitives ou consécutives à d'anciens ulcères, seraient seules susceptibles d'être amendées ou guéries par la radiothérapie, tandis que celles du type carcinomateux seraient rebelles à ce mode de traitement.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 juin 1904.

Action physiologique des émanations de radium.

MM. Ch. Bouchard, P. Curie et **V. Balthazard.** — Nous faisons depuis le mois de février des expériences en vue d'élucider l'action des émanations de radium sur l'organisme animal; dans ce but, nous faisons respirer des souris ou des cobayes dans un espace clos chargé d'émanations, en régénérant l'air confiné sans qu'il y ait déperdition d'émanations.

Dans ces conditions, on constate, au bout d'un temps qui varie d'une heure à plusieurs heures, suivant la quantité d'émanations utilisées, que les animaux manifestent des troubles respiratoires: la respiration prend un type saccadé, l'expiration devient très brève et la pause respiratoire s'allonge; en même temps, l'animal se met en boule, reste immobile et son poil se hérisse. Plus tard, il tombe dans une torpeur profonde et se refroidit; les mouvements respiratoires gardent leur caractère, mais leur fréquence diminue beaucoup et, dans l'heure qui précède la mort, on ne compte plus que dix, huit et même six inspirations par minute. Il n'y a pas, à proprement parler — malgré l'immobilité et l'affaissement des animaux —, de phénomènes paralytiques, car les irritations violentes amènent toujours des mouvements réflexes; il existe même un certain degré de contracture des membres, parfois avec quelques convulsions.

Les émanations de radium transformant en partie l'oxygène en ozone, c'est à ce dernier gaz qu'on pourrait être tenté d'attribuer les troubles précités; mais nous avons pu nous assurer qu'il n'en est rien, car des animaux témoins, soumis seulement à l'influence de l'ozone, meurent bien plus tardivement, encore que l'atmosphère qu'ils respirent contienne une proportion d'ozone vingt fois plus considérable.

Les lésions observées à l'autopsie des animaux tués par les émanations de radium consistent surtout en une congestion pulmonaire intense, sans hémorrhagies interstitielles ou alvéolaires et sans altération des épithéliums. Le sang subit des modifications portant surtout sur les leucocytes, dont le nombre est diminué *in toto*. La rigidité débute au moment même de la mort, et le cœur s'arrête en systole.

Trois heures après la mort, les tissus sont encore radioactifs. La radioactivité atteint son maximum pour les poils, puis viennent les capsules surrénales et les poumons; la peau rasée est peu active. Cette radioactivité tient à la fois à la présence d'émanations dissoutes dans les humeurs et à la radioactivité induite.

Rapport entre l'intensité des réflexes et l'organisation nerveuse.

MM. Ed. Toulouse et **Cl. Vurpas.** — Nous avons pu constater que, chez le nouveau-né, les réflexes sont plus intenses que chez l'adulte, voire même que certains (réflexes fonctionnels, comme le réflexe buccal) n'existent que chez lui. D'autre part, les sujets atteints de diverses affections de la moelle et du cerveau, notamment les paralytiques généraux, se rapprochent à cet égard du nouveau-né. Si l'on considère enfin que chez l'adulte normal les réflexes sont d'autant plus faibles que l'on remonte du membre inférieur à la face, c'est-à-dire des muscles et des centres musculaires fonctionnellement les plus simples aux plus complexes, on peut déduire deux lois nouvelles, relatives à la réflectivité, et que nous formulons ainsi : 1° l'intensité des réflexes est en rapport inverse avec la complexité fonctionnelle du système nerveux (*loi de l'intensité*); 2° lorsque le système nerveux de l'adulte est gravement altéré dans son fonctionnement et que les lésions touchent l'encéphale, les réflexes tendent à prendre les caractères et les modalités physiologiques de ceux du nouveau-né (*loi de régression*).

Les combustions intra-organiques dans une atmosphère d'oxygène raréfié.

M. J. Tissot adresse une note relative à des expériences d'où il résulte que les combustions intra-organiques, mesurées par la quantité d'oxygène absorbé, ne sont pas influencées par des variations considérables dans la proportion d'oxygène de l'air inspiré; le quotient respiratoire et la ventilation pulmonaire ne commencent à s'accroître que lorsque cette proportion tombe au-dessous de 11 %, ce qui correspond à une altitude de 5,000 mètres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1904.

De la prostatectomie.

M. Pousson (de Bordeaux). — J'ai pratiqué 23 prostatectomies pour hypertrophie de la prostate, dont 21 par voie périnéale, avec 4 décès, et 2 par voie transvésicale, avec 1 mort. J'ai pu revoir 14 de mes opérés: tous, sauf un, étaient dans une situation très satisfaisante. Au point de vue des contre-indications de la prostatectomie, l'âge a une importance considérable (j'ai cependant opéré avec succès un homme de soixante-quinze ans), ainsi que les conditions sociales, en ce que celles-ci peuvent ne pas permettre de faire régulièrement le cathétérisme. C'est surtout l'infection vésicale et les difficultés du cathétérisme qui créent les indications de la prostatectomie; de même, la coexistence de la lithiase vésicale avec l'hypertrophie de la prostate doit engager le chirurgien à opérer : sur 4 malades chez lesquels je suis intervenu dans ces conditions, 1 est mort et les 3 autres ont été exempts de récidive calculeuse.

L'examen histologique a été fait dans mes 23 cas, et 5 fois on a pu constater une dégénérescence maligne greffée sur l'hypertrophie de la prostate; ce fait constitue un argument extrêmement important en faveur de la prostatectomie.

Au point de vue du procédé opératoire, la voie transvésicale, proposée par M. Freyer, permettrait, d'après cet auteur, de conserver les canaux éjaculateurs, mais cette conservation me paraît bien malaisée; de plus la difficulté du drainage crée dans l'opération de Freyer un danger considérable : c'est ainsi que l'un des 2 malades que j'ai opérés par la voie transvésicale est mort de cellulite pelvienne. La prostatectomie périnéale, au contraire, met à l'abri des accidents infectieux; j'estime donc qu'il faut réserver l'opération de Freyer pour les grosses prostates à évolution intra-vésicale et que, dans la majorité des cas, il est préférable d'avoir recours à la prostatectomie périnéale.

M. Legueu. — Il y a cinq ou six mois, j'ai pratiqué une prostatectomie par voie transvésicale, et j'ai enlevé trois masses qui paraissaient bien correspondre aux trois lobes de la prostate. Le malade est mort en dix jours de cellulite pelvienne et l'autopsie a montré que j'avais laissé la plus grande partie de la prostate, malgré les trois lobes énucléables que j'avais enlevés.

En ce qui concerne les indications de la prostatectomie, je tiens à ajouter que ce n'est pas sur le volume de la glande qu'on doit se baser, car, dans certains cas, l'ablation d'une petite prostate donne des résultats excellents.

Traitement des angiocholites graves par le drainage des voies biliaires.

M. Arrou. — J'ai eu trois fois l'occasion de pratiquer le drainage des voies biliaires pour angiocholite grave. Dans le premier cas, il s'agissait d'une angiocholite consécutive à la lithiase biliaire, chez une femme tellement affaiblie que je me contentai de faire une cholécystostomie suivie de drainage des voies biliaires, laissant dans le cholédoque un calcul que j'avais senti et que M. Monod enleva ultérieurement; dès le lendemain de mon intervention, la fièvre tomba et la malade se rétablit rapidement. Ma deuxième observation est presque identique; là encore, je crus devoir laisser un calcul du cholédoque et me bornai à drainer les voies biliaires; la cholédocotomie a été pratiquée tout récemment par M. Monod. Dans le troisième fait, mon intervention ne fut pas suivie d'une chute immédiate de la fièvre, mais la fistulisation de la vésicule suffit à enrayer la marche des accidents infectieux, chez une malade profondément infectée; comme dans les deux cas précédents, il y aura lieu d'intervenir à nouveau chez cette patiente pour enlever un calcul du cholédoque.

M. Schwartz. — Je crois que c'est surtout l'infection primitive des voies biliaires, sans lithiase, qui est intéressante au point de vue des résultats fournis par le drainage. Elle n'est d'ailleurs pas aussi fréquente que l'angiocholite consécutive à la lithiase biliaire.

Epithélioma du vagin après hystérectomie totale.

M. Bazy. — La communication faite par M. Richelot dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 180), sur la dégénérescence cancéreuse du moignon utérin après hystérectomie subtotale, m'engage à vous communiquer le fait suivant : je viens de revoir une femme chez laquelle j'ai pratiqué, en 1898, une hystérectomie totale pour fibrome utérin, et j'ai trouvé chez elle un épithélioma du vagin. On voit donc que l'opération totale ne met pas la malade sûrement à l'abri de toute dégénérescence maligne.

M. Beurnier. — J'ai aussi observé, chez une femme opérée d'hystérectomie totale, un épithélioma du vagin, qui a eu son point de départ au niveau de la cicatrice.

M. Ricard. — Chez une malade qui m'était adressée pour être opérée d'un fibrome, j'ai constaté l'existence d'un épithélioma du col au début, lésion qui avait échappé aux examens antérieurs. Il peut donc y avoir coexistence du fibrome et de l'épithélioma, avant toute hystérectomie.

M. Tuffier. — Tout récemment encore, j'ai également vu un cas d'épithélioma du col, coexistant avec des fibromes du corps utérin.

Résultats de la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères gastriques.

M. Ricard. — Je possède une centaine d'observations de gastro-entérostomie pour ulcère gastrique. Deux faits me paraissent bien acquis : c'est d'abord qu'il ne faut pas opérer en pleine période aiguë, et ensuite qu'il n'y a pas lieu d'intervenir pour tous les ulcères, mais seulement en cas d'insuccès du traitement médical ou en présence d'hémorrhagies à répétition. Quant au procédé opératoire, j'ai, au début, pratiqué l'exérèse des ulcères de l'estomac, mais j'ai renoncé à cette pratique, que je considère comme dangereuse et qui, à mon avis, ne donne pas des résultats supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie. Celle-ci suffit, en effet, dans la majorité des cas, à assurer la guérison, en mettant l'estomac dans des conditions meilleures pour que la thérapeutique puisse avoir une action efficace. Toutefois, il est évident que ce n'est pas du jour au lendemain que la gastro-entérostomie peut guérir un ulcère gastrique; le fait que M. Quénu nous a communiqué (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 147), concernant une hémorrhagie mortelle survenue huit jours après l'opération, et les cas analogues qui ont été publiés ne sont donc pas des arguments péremptoires contre l'utilité de la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères de l'estomac.

Œsophagotomie pour corps étranger de l'œsophage.

M. Tuffier. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Guibal (de Béziers). Il s'agit d'un cas d'œsophagotomie externe — suivie de suture de l'œsophage — pour l'extraction d'un dentier arrêté dans ce conduit. Notre confrère avait fait préalablement une tentative infructueuse d'extraction par les voies naturelles, et avec raison il n'avait pas insisté sur cette manœuvre. A part une petite fistule temporaire qui s'est produite au bout de quelques jours, la guérison a été obtenue sans incident.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juin 1904.

Origine artérielle du bruit « de rouet ».

M. Bergé. — On admet généralement que le bruit de « rouet » ou de « diable », perçu fréquemment chez les chlorotiques au niveau des

parties latérales du cou, prend naissance dans les veines jugulaires. Les recherches que j'ai faites à ce sujet m'ont conduit à penser que le bruit de rouet est dû, en réalité, au courant sanguin artériel, et non au courant veineux.

Ce bruit, en effet, est continu, il ne peut donc être produit que par un courant sanguin lui-même continu, tel que celui des artères.

D'autre part, le murmure ronflant ou bourdonnant du bruit de rouet offre des renforcements qui, d'après mes observations, sont en nombre égal et exactement synchrones aux systoles ventriculaires, sans compter que, dans certains cas d'asystolie, il n'est pas rare d'observer une atténuation ou une disparition de ces renforcements en coïncidence avec un avortement des systoles ventriculaires.

En outre, l'intensité toujours très grande du bruit de rouet ne se comprend pas si l'on admet que ce bruit prend naissance dans les veines où la pression sanguine est très faible; on s'explique, au contraire, très bien que la haute tension du courant sanguin artériel puisse donner lieu à un bruit intense. Les mêmes remarques s'appliquent au frémissement cataire, au thrill continu, qui accompagnent si souvent le bruit de rouet.

L'origine artérielle du bruit de rouet est encore prouvée par ce fait que, dans certaines conditions, il se transforme *in situ* en souffles distincts offrant tous les caractères des souffles systoliques de compression artérielle. Elle s'appuie enfin sur les modifications qu'une compression limitée et légère, exercée sur la carotide à la partie supérieure du cou, fait subir à ce bruit.

Sarcome rétropharyngien propagé à l'étage sphénotemporal du crâne et au lobe temporal correspondant.

M. Lenoble (de Brest) adresse, au nom de M. Aubineau et au sien, une note concernant un jeune homme de vingt ans, qui était atteint d'une tumeur rétropharyngienne avec exophtalmie et ophtalmoplégie complète. Le malade ayant succombé à la suite d'une intervention chirurgicale, on constata, lors de l'autopsie, que l'étage sphénotemporal du crâne était infiltré par la tumeur, ainsi qu'une portion du lobe temporal correspondant. La compression ou l'envahissement par la néoplasie des organes pénétrant dans l'orbite, au niveau de la fente sphénoïdale, explique l'ophtalmoplégie et probablement l'exophtalmie.

L'examen histologique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire à petites cellules.

Pouls lent permanent et dégénérescence osseuse ou calcaire du myocarde.

M. Dufour communique l'observation d'un malade, ayant eu plusieurs ictus apoplectiques, qui présentait le phénomène connu sous le nom de pouls lent permanent (de 36 à 40 pulsations par minute), et à l'autopsie duquel on trouva, au niveau du myocarde, une dégénérescence calcaire ou osseuse remarquable par son étendue et son volume.

Le cerveau était le siège de foyers de ramollissements multiples, mais superficiels. Par contre, le bulbe et les nerfs pneumogastriques n'offraient aucune lésion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juin 1904.

Sur la physiologie du grand épiploon.

MM. Le Play et **Corpechot.** — Les pièces que nous présentons ont été recueillies chez des lapins ayant reçu des perles (au nombre de 30 à 50) dans le péritoine. Or, bien qu'on les ait disséminées dans toute la cavité abdominale, ces perles sont presque toutes entassées (9 sur 10) près du bord libre du grand épiploon et enkystées par du tissu fibreux. Si cette localisation était l'effet d'un simple contact ou de la pesanteur, les perles se retrouveraient plutôt dans le feuillet pariétal. D'autre part, quand l'épiploon est rendu adhérent par une péritonite expérimentale, les conglomérats de perles ne se produisent plus ou sont beaucoup moins nets. En somme, il s'agit là d'un mode de défense de l'organisme, déjà étudié par Heger : le grand épiploon débarrasse la cavité abdominale des différents corps étrangers, organiques ou non.

M. Charrin. — La physiologie du grand épiploon et, en général, des séreuses est plus complexe qu'on ne le suppose. Avec M. Moussu, nous avons montré que, en dialysant au travers de ces membranes (fait fréquent au cours des maladies), les produits toxiques, microbiens ou cellulaires, se modifient. Nous avons également constaté, avec M. de Renzi, qu'après la ligature du pédicule splénique la mort survient plus facilement, quand on a enlevé, en outre, le grand épiploon, capable d'atténuer les poisons qui, formés par autolyse dans la rate, tombent, faute de veine, dans le péritoine. Enfin, lorsque l'abdomen renferme des composés nuisibles, cette ablation est suivie d'altérations du foie. En définitive, cette membrane possède une fonction antitoxique qui, en dehors de son rôle phagocytaire, bactéricide, explique pourquoi son absence hâte l'infection : la formation d'anticorps dans cette séreuse (Levaditi) éclaire ces données.

Ajoutons que des examens précis nous ont révélé à quel point les lésions de ces séreuses enveloppantes s'étendent par continuité dans les organes sous-jacents. Des scléroses se développent, oblitérant les communications lacunaires ou canaliculaires qui mettent en rapport, grâce à la lymphe, les cavités séreuses et les parenchymes enveloppés. Or, qu'on tienne cette lymphe pour un principe de sécrétion ou d'excrétion, ces modifications occasionnent des troubles de nutrition; des testicules de jeunes animaux, après suppression de la vaginale viscérale, sont beaucoup plus mous. De plus, en dehors de la diminution du champ de l'hématose, ces lésions s'accompagnent d'adhérences qui, par exemple au niveau des poumons, 18 à 20 fois par minute entraînent un surmenage de locomotion propice aux stases congestives. Aussi, comme l'établit l'expérimentation, toutes ces causes favorisent l'infection et, dans l'opinion qui veut que les pleurésies *a frigore* soient initialement presque toujours tuberculeuses, il n'y a de nouveau que l'exagération; si la technique est irréprochable, on ne décèle le bacille spécifique, dès les débuts, que dans la moitié des cas tout au plus; mais les tares invoquées appellent son acquisition ultérieure.

Quoi qu'il en soit, on voit combien est simpliste la physiologie qui se borne à penser que les séreuses, véritables glandes étalées, servent uniquement à fixer certains viscères ou à faciliter leurs glissements.

L'origine hépatique des hémorrhoïdes.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — Si, comme on le sait depuis longtemps, la plupart des affections du foie s'accompagnent d'hémorrhoïdes, c'est qu'elles entraînent de l'hypertension portale et commandent la dilatation des veines hémorrhoïdales. Celle-ci peut être la seule conséquence de l'hypertension, ou s'associer aux hématémèses, à la splénomégalie, à la circulation sous-cutanée abdominale, à l'ascite, etc. Mais, de toutes ces manifestations, les hémorrhoïdes sont avec l'opsiurie la conséquence la plus fréquente et la plus précoce de l'hypertension portale. Cette fréquence et cette précocité s'expliquent par les conditions mêmes de la circulation veineuse et capillaire au niveau du rectum. Il s'agit là, en effet, du point le plus déclive de la circulation portale, où l'action de la stase, surtout jointe à celle du sphincter anal, se fait sentir plus activement que sur les autres segments du système porte. Les lésions veineuses sont avant tout caractérisées par l'hypertrophie fibreuse — et, par places, fibro-musculaire — de la tunique moyenne, et ont les caractères de lésions réactionnelles, conséquences et non causes de la dilatation; l'endophlébite peut survenir secondairement, mais ne parait pas être la lésion primitive. Il y a d'ailleurs dans nombre de faits un balancement entre les hémorrhoïdes d'une part, les hématémèses et la splénomégalie d'autre part, qui montre bien le rôle de l'hypertension portale dans ces manifestations.

Les hémorrhoïdes ont donc très souvent une valeur diagnostique considérable, puisqu'elles peuvent constituer le signe révélateur d'une affection hépatique latente, et le traitement dirigé contre celle-ci et contre l'hypertension portale consécutive fournit une nouvelle preuve de l'origine hépatique des hémorrhoïdes. Le massage direct du foie (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 200) peut, en effet, en modifiant la circulation intra-hépatique, avoir sur les hémorrhoïdes une action curative indiscutable.

Modifications immédiates du sang leucémique sous l'influence de la radiothérapie.

MM. Aubertin et **Beaujard.** — Dans la leucémie myélogène, la radiothérapie de la région splénique provoque une diminution du nombre des leucocytes, mais cette diminution n'est pas régulièrement progressive. Chaque séance est suivie d'une augmentation brusque et considérable du nombre des globules blancs, puis celui ci baisse lentement et progressivement jusqu'au-dessous du taux primitif. Dans les premières séances, cette augmentation est presque immédiate; ensuite, au fur et à mesure de l'accoutumance de l'organisme, elle ne se produit plus que le lendemain de la séance et même plus tard. A un certain moment, ou plutôt à partir d'une certaine quantité de rayons absorbés, l'augmentation immédiate devient à peine perceptible et la diminution définitive est seule appréciable.

Cette leucocytose porte, non sur les myélocytes, mais surtout sur les polynucléaires, soit qu'il y ait surproduction et maturation plus hâtive des myélocytes en polynucléaires — hypothèse bien improbable, étant donnée la rapidité de cette leucocytose —, soit par une action inconnue des rayons X sur le tissu splénique myéloïde, action qui fait émigrer tout d'abord dans le sang les leucocytes adultes, comme cela se produit à l'état normal au niveau de la moelle osseuse.

Ce sont là les premières modifications objectives de l'amélioration par la radiothérapie; en effet, alors que la rate n'a pas encore commencé à diminuer de volume d'une manière appréciable, il existe déjà de profondes modifications dans l'état du sang.

La splénomégalie avec anémie et myélémie.

MM. P. Emile-Weil et **A. Clerc.** — L'étiologie de la splénomégalie avec anémie et myélémie, que nous avons naguère décrite (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 373-375), paraît se préciser à la suite d'observations plus nombreuses.

C'est ainsi que chez le nourrisson on a pu constater ses relations avec la syphilis héréditaire, le rachitisme, voire même — d'après MM. Raybaud et Vernet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p 144) — avec le paludisme.

Chez l'adulte, l'un de nous l'a vue survenir à l'ultime phase d'une tuberculose primitive de la rate, à forme nécrotique et hémorrhagique; ailleurs, on a pu incriminer dans son étiologie soit des tumeurs lympho conjonctives des organes hématopoiétiques, soit des néoplasies épithéliales secondaires développées dans la moelle osseuse.

De l'ensemble de ces observations, il résulte donc que l'affection isolée par nous constitue non une entité morbide distincte, mais un syndrome tantôt secondaire, tantôt primitif, quand il ne relève d'aucune cause apparente; mais on peut supposer que ce dernier groupe de faits est destiné à disparaître, tout comme celui des anémies pernicieuses dites essentielles.

Syphilis expérimentale de la cornée et de la conjonctive.

M. Salmon. — En inoculant le pus d'une papule syphilitique de l'homme sur la cornée d'un singe macaque, j'ai vu apparaître, au bout de trente-trois jours, une iritis spécifique avec conjonctivite et cercle périkératique. L'infiltration syphilitique siégeait à la partie inférieure de la cornée.

D'autre part, le chancre qui est apparu sur la conjonctive palpébrale d'un singe inoculé également avec du pus spécifique était nettement induré et s'accompagnait d'une adénopathie sous-maxillaire. A l'examen histologique, la mononucléose constatée dans les vaisseaux et dans le tissu cellulaire, l'endartérite, la périartérite, l'hyperpigmentation de l'épithélium, etc., etc., sont venues prouver qu'il s'agissait bien d'un syphilome.

Du rôle de certains lymphagogues dans la production des œdèmes.

MM. Ambard et **Beaujard.** — A côté de la théorie de l'œdème par imperméabilité rénale, on sait que certains auteurs font jouer le principal rôle à l'affinité des tissus pour l'eau salée. Cette affinité anormale serait conférée au tissu par la présence de certaines substances lymphagogues. A l'appui de cette théorie, on peut invoquer le fait que les injections de la plupart des lymphagogues de première catégorie de Heidenhain déterminent une concentration du sang qui n'est explicable que par une hydratation complémentaire des tissus. Ce phénomène est si intense qu'il se produit même si l'on injecte en même temps du sel marin en solution hypertonique, injection dont l'effet isolé est toujours de déshydrater (momentanément du moins) les tissus, en diluant le sang.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 1er juin 1904.

Sur l'opération de Goldspohn.

M. Kossmann fait une communication dans laquelle il soutient l'opinion que, chez les femmes atteintes de rétroflexion utérine, même mobile, nombre de phénomènes pathologiques sont sous la dépendance, non de la déviation même de l'utérus, mais bien des adhérences que ce viscère contracte avec les organes de voisinage, notamment avec l'épiploon et les franges épiploïques. C'est pour cette raison que les procédés d'hystéropexie généralement employés (ventrofixation ou vaginofixation), de même que l'opération d'Alquié-Alexander, ne remplissent qu'incomplètement leur but, car, s'ils permettent bien de replacer l'utérus en bonne position, ils sont au contraire sans action sur les adhérences. A cet égard, l'opération que M. Goldspohn a fait connaître il y a quatre ans environ offrirait, d'après l'orateur, des avantages incontestables : elle consiste, après avoir attiré le ligament rond au dehors par le procédé usuel, à introduire l'index dans la cavité abdominale par le canal inguinal; on peut, de la sorte, explorer toute la surface de l'utérus, détruire les adhérences, se rendre compte de l'état des annexes et au besoin les attirer à l'extérieur pour les cautériser ou même les enlever le cas échéant (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 397). Le seul inconvénient de cette intervention, c'est que, si la plaie inguinale vient à s'infecter, on risque d'obtenir une cicatrice peu résistante, d'où danger de hernie. Par contre, chez les femmes atteintes de hernie en même temps que de rétroflexion, l'incision inguinale permet de faire la cure radicale de la hernie dans la même séance que le redressement de l'utérus.

M. Dührssen ne croit pas que, dans la rétroflexion utérine non fixée, les adhérences soient aussi fréquentes que le pense M. Kossmann. D'autre part, l'orateur estime que, au cours de la vaginofixation, on peut explorer parfaitement toute la surface de l'utérus; aussi est-il d'avis que l'opération de Goldspohn doit être réservée aux cas de coexistence d'une hernie avec la rétroflexion.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 30 mai et 6 juin 1904.

Pyélite pseudo-membraneuse primitive, chirurgicalement traitée.

M. Fedor Krause. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de pyélite pseudo-membraneuse primitive, chez une jeune femme de vingt-quatre ans qui, enceinte pour la première fois, avait souffert pendant toute sa grossesse de douleurs dans la région abdominale droite; huit jours après l'accouchement, elle pouvait reprendre ses occupations, mais au bout de trois semaines elle dut se faire admettre à l'hôpital, d'où elle partait quinze jours plus tard dans un état satisfaisant. Enfin, trois mois et demi après ses couches, débuta chez elle une affection aiguë, avec frissons, vomissements, fièvre, et elle fut admise dans mon service, offrant tous les signes d'une septicémie grave, sans manifestations locales précises. Une légère sensibilité dans la région rénale droite nous engagea à pratiquer le cathétérisme urétéral, qui nous permit de constater que le rein droit ne fonctionnait pas du tout; de plus, la sonde ramena de ce côté une masse puriforme. La situation paraissant fort compromise, je pratiquai aussitôt une néphrotomie; celle-ci montra que le rein droit, de volume normal mais un peu ramolli, avait son bassinet rempli par une bouillie grisâtre que je dus enlever à la curette : elle était composée de débris nécrosés, incrustés d'urates. Le rein ouvert fut fixé entre les lèvres de la plaie et tamponné; les suites opératoires furent tout à fait bonnes, et la guérison se fit normalement, malgré une petite fistule qui persista quelques semaines.

Un fragment de rein, prélevé lors de l'opération pour être soumis à l'examen histologique, fut trouvé très peu altéré; il ne présentait que de légères lésions interstitielles, sans trace de suppuration; quant aux altérations du bassinet, leur nature pseudo-membraneuse ne pouvait faire de doute; on n'y découvrit pas de microorganismes. Aucune autre lésion n'existant chez cette femme, force est de conclure à une pyélite pseudo-membraneuse primitive.

M. Oestreich. — J'ai pu faire ces jours-ci l'autopsie d'un homme de quarante-neuf ans, mort d'une pneumonie, et chez lequel j'ai trouvé, des deux côtés, des lésions du bassinet analogues à celles que M. Krause a constatées chez son malade.

Sur le traitement chirurgical de l'azoospermie.

M. Posner fait une communication sur le traitement chirurgical de l'azoospermie consécutive à l'épididymite blennorrhagique. Les lésions oblitérant en pareil cas les voies spermatiques siègent au niveau de la queue de l'épididyme; aussi certains chirurgiens américains ont-ils eu l'idée de chercher à rétablir les voies d'excrétion du sperme en anastomosant le canal déférent avec la tête de l'épididyme, comme M. Bardenheuer l'a fait, il y a près de vingt ans, pour « exclure » les noyaux tuberculeux, localisés, au début, à la queue de l'épididyme.

L'orateur a pratiqué 6 fois cette intervention, avec M. J. Cohn, et il a pu se convaincre que, au point de vue technique, il est possible — sinon facile — de réaliser l'anastomose voulue; la guérison opératoire fut obtenue dans tous ces cas, mais le but fonctionnel recherché ne paraît pas avoir été atteint.

Malgré ces résultats négatifs — qui tiennent peut-être à ce qu'il s'agissait de lésions trop anciennes (les plus récentes dataient de quatre ans) —, M. Posner croit cette opération susceptible de rendre des services. Il va sans dire que, avant de la pratiquer, on devra s'assurer que le sperme renferme des spermatozoïdes; dans ce but, l'orateur préconise la ponction testiculaire, moyen d'exploration qui serait à peu près indolore et qui, employé avec les précautions voulues, n'offrirait aucun danger.

La sérothérapie antistreptococcique.

M. Stadelmann déclare avoir observé, dans des cas d'angine, de scarlatine ou d'érysipèle, non traités, une évolution aussi rapide que chez les malades auxquels M. Meyer a fait des injections de son sérum antistreptococcique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 149). Aussi l'orateur croit-il qu'il y a lieu de se montrer très réservé sur la valeur de la méthode sérothérapique appliquée aux infections à streptocoque.

M. Piehn a vu, comme M. Stadelmann, des érysipèles à évolution très brève, en l'absence de tout traitement: dans 13 cas de ce genre, qu'il lui a été donné d'observer, la durée moyenne de la maladie a été de cinq jours et demi seulement.

M. Arnheim dit avoir employé le sérum d'Aronson dans un cas de scarlatine très grave; sous l'influence d'une première dose de 50 c.c. de sérum, il se produisit un abaissement de la température, mais celle-ci ne tarda pas à remonter; toutefois une seconde injection amena une défervescence qui cette fois fut définitive.

M. Karewski déclare avoir utilisé le sérum d'Aronson dans 6 cas de septicémies chirurgicales graves (d'origine angineuse, appendiculaire, etc.); chez 4 de ces malades, les injections n'eurent aucun effet; par contre, chez les 2 autres, elles lui ont paru exercer une influence favorable; aussi l'orateur est-il d'avis que, en pareille occurrence, on est fondé à essayer ce moyen de traitement.

M. Piorkowski dit avoir obtenu de bons résultats, au moyen de la sérothérapie antistreptococcique, dans une infection à streptocoque du cheval, la fausse gourme.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 11 juin 1904.

Chirurgie rénale et diagnostic du fonctionnement des reins.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. Kapsammer** a fait une communication dans laquelle — après avoir rappelé qu'il a prouvé par la voie expérimentale et par l'observation clinique que normalement les deux reins ne fournissent pas, dans le même temps, une urine identique et que, d'autre part, le cathétérisme des uretères détermine une altération de la sécrétion (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 395 et 411) — il a critiqué les différents procédés d'exploration des fonctions rénales, communément employés.

C'est surtout l'apparition d'une polyurie réflexe, qui est de nature à fausser les résultats des méthodes de diagnostic fonctionnel des reins : cette polyurie donne lieu à une diminution de la concentration moléculaire et du point de congélation. L'opinion de M. Kümmel, d'après laquelle un point normal de congélation du sang (— 0°55 à — 0°77) permet d'exclure une affection rénale bilatérale, n'est pas fondée : l'orateur cite plusieurs observations d'affection rénale bilatérale, où le point de congélation du sang était normal. D'autre part, dans quelques cas, M. Kapsammer a vu l'urine du rein malade avoir un point cryoscopique supérieur à celui de l'urine du rein sain. Toutefois, lorsque le point de congélation du sang atteint — 0°60, c'est un signal d'alarme, qui impose un examen minutieux de l'urine des deux reins.

En ce qui concerne la détermination de la conductibilité électrique de l'urine et l'épreuve de la dilution, elles ne donnent pas des résultats plus sûrs que ceux de la cryoscopie.

L'épreuve du bleu de méthylène échappe à la cause d'erreur créée par l'apparition d'une polyurie réflexe, mais il faut se souvenir que la matière colorante peut être éliminée sous forme de dérivés incolores. A cet égard, l'orateur donne la préférence au carmin d'indigo, ou encore à l'épreuve par la phloridzine. A la suite de l'injection de 0 gr. 01 centigr. de phloridzine, l'élimination de sucre commence au bout de douze à quinze minutes. Si la glycosurie n'est pas encore apparue après vingt à trente minutes, on peut en conclure que le rein est malade, sans qu'il y ait encore contre-indication à la néphrectomie; par contre, cette opération est formellement contre-indiquée toutes les fois que l'élimination de sucre tarde plus d'une demi-heure.

Sphacèle étendu du poumon, par corps étranger, chirurgicalement traité.

M. Büdinger a montré une portion sphacélée de poumon, qu'il a enlevée chez un homme de quarante ans. Ce malade fut pris, il y a quatre mois, de frissons, puis de fièvre avec météorisme et engorgement de la rate. Quelque temps après apparurent les symptômes d'un abcès pulmonaire : toux, expectoration de masses muco-purulentes, matité circonscrite, à droite, entre les deuxième et quatrième côtes, depuis le sternum jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Après résection de la troisième côte, on découvrit un volumineux abcès dans lequel se trouvait le lambeau pulmonaire sphacélé, ainsi qu'un épi de blé, dont le malade ignorait l'existence. L'opéré est en bonne voie de guérison.

Traitement du pneumothorax par l'insufflation d'oxygène dans le poumon.

Dans la séance du 9 juin de la Société de médecine interne et pédiatrie, **M. H. von Schrötter** a présenté un jeune homme qui était atteint d'un pneumothorax droit fermé, sans exsudat. Pour déplisser le poumon, on fit une thoracentèse, puis on insuffla de l'oxygène dans le poumon par une canule introduite dans la bronche droite. Dès la première séance, on put chasser ainsi 2,200 c.c. de gaz contenus dans la plèvre; en même temps, le poumon augmenta de volume, le murmure vésiculaire fut temporairement rétabli et la respiration tomba de 30 à 16 par minute. Dans une seconde séance, on élimina de nouveau 500 c.c. de gaz intrathoraciques. Dès ce moment le murmure vésiculaire reparut et le poumon se déplissa complètement. Quelques bulles d'air au sommet furent chassées par des inspirations forcées d'oxygène; actuellement le malade est guéri.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Les infections suppurées aiguës des gaines tendineuses de la paume de la main, notamment au point de vue thérapeutique, par M. W. Forssell.

La gravité exceptionnelle du phlegmon des gaines tendineuses de la paume de la main a engagé M. Forssell à se livrer à une étude approfondie de cette affection — et de son traitement chirurgical —, en mettant à profit les 58 cas qu'il a observés au cours de ces cinq dernières années.

En ce qui concerne tout d'abord le siège anatomique des lésions, les nombreuses opérations de l'auteur l'amènent à penser qu'il ne peut y avoir de doute sur cette question, longtemps controversée : elles occupent incontestablement les gaines synoviales. Par contre, il n'a jamais observé la synovite plastique, considérée par certains comme de nature à barrer la route à l'infection : les brides naturelles des synoviales sont les seuls obstacles qui puissent arrêter celle-ci. Quant à la gravité des ténosynovites suppurées du poignet, elle est due en très grande partie au ligament radio-carpien, dont la rigidité s'oppose à toute expansion des tendons gonflés et entraîne leur nécrose par compression.

Au point de vue clinique, M. Forssell s'élève contre l'opinion ayant cours à propos de la fluctuation : il importe d'opérer bien avant l'apparition de ce symptôme, sinon l'on s'expose à rencontrer des désordres irréparables.

Dans le traitement chirurgical de ces suppurations, il faut absolument renoncer aux petites incisions, associées ou non aux lavages de la synoviale, qui ne donnent que de déplorables résultats. Dès qu'on soupçonne une synovite suppurée, on doit fendre la gaine d'un bout à l'autre; et, quand la suppuration envahit les gaines du poignet et de l'avant-bras, il faut pousser l'incision jusque-là, sans respecter le ligament radio-carpien, dont la conservation importe peu à la statique de la main et qui constitue la principale cause de la mauvaise issue de ces suppurations.

Les gaines cubitale et radiale sont, au poignet ou à l'avant-bras, le plus fréquemment atteintes dans le cas de suppuration des gaines de l'auriculaire ou du pouce; voici quel est, d'après l'auteur, le manuel opératoire de leur incision :

Pour la gaine cubitale, on fait, à 1 centimètre en dehors du pouls cubital ou — quand on ne le sent pas — à l'union du tiers moyen et du tiers interne de l'avant-bras, une incision longitudinale qui, après ouverture de l'aponévrose, conduit sur les muscles fléchisseurs; c'est au-dessous du bord interne de ceux-ci qu'on rencontre la gaine; en poursuivant l'ouverture de cette gaine vers la main, on coupe le ligament radio-carpien à quelque distance de l'os crochu, puis on incise la portion palmaire de la gaine de l'auriculaire; ce faisant, on est amené à couper l'arcade palmaire superficielle. Dans la portion antibrachiale, on évitera de mener l'incision trop près du cubital, afin de ne pas découvrir le faisceau vasculo-nerveux; dans la portion palmaire, on s'abstiendra de côtoyer le tendon de l'annulaire, de crainte de l'attirer dans la cicatrice.

Pour ouvrir la gaine radiale, il faut user d'artifice, car le bord inférieur du ligament radio-carpien est croisé par la branche du nerf médian se rendant aux muscles de la région thénar, et il vaudrait encore mieux abandonner le tendon du long fléchisseur du pouce à la nécrose que de sacrifier ce nerf. On peut, du reste, éviter l'un et l'autre de ces inconvénients, en recourant à l'une des trois méthodes que voici : inciser la gaine au-dessus et au-dessous du ligament radio-carpien, mais ce procédé est peu recommandable, puisqu'il respecte le ligament radio-carpien; inciser comme précédemment, et de plus réséquer la portion du tendon fléchisseur du pouce comprise dans le canal radio-carpien, afin d'assurer un drainage plus parfait : le sacrifice de ce tendon est d'ailleurs un pis-aller et on ne s'y résoudra que si, par exemple, il y a déjà nécrose du tendon; enfin, fendre de haut en bas le ligament radio-carpien en partant du bord externe du nerf médian pour aboutir sur son bord interne : on évite ainsi la section de la branche en question, mais on risque par contre d'entraîner le nerf médian dans la cicatrice.

Quand les deux bourses radiale et cubitale sont infectées simultanément, on peut à la rigueur se contenter d'une seule incision, la cubitale, et ouvrir la gaine radiale après avoir soulevé en bloc le paquet des fléchisseurs et le nerf médian.

Pour ces diverses opérations, on aura recours à la bande d'Esmarch; lors des pansements consécutifs, on évitera les antiseptiques qui irritent la peau, pour se servir simplement d'eau bouillie ou de la solution physiologique de chlorure de sodium. Il faut enfin maintenir les doigts en extension modérée au moyen d'une attelle plâtrée, en raison de leur tendance presque invincible à se fléchir.

Grâce à tous ces soins, on évite la destruction des tendons, mais il est rare qu'on puisse conserver leurs fonctions. Au pouce, on y réussit quelquefois; par contre, au petit doigt, M. Forssell n'y est jamais parvenu : la raison en est sans doute dans la complexité plus grande de l'appareil tendineux de l'auriculaire. Il est bon de savoir aussi que la synovite cubitale reste localisée dans les trois quarts des cas, tandis que la synovite radiale s'étend 5 fois sur 6 à la gaine cubitale; l'articulation ne se prend généralement que dans le cas de synovite double. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 3 et 4.) — R. de B.

Étude statistique et clinique de l'éclampsie dans le grand-duché de Mecklembourg-Schwerin, par M. O. Büttner.

Au cours d'une étude statistique et clinique sur les cas d'éclampsie observés dans le grand-duché de Mecklembourg-Schwerin et à la clinique obstétricale de Rostock, M. Büttner s'efforce de mettre en lumière les relations paraissant exister entre l'éclampsie et les contractions utérines.

Comme l'a montré Schatz, l'utérus est, pendant la dernière moitié de la grossesse, le siège de contractions qui se reproduisent de préférence à certaines périodes déterminées. On les observe, par exemple, de quatre en quatre ou de trois en trois semaines avant l'accouchement, le premier type étant le plus fréquent; en outre, chacune de ces périodes peut se fractionner en intervalles moindres qu'on obtient en divisant les premières, une ou plusieurs fois, par deux. Les contractions apparaissant ainsi périodiquement ne s'accompagnent souvent d'aucune douleur et ne se révèlent qu'au palper : il est très possible qu'elles soient comme un « souvenir » de la congestion menstruelle. Or, les cas d'éclampsie colligés par l'auteur à la clinique de Rostock offrent cette particularité que les crises se déclarèrent en général aux époques où se produisent d'habitude les contractions utérines périodiques dont il vient d'être question : sur 51 cas d'éclampsie, 19 apparurent quatre, huit, douze semaines avant l'accouchement; 15 se montrèrent trois, six, neuf semaines avant le même terme; 17 enfin survinrent à des périodes moins typiques, mais qui, pour la plupart, ne s'écartaient pas sensiblement du type de trois ou de quatre semaines.

D'autre part, sur 13 observations étudiées spécialement à ce point de vue, M. Büttner a constaté que les accès éclamptiques éclatèrent presque constamment à la suite de contractions utérines, que celles-ci eussent ou non été accompagnées de douleurs. Toutefois cette relation n'a guère été notée que pour les douleurs ou contractions faibles : les douleurs violentes, celles, par exemple, qui accompagnent la tétanisation du muscle utérin ou l'application de ballons dilatateurs, ne paraissent pas avoir grande influence sur le développement des crises convulsives.

Même pendant les suites de couches, l'éclampsie n'est peut-être pas indépendante des phénomènes spasmodiques se passant au niveau de l'utérus. Sur 9 cas de ce genre observés à la clinique de Rostock, 7 fois l'éclampsie apparut après le cinquième jour. Or, Schatz a montré que dès le septième jour pouvaient survenir chez les nouvelles accouchées des congestions du type menstruel, accompagnées le plus souvent d'un écoulement sanguin; il est très possible que ces congestions entraînent du côté de l'utérus des contractions de nature à favoriser l'apparition de l'éclampsie.

En résumé, bien que les contractions utérines et les congestions périodiques qui en sont probablement la cause ne soient pas les agents directs de l'éclampsie — puisque celle-ci peut apparaître en l'absence de celles-là —, il existe entre ces divers phénomènes un certain lien. On peut supposer, par exemple, que pendant la grossesse ou les suites de couches, et même en dehors de ces deux états, il se produit périodiquement, grâce aux toxines accumulées dans le sang, une inhibition des centres d'arrêt des contractions : si cette inhibition est modérée, elle ne se traduit que par des contractions utérines; si elle est poussée très loin, les contractions se généralisent à tous les muscles volontaires. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 2.) — R. de B.

Guérison d'un cas d'hémianopsie, par M. S. Tchiriev.

L'observation que relate l'auteur concerne un malade de vingt-deux ans, chez lequel, huit ans après une chute de bicyclette sur la tête, s'était développée une amblyopie progressive. Celle-ci, d'abord supposée d'origine centrale, puis de nature toxique (tabac), fut ensuite mise sur le compte d'une acromégalie. La situation empira progressivement et, en fin de compte, on constata la présence d'une hémianopsie gauche ayant tendance à envahir le côté droit du champ visuel. En outre, il existait une céphalée intense, principalement occipitale, associée à de violentes douleurs fulgurantes dans l'œil gauche et à des fourmillements au niveau de la région occipitale, du dos et des mains; à cela venait s'ajouter un certain degré d'astasie avec de l'hémiparésie droite; enfin les réflexes rotuliens faisaient entièrement défaut.

En présence de ces signes, M. Tchiriev crut devoir admettre qu'il s'était d'abord produit une pachyméningite hémorrhagique interne à siège occipital droit, la résorption graduelle du caillot ayant ensuite entraîné la formation d'adhérences entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Une tumeur du lobe occipital droit serait venue se surajouter à ces lésions et aurait déterminé les phénomènes aigus avec amblyopie progressive dans les derniers temps. Quant à la nature de ce néoplasme bénin, l'auteur, en l'absence de signes propres à en prouver d'une façon péremptoire la nature syphilitique ou tuberculeuse, pensa qu'il s'agissait d'un gliome.

Le traitement institué consista en des bains chauds quotidiens et en des frictions hydrargyriques pratiquées d'abord six jours sur sept, puis trois fois par semaine. Sous l'influence de ce traitement, il se produisit rapidement une amélioration notable : un mois et demi après le début des frictions, on constata que la vision de l'œil droit était redevenue normale, et qu'à gauche il ne subsistait plus qu'une légère diminution de l'acuité visuelle.

A en juger par cette observation, la mercurialisation intensive serait donc susceptible d'amener la guérison presque complète d'une tumeur gliomateuse du cerveau, au moins quand

celle-ci est traitée suffisamment près de son début. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.) — F. M.

Le traitement des fractures par l'enclouage temporaire, par M. P. Niehans.

L'auteur a utilisé cette pratique — qui n'est pas nouvelle — dans une série de fractures du coude, de la grosse tubérosité et de la tête humérale; elle lui a fourni, chez les enfants, en particulier, de très heureux résultats. S'agit-il d'une fracture sus-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec cette déformation bien connue qui simule la luxation, on découvre le foyer de fracture par sa face postérieure, en sectionnant l'olécrâne au niveau de sa continuité avec le corps du cubitus et en relevant, de bas en haut, toute l'attache tricipitale : on peut alors se rendre un compte exact de l'état des fragments, les réduire avec précision, et, ceci fait, enfoncer, de bas en haut et d'arrière en avant, deux clous, qui les traversent et pénètrent dans la diaphyse humérale, assez profondément pour que la fixation soit bien solide. L'extrémité inférieure des deux clous émerge de la plaie; le lambeau olécrânotricipital est rabattu et suturé. Au bout de quatre, cinq, sept jours, on retire les clous, par une traction douce, combinée à une légère rotation : les fragments sont assez « pris », d'après l'auteur, pour que la coaptation se maintienne.

Ces clous sont en acier nickelé, de longueur et de diamètre variés, et terminés par une pointe quadrangulaire; chez l'enfant, la main suffit souvent à les faire pénétrer. Il est nécessaire de faire toujours un double enclouage, pour prévenir toute torsion ou inclinaison des segments osseux rapprochés; avec cette précaution, la réparation est, d'emblée, si bien assurée, que l'appareil plâtré est inutile.

Le procédé peut trouver de nombreuses applications, ajoute M. Niehans : dans les fractures des condyles, fémoraux et tibiaux, de l'extrémité supérieure du tibia, du calcanéum, et après les résections; nous l'avons vu employer, du reste, il y a déjà bien longtemps, à Prague, à la clinique de Gussenbauer. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — L.

La blennorrhagie des glandes para-uréthrales, par M. E. Pollak.

Autour de l'urèthre de la femme se trouvent deux glandes, les glandes de Skene, que l'on considère comme les homologues de la prostate masculine. Leur infection dans la blennorrhagie est un fait bien connu, mais il serait intéressant de savoir avec quelle fréquence elle se produit : c'est la question que M. Pollak s'est attaché à résoudre.

Sur 100 femmes atteintes d'affections vénériennes diverses — et qui toutes, sauf une, avaient des gonocoques dans l'urèthre —, 45 présentaient également ce microbe dans l'une de leurs glandes para-uréthrales (31 cas) ou dans les deux à la fois (14 cas). Il est intéressant de remarquer que, dans le seul fait où l'on ne trouva pas de gonocoques dans l'urèthre, ce microorganisme existait dans la glande de Skene gauche en cultures presque pures.

Cette infection des glandes para-uréthrales joue probablement un rôle considérable dans les réinfections blennorrhagiques. L'auteur a eu, en effet, l'occasion de traiter une femme atteinte d'uréthro-métro-vaginite blennorrhagique; le mari, qui était également en puissance de gonocoque, fut soigné en même temps, et durant cette double cure le coït ne fut pratiqué qu'avec les mesures de précaution usuelles. Au bout d'un certain délai, la femme et le mari étaient bactériologiquement guéris et les rapports sexuels naturels furent autorisés à nouveau. Or, peu de temps après, le mari, qui n'avait eu aucune relation extraconjugale, présentait une récidive de blennorrhagie aiguë. En réexaminant l'urèthre de la femme, l'auteur y trouva de nombreux gonocoques, et la glande de Skene droite en était aussi très abondamment pourvue. Il est donc à supposer que, dans ce cas, la réinfection partit des glandes para-uréthrales; aussi est-il prudent de ne pas négliger l'examen bactériologique de ces glandes, avant de se prononcer sur la guérison d'une malade. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 mars 1904.) — R. de B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des névralgies par introduction électrolytique de l'ion salicylique.

Depuis plusieurs années, M. le docteur S. Leduc, professeur de physique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes, traite les névralgies par l'ion salicylique introduit électrolytiquement, méthode préconisée naguère par MM. Bergonié et Roques (de Bordeaux) pour le traitement local du rhumatisme (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 89). D'après notre confrère, l'ionisation salicylique — outre son action analgésique — présenterait contre les névralgies une certaine efficacité curative, le traitement paraissant à la longue atténuer la gravité et l'intensité des crises douloureuses.

L'efficacité de ce moyen thérapeutique a été particulièrement manifeste dans un cas de névralgie de la branche ophtalmique gauche du trijumeau, que M. Leduc a récemment eu l'occasion d'observer : de tous les moyens habituellement mis en œuvre en pareille occurrence, seule la morphine avait procuré quelque soulagement au malade; or, l'introduction électrolytique de l'ion salicylique amena une sédation des douleurs à la fois plus parfaite et plus prolongée : alors, en effet, que l'action de la morphine ne persistait que quelques heures à peine, les séances d'électrolyse étaient toujours suivies d'un répit de trente-six heures exactement.

Voici la technique adoptée par M. Leduc dans le cas dont il s'agit : une grande anode étant appliquée sur l'une des cuisses, on plaçait sur l'œil gauche un tampon d'ouate imprégné d'une solution à 2 % de salicylate de soude, puis — par-dessus celui-ci — une compresse de huit épaisseurs d'un tissu de coton hydrophile, imbibée de la même solution et recouvrant toute la région douloureuse. Un courant de 20 milliampères était ensuite établi progressivement et très régulièrement (en quatre minutes environ), et son action était maintenue pendant une demi-heure.

Ajoutons que, d'après notre confrère, l'ion salicylique serait très bien toléré par la peau : le passage, pendant dix minutes, d'un courant de 2 milliampères par centimètre carré d'électrode produirait à peine une légère cautérisation des orifices glandulaires, suivie de desquamation au bout d'une quinzaine de jours.

Mobilisation de l'omoplate avec immobilisation du bras comme procédé de réduction des luxations de l'épaule.

Pour réduire les luxations scapulo-humérales, on immobilise d'ordinaire le moignon de l'épaule et on s'efforce d'obtenir la réduction par des mouvements imprimés au membre supérieur. Or, d'après l'expérience de Mlle Eleanore Boulton, docteur en médecine à Franklin, on obtiendrait plus facilement et plus rapidement la réduction en procédant de la manière inverse, c'est-à-dire en fixant le bras et en faisant exécuter les mouvements nécessaires au scapulum. Il va sans dire que les manœuvres que préconise Mlle Boulton varient suivant la variété de luxation à laquelle on a affaire.

Lorsqu'il s'agit de la variété sous-épineuse ou d'une luxation en bas et en avant, on doit chercher à refouler l'angle inférieur de l'omoplate en haut et en dedans, ce qui fait descendre le bord inférieur de la cavité glénoïde assez bas pour que la réduction s'opère aisément. Dans ce but, l'opérateur, placé derrière le malade, pose sur l'omoplate sa main tournée en pronation, les doigts dirigés en dedans, sauf le pouce qui reste étendu; il suffirait alors d'exercer une pression suffisante avec la région thénar appuyant contre la partie inférieure du bord axillaire de l'omoplate pour réduire la luxation. Dans la variété sous-épineuse, on peut faciliter la manœuvre en refoulant, de la main demeurée libre, la tête luxée de l'humérus selon la direction de l'axe longitudinal de cet os.

Dans les variétés sous-coracoïdienne et sous-glénoïdienne, il convient de modifier légèrement la position de la main : celle-ci repose sur l'acromion par la racine de l'annulaire, lequel, formant crochet, embrasse la clavicule dans sa concavité. Le médius vient se placer au-dessus de la clavicule, et le pouce au-dessous de l'épine de l'omoplate. Si l'on exerce alors une pression énergique en bas, en arrière et en dedans, la réduction s'effectuerait promptement, même en cas de tuméfaction notable de la région.

Mlle Boulton a employé 24 fois ce procédé depuis quatre ans et en aurait obtenu d'excellents résultats; il est, toutefois, inapplicable lorsqu'il existe une fracture de l'omoplate, de la clavicule ou du col de l'humérus.

Comment faut-il employer l'adrénaline dans les états hémorrhagipares ?

Tout récemment, M. le docteur H. Schlesinger (de Vienne) signalait les bons effets qu'il avait obtenus, au moyen de l'adrénaline administrée à haute dose par voie buccale, dans 2 cas d'hémorrhagies gastro-intestinales, survenues au cours d'affections hémorrhagipares (hémophilie, purpura essentiel) (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 86). Par contre, l'adrénaline ne paraît pas avoir une bien grande efficacité dans les mêmes affections, quand on se contente de l'employer en applications locales.

C'est ainsi que, chez une nouvelle accouchée ayant présenté durant le dernier mois de sa grossesse des hémorrhagies multiples des muqueuses, M. le docteur C. Douglas Bryan (de Leicester) parvint bien à arrêter, au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 pour 5,000, une abondante métrorrhagie *post partum* qui avait résisté aux traitements classiques; mais des pertes sanguines ne tardèrent pas à survenir derechef. Il en fut de même pour un hémophile avéré, chez lequel un confrère exerçant dans l'Inde, M. le docteur E. Francis (de Haflong), put tarir des hémorrhagies buccales et pharyngées, persistant depuis six heures, par un simple badigeonnage de la région avec la solution d'adrénaline à 1 ‰ : ici encore, de nouvelles hémorrhagies se produisirent et finirent même par entraîner la mort.

Il semble donc que les applications d'adrénaline n'aient, en pareille occurrence, qu'un effet local; mais, à en juger d'après un fait observé par M. le docteur G. Tito (de Menfi), on pourrait espérer de meilleurs résultats, dans les dyscrasies sanguines, en introduisant le médicament sous la peau à doses élevées : chez un garçon de cinq ans, atteint de maladie de Werlhof avec hémorrhagies pharyngée, gastrique, hématurie, etc., trois injections sous-cutanées de 1 c.c. chacune de la solution d'adrénaline à 1 ‰ suffirent à notre confrère pour arrêter toute hémorrhagie.

Les instillations de sublimé corrosif contre la bactériurie.

On sait que dans la bactériurie évoluant en dehors de toute cystite et de toute maladie infectieuse — il s'agit généralement alors de colibacilles importés de l'intestin dans la vessie, probablement par la voie lymphatique —, le traitement habituel consiste à pratiquer de grands lavages antiseptiques de la vessie, notamment avec une solution de permanganate de potasse (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 123). Or, d'après l'expérience de M. le docteur F. Kornfeld (de Vienne), les instillations de sublimé, telles qu'on les emploie contre la tuberculose vésicale et prostatique, seraient susceptibles de rendre, en pareille occurrence, d'excellents services.

Au début, les instillations sont répétées chaque jour, après évacuation de la vessie, avec 2 à 4 grammes d'une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 5,000, dont on augmente progressivement la concentration de façon à atteindre le taux de 1 pour 3,000 au bout de deux à quatre semaines. On continue ainsi pendant un mois ou un mois et demi; à la fin de ce laps de temps, il est bon de ne pas cesser tout traitement, mais de pratiquer encore quelques instillations, espacées de une à quatre semaines.

Par ce procédé, on obtiendrait constamment, et d'une façon très rapide, la clarification de l'urine, sans même qu'il y eût lieu d'instituer simultanément aucune médication interne : M. Kornfeld s'en est fort bien trouvé dans les 24 cas de bactériurie où il y a eu recours. L'efficacité du traitement a été particulièrement manifeste chez un petit garçon de quatre ans, traité par notre confrère : 20 instillations avec une solution à 1 pour 8,000 suffirent à rendre limpide et jaune clair une urine qui auparavant était entièrement opaque et de couleur brun foncé.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Beaujon. — M. Tuffier.

Des abcès profonds de l'abdomen comme premier symptôme d'un cancer de l'intestin.

Autant l'histoire des cancers de l'intestin est bien établie au point de vue anatomo-pathologique, autant elle est encore obscure au point de vue clinique. Lorsque la symptomatologie est au complet, c'est-à-dire quand chez un malade qui a passé la cinquantaine vous constatez des alternatives de diarrhée et de constipation ou même une simple constipation progressivement croissante, quand ce patient accuse dans ses antécédents des selles sanguinolentes ou du mælena, quand vous voyez l'abdomen se distendre progressivement et enfin quand la palpation vous permet de reconnaître une tumeur siégeant sur l'angle gauche du côlon ou sur l'anse sigmoïde, le diagnostic s'impose.

Mais il est rare que ces symptômes soient tous réunis; ce qui manque le plus souvent alors, c'est la *présence d'une tumeur*. Nous savons, en effet, qu'une variété de cancer intestinal est constituée par une bague mince, dure, infiltrant seulement là paroi de l'intestin, étranglant progressivement sa lumière et absolument inaccessible à la palpation. Dans certains cas, plus frustes encore, on ne trouve dans les antécédents du patient ni hémorrhagie, ni alternatives de rétention stercorale et de débâcles. A peine une constipation un peu plus marquée que normalement; souvent même, il faut presser de questions le malade pour qu'il accuse ces petites crises d'obstruction et c'est, en somme, par une *occlusion aiguë* que l'affection se manifeste. J'ai vu de bien nombreux exemples de ces formes frustes et, après les erreurs de diagnostic multiples de mes débuts, je suis arrivé à cette conclusion qu'au delà de cinquante ans — et cela pour fixer une limite conventionnelle — toute obstruction intestinale *aiguë* est sous la dépendance d'un cancer de l'intestin. Si cette loi n'est pas absolue, elle est cliniquement exacte, et l'on peut dire qu'en l'appliquant d'une façon constante, on sera dans la vérité 90 fois sur 100.

Je veux aujourd'hui attirer votre attention sur un mode de début plus rare, moins connu et plus insidieux encore, du cancer de l'intestin. Pour vous donner une juste idée de cette variété clinique, je vais vous rappeler tout d'abord l'histoire d'un malade que vous avez pu voir, il y a quelques mois, couché au numéro 12 de notre salle Ambroise-Paré.

C'est un homme de cinquante-quatre ans, qui est entré une première fois dans le service au mois de mai 1903 pour une affection de la fosse iliaque droite. Six semaines avant son admission, étant en pleine santé, il ressentit une douleur d'abord peu marquée dans la partie latérale droite de l'abdomen. Il continua à travailler, pensant qu'il s'agissait d'un simple « effort »; pendant les jours suivants, cette douleur s'accentua, devint assez vive pour empêcher le travail, en même temps qu'une tuméfaction apparaissait au même niveau. C'est dans ces conditions qu'il entra à l'hôpital. Je constatai de suite la présence d'une tuméfaction assez bien limitée, occupant la fosse iliaque, descendant jusqu'à l'arcade crurale, remontant à mi-chemin des fausses côtes, s'avançant à gauche jusqu'à trois travers de doigt de la ligne blanche. La tumeur est immobile sur les parties profondes, mate, adhérente profondément à l'aponévrose iliaque, mais sans connexion avec la peau qui est normale. Sa surface est régulière, assez lisse, dure, peu douloureuse, sans fluctuation apparente. En somme, nous avions les signes d'un abcès subaigu de la fosse iliaque. Les divers appareils organiques ne présentaient aucune réaction; l'appareil digestif, dont le fonctionnement avait été normal jusqu'à la première crise de douleurs, ne trahissait le voisinage de la tumeur que par quelques vomissements survenant après les repas; il n'y avait jamais eu d'hématémèse ni de mælena et pas trace de constipation. Les urines étaient normales. Cet homme était d'ailleurs vigoureux et c'est seulement depuis quelques semaines qu'il avait maigri.

Le diagnostic s'imposait donc : il s'agissait d'un *phlegmon subaigu de la fosse iliaque* et, comme ces suppurations sont presque toujours d'origine appendiculaire, le point de départ de la lésion ne prêtait lui-même guère à discussion. Malgré cela, je fis faire l'examen hématologique et voici la note que me remit mon chef de laboratoire, M. Mauté :

« Globules rouges, 4,154,000; globules blancs, 10,710; hémoglobine, 75 %. — Equilibre leucocytaire : polynucléaires, 71 %; grands et moyens mononucléaires, 19.5 %; lymphocytes, 8 %; éosinophiles, 1.5 %. »

Comme vous le voyez, le résultat n'était pas absolument en faveur d'une suppuration profonde. Il ne faut pas croire, d'ailleurs, que le diagnostic différentiel entre une suppuration et un néoplasme de la fosse iliaque soit toujours très facile. J'ai fait naguère (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 209) une leçon sur l'hémodiagnostic, où j'ai montré quels services considérables l'hématologie est à même de rendre dans les cas douteux, où la marche chronique du processus morbide pourrait faire hésiter entre une collection purulente et une tumeur.

Le 19 mai 1903, je pratiquai l'ouverture de cet abcès par une incision parallèle et supérieure à l'arcade crurale; je trouvai les muscles de la paroi légèrement infiltrés d'œdème et adhérents; j'ouvris dans la fosse iliaque un énorme abcès en bissac, contenant du pus épais et visqueux. La paroi de la poche était indurée comme celle des abcès à marche lente, et je ne constatai nulle part une induration spéciale, susceptible de me faire penser à un néoplasme. Quant à l'appendice, je me gardai bien de le chercher. L'abcès fut largement drainé; après quelques semaines, il ne restait plus qu'un petit trajet fistuleux de 5 à 6 centimètres; l'état général était excellent et le malade quittait l'hôpital. J'ajoute de suite que, pendant son séjour dans nos salles et durant les cinq mois qui suivirent, il n'eut aucun trouble digestif spécial.

Au mois d'octobre dernier, cinq mois après son opération, cet homme revint dans le service et, à mon grand étonnement, je constatai les lésions suivantes : le flanc droit était occupé par une tumeur du volume du poing, assez lisse, dure, adhérente au plan profond. L'orifice du trajet fistuleux était remplacé par deux ulcérations à bords irréguliers, bourgeonnant, saignant, ressemblant en tout point à ceux d'un épithélioma, et l'examen d'un de ces bourgeons, fait par M. Mauté, confirma la nature des lésions. Un stylet, introduit dans ce trajet, arrivait dans la profondeur sur une masse fongueuse, friable, saignant facilement. La localisation du néoplasme, l'absence de symptômes graves du côté du tube digestif et le bon état général du malade me firent tenter l'extirpation de la tumeur.

Le 14 octobre, je pratiquai l'opération suivante : cautérisation au fer rouge pour aseptiser et détruire les bourgeons épithéliaux des ulcérations, puis enfouissement du trajet fistuleux sous une suture de la peau. Deux incisions elliptiques circonscrivent la région ulcérée; j'attire en dehors toute la masse adhérente, que je dissèque et que je sépare des parties voisines. Profondément, j'isole toute la tumeur, qui comprend le cæcum, l'épiploon et une anse de l'intestin grêle; des adhérences à la veine et à l'artère fémorales, ainsi qu'à de gros ganglions lymphatiques, m'obligent à disséquer ces vaisseaux. J'isole et je résèque les parties malades, qui comprennent tout le cæcum jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la valvule iléo-cæcale et du côté opposé 15 centimètres d'intestin grêle. Je ferme complètement les deux extrémités intestinales, colique et iléale, et j'anastomose latéralement l'intestin grêle avec le gros intestin au-dessus de ces deux bouts aveuglés. Cette anastomose iléo-colique est faite très largement. Les suites opératoires ne présentèrent aucun incident, et le malade, que j'ai revu au bout de quatre mois, continuait à se bien porter. La tumeur était un cancer du cæcum avec adénopathie iliaque.

Voici donc un sujet atteint d'un phlegmon banal de la fosse iliaque, qui paraissait sous la dépendance bien nette d'une appendicite subaiguë et qui, en réalité, n'était que le premier accident d'un cancer de l'intestin. Je puis, à côté de ce premier fait qui, ayant trait à un cancer du cæcum, cancer un peu spécial, pourrait ne pas entraîner votre conviction, vous en citer deux autres, qui sont superposables comme histoire clinique.

Je voyais le 10 octobre 1901, avec M. le docteur Georges Baudouin, une femme de soixante-sept ans, très forte, très bien constituée, qui avait été opérée deux ans auparavant d'un kyste uniloculaire de l'ovaire, et chez laquelle s'était progressivement développée, dans la fosse lombaire droite, une tuméfaction sur la nature de laquelle bien des opinions avaient été émises. En deux mois, cette tumeur avait acquis le volume d'une tête de fœtus; elle était arrondie, lisse, faisait corps en arrière avec la paroi abdominale, se perdait en haut sous les fausses côtes et sous le foie, descendait en bas jusqu'à mi-chemin de la fosse iliaque. Légèrement sensible à la palpation, elle était indépendante du foie dont elle ne suivait pas les mouvements; elle était sonore en avant et ne présentait qu'une mobilité très relative, mobilité qui suivait celle de la paroi abdominale postérieure. Depuis l'apparition de cette tumeur, la malade avait un peu maigri, avait perdu l'appétit; sa température ne dépassait pas 37°5 le soir.

On avait pensé successivement à une vésicule biliaire enflammée, à une tumeur du foie, à une tumeur du rein. Pour ma part, les caractères de cette tuméfaction m'avaient fait porter le diagnostic de *phlegmon périnéphrétique subaigu;* mais l'origine de ce phlegmon me paraissait bien obscure, car je ne trouvais absolument rien dans les antécédents de cette femme qui pût faire songer à une infection rénale, hépatique ou même intestinale.

Devant la diversité des opinions émises, nous fîmes faire, par M. Milian, l'examen hématologique; en voici les résultats :

Le 17 octobre, une première numération donne 3,999,000 globules rouges et 11,470 leucocytes, dont 89 % de polynucléaires, 1 % de petits mononucléaires, 3 % de grands monucléaires, 4 % de myélocytes et 3 % d'éosinophiles; une seconde numération : 3,627,000 globules rouges et 19,212 leucocytes, dont 81 % de polynucléaires, 3 % de petits mononucléaires, 10 % de grands mononucléaires, 6 % de myélocytes; une troisième numération : 3,813,000 globules rouges et 15,941 globules blancs, dont 85 % de polynucléaires, 2 % de petits mononucléaires, 6.5 % de grands mononucléaires, 5 % de myélocytes et 1.5 % d'éosinophiles.

Ces résultats étaient donc tout en faveur d'une tumeur maligne. Néanmoins, je crus devoir maintenir mon diagnostic, et je proposai l'ouverture, par voie lombaire, de la collection supposée.

Le 24 octobre, je pratiquai une incision lombaire : j'ouvris dans la région périrénale une large collection purulente légèrement fétide; l'exploration des parois du foyer fit bien sentir une induration plus marquée à la partie antérieure de l'abcès, mais cette induration ne dépassait pas la consistance de certaines parois de foyers purulents à évolution lente. La collection fut drainée méthodiquement, et en quelques

semaines elle n'était plus représentée que par un trajet fistuleux du volume du pouce, trajet se dirigeant en bas et en avant.

Cependant, la suppuration restait fétide, sans traces de matières stercorales. L'index introduit à ce niveau sentait dans la profondeur une masse indurée, irrégulière, ligneuse, saignant facilement. Je fis alors faire un nouvel examen hématologique par M. Milian : le 14 décembre, il trouva 3,606,230 globules rouges et 11,439 leucocytes, à savoir 85 % de polynucléaires, 1 % de petits mononucléaires, 3 % de grands mononucléaires, 6 % de formes intermédiaires, 3 % de myélocytes, 1 % de leucocytes indéterminés et 1 % d'éosinophiles. L'anémie avait donc augmenté, et la leucocytose persistait; on conclut derechef à un cancer.

Bientôt, en effet, des matières stercorales s'écoulèrent de temps en temps par l'orifice. Quelques semaines plus tard, de gros bourgeons cancéreux, reconnus comme tels à l'examen histologique, faisaient saillie au fond de la plaie et, quatre mois après l'opération, la malade succombait cachectique avec une volumineuse tumeur cancéreuse obstruant le gros intestin.

Là encore le premier symptôme du néoplasme intestinal avait donc été une suppuration péricolique dont rien ne pouvait faire prévoir l'origine anatomique dans l'intestin, et encore moins le point de départ cancéreux. Seul l'examen hématologique avait pu nous faire émettre quelques réserves à ce point de vue.

Mais le cas le plus curieux d'abcès péricolique d'origine cancéreuse que je puisse vous citer est celui d'un homme âgé de quarante-sept ans, qui, il y a dix-huit mois environ, était couché au n° 6 de la salle Ambroise-Paré. C'était un ancien soldat de l'infanterie de marine, atteint, en Cochinchine, d'une dysenterie qui avait persisté pendant de longues années sous la forme d'*entérite chronique*. Il entrait dans notre service pour une grosse tuméfaction siégeant dans la région sus-ombilicale et dont le diagnostic était assez délicat.

Rien dans l'histoire de cet homme ne pouvait faire penser à une lésion intestinale, car aucune modification ne s'était produite dans le fonctionnement de son intestin depuis bien des années; c'est dire qu'il n'avait eu ni constipation, ni hémorrhagie. La tuméfaction qu'il portait s'était développée assez rapidement; elle s'était accompagnée de douleurs assez vives, sans mouvement fébrile bien marqué et, actuellement, elle s'étendait à la région épigastrique et ombilicale, dépassant l'ombilic en bas de deux travers de doigt; elle présentait le volume de deux poings. La peau était normale à son niveau. Profondément, cette tumeur était adhérente; sa surface, quelque peu irrégulière, empâtée plutôt que ligneuse, était légèrement douloureuse à la pression; elle était mate à la percussion et cette matité était séparée de celle du foie par une bande sonore.

Les antécédents du malade, la persistance des accidents de colite depuis plus de vingt ans, la rapidité de l'évolution des lésions, la douleur qui l'accompagnait, l'absence de tout symptôme de compression ou d'obstruction intestinale me firent poser le diagnostic d'*abcès péricolique au niveau du mésocôlon transverse*, abcès développé autour d'anciennes ulcérations intestinales d'origine dysentérique. L'examen hématologique, fait par M. Mauté, nous donna les résultats suivants :

3,999,000 hématies et 12,652 leucocytes, dont 73 % de polynucléaires, 16.3 % de grands et moyens mononucléaires, 10 % de lymphocytes et 0.7 % d'éosinophiles.

Le 7 novembre 1902, je pratiquai l'ouverture de cet abcès par une incision médiane partant de l'ombilic pour remonter à quatre travers de doigt plus haut. Je trouvai l'épiploon adhérent à la paroi abdominale, et en arrière de l'épiploon j'incisai un tissu lardacé qui me conduisit dans une cavité du volume d'une orange, contenant un pus grumeleux, non fétide. Les parois de l'abcès étaient épaisses et indurées. Je drainai cet abcès méthodiquement, mais au bout de peu de jours apparurent des matières stercorales dans le pansement. Cet accident n'avait rien d'inattendu, une ulcération intestinale ayant pu s'ouvrir dans le foyer. Le malade fut mis au régime sec, les matières intestinales cessèrent de passer par le trajet, la suppuration s'amenda et, l'état général devenant meilleur, il semblait vraiment que cet homme fût en voie de guérison. Cette amélioration progressive continua environ trois mois, mais avec persistance d'un trajet fistuleux, puis à cette époque des matières intestinales furent de nouveau rejetées par la fistule, un liquide sanieux, sanguinolent, fétide s'écoulait à ce niveau, et, bien que le patient n'eût aucun trouble digestif, il commença à maigrir.

En même temps apparut une tumeur très dure, irrégulière, siégeant au lieu et place de l'abcès, qui augmenta rapidement de volume. A travers la plaie, des bourgeons charnus de mauvaise nature firent issue, le malade se cachectisa et finit par succomber le 22 février 1903.

L'autopsie fut faite par M. Mauté, qui trouva un *cancer du côlon transverse* avec propagation à l'épiploon, à l'estomac et au foie.

Voici donc un troisième fait d'abcès péricolique — occupant cette fois le mésocôlon transverse — développé autour d'un néoplasme latent du gros intestin. Ici le diagnostic était particulièrement difficile, puisque la dysenterie chronique datant de plus de vingt ans pouvait faire penser à quelque ulcération intestinale comme cause de la suppuration. Dans ce cas encore les troubles digestifs dus à la présence du néoplasme faisaient absolument défaut, et le premier accident avait été en somme une tuméfaction péri-intestinale, causée par une collection suppurée.

Il est probable que les 3 faits que je viens de vous citer ne sont pas exceptionnels et qu'il suffira d'attirer l'attention sur ce mode de début du cancer de l'intestin pour en voir publier de nombreux exemples. L'évolution du processus dans ces cas me paraît assez simple. La suppuration péri-intestinale prend origine dans une adénopathie suppurée consécutive à l'épithélioma de l'intestin, adénopathie mixte, cancéro-infectieuse, analogue à celle que nous voyons si souvent accompagner le cancer de la langue, alors même que le néoplasme est peu étendu. Ce rapprochement est d'autant plus légitime que les ulcérations intestinales, comme les ulcérations buccales, baignent dans un liquide éminemment infectant; les lymphatiques de l'intestin peuvent donc entraîner, en même temps que les éléments cancéreux, les germes pyogènes avec lesquels ils sont en contact. Les suppurations pourraient également s'expliquer par la forme anatomique de ces néoplasmes : nous savons, en effet, qu'il existe des épithéliomas térébrants qui perforent l'intestin très rapidement et alors qu'ils sont encore très limités. Si ce travail d'ulcération a lieu du côté du péritoine, il provoque des adhérences, mais s'il intéresse la partie de l'intestin qui regarde le tissu cellulo-adipeux péri-intestinal, il détermine à ce niveau une collection suppurée plus ou moins étendue. La première hypothèse s'accorderait plus facilement avec les faits observés, car le passage des matières stercorales au niveau de la cavité de l'abcès ne se fait que quelques jours ou quelques semaines après l'ouverture de l'abcès au dehors. Il semble donc que la perforation de l'intestin n'ait lieu que tardivement.

La pathogénie de ces suppurations n'est d'ailleurs que tout à fait secondaire : le point sur lequel je tenais surtout à attirer votre attention, c'est qu'il importe, dans certaines *suppurations péri-intestinales d'origine incertaine*, et alors même qu'aucun symptôme ne s'est manifesté du côté de l'appareil digestif, de penser à la possibilité d'un *néoplasme latent* de la muqueuse intestinale.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections intramusculaires de sublimé à dose massive contre la syphilis infantile.

Le traitement de la syphilis infantile, tant héréditaire qu'acquise, n'est pas sans offrir de sérieuses difficultés. Les divers modes d'introduction du mercure dans l'économie, utilisés chez les adultes, ont été employés chez les enfants, mais aucun ne donne pleine satisfaction.

C'est ainsi que le traitement par voie buccale — outre la lenteur de son action — n'est pas applicable dans les cas fréquents où il existe une affection gastro-intestinale. Les frictions mercurielles, plus rapides dans leurs effets, sont à leur tour contre-indiquées par les multiples lésions irritatives de la peau, communes chez les nourrissons, telles que l'intertrigo, etc., sans compter que, vu la susceptibilité du tégument des jeunes enfants, elles peuvent provoquer par elles-mêmes des érythèmes, de l'eczéma, des furoncles, des abcès; enfin, d'après M. le professeur Monti, la mort subite, par œdème pulmonaire et cérébral, serait plus à craindre avec cette méthode de traitement mercuriel qu'avec toute autre, et cela d'autant plus que l'enfant est plus jeune. Quant aux bains de sublimé, ils ont un effet trop lent et incertain (Henoch, Monti).

Les injections sous-cutanées ou intramusculaires de préparations hydrargyriques ont été relativement peu employées contre la syphilis infantile; c'est ainsi que dans l'article « Syphilis » du *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby et Marfan, M. Gastou les laisse complètement de côté, parce qu'elles sont douloureuses et exposent à la production d'abcès.

Sans vouloir insister ici sur les différents sels mercuriels — peptonate et albuminate de mercure, formamide mercurielle (Monti), salicylate de mercure, calomel, huile grise, oxyde jaune de mercure (Monti, Lang, Moncorvo et Ferreira) — qui ont été tour à tour essayés, nous pouvons dire que la plupart n'ont pas donné de résultats satisfaisants ou même sont à rejeter, soit à cause des dangers qu'ils présentent — et ceci est vrai notamment des sels insolubles (embolies capillaires signalées par M. A. Renault et par M. Vogler) —, soit en raison de certains inconvénients qui en rendent l'emploi peu pratique (douleurs, noyaux d'induration, abcès, etc.). Le sublimé lui-même et le benzoate de mercure (Fedtchenko), les plus appropriés à la thérapeutique infantile, grâce à la tolérance des enfants à leur égard, n'échappent pas à toute critique : employés sous forme de solutions à 1 % — dont on injecte sous la peau, tous les jours ou tous les deux jours, de 0 c.c. 3 à 1 c.c. —, ils nécessitent une assiduité au traitement que l'on ne peut guère espérer obtenir, du moins dans les classes populaires, et surtout alors qu'il s'agit d'un traitement à suivre au dispensaire.

De là, la nécessité de trouver une méthode d'injections qui, tout en n'exigeant, comme la cure par les préparations insolubles, que des piqûres espacées, fût cependant exempte des dangers de ces mêmes préparations insolubles. Je crois être arrivé à une solution satisfaisante en appliquant à l'enfant la méthode de Lukasiewicz (1), qui n'a pas encore été employée dans la pratique infantile et qui consiste à faire, une fois par semaine, une injection intramusculaire d'une solution de sublimé à 5 %.

(1) W. Lukasiewicz. Ueber Syphilisbehandlung mit 5 % Sublimatinjectionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 juillet 1892, p. 433.)

Mes premiers essais datent de 1894; au début, ils ne portèrent que sur des enfants déjà grandelets, mais, depuis lors, je les ai étendus même aux nourrissons.

Je formule d'ordinaire la solution suivante :

Bichlorure de mercure. } āā 0 gr. 50 centigr.
Chlorure de sodium.... }
Eau distillée stérilisée... 10 grammes,

contenant 0 gr. 05 centigr. de sublimé par centimètre cube, et par conséquent 0 gr. 005 milligrammes par division de la seringue de Pravaz. Toutefois, chez les tout jeunes enfants auxquels je veux injecter des doses inférieures à 0 gr. 005 milligr., j'abaisse le titre de la solution à 2 %, de façon que chaque division de la seringue ne renferme que 0 gr. 002 milligr. de sel actif.

Voici maintenant quelles sont les doses que j'injecte suivant l'âge des petits malades :

De 1 à 3 mois...	de 0 gr. 002 à 0 gr. 004 milligr.
De 3 mois à 1 an	de 0 gr. 005 à 0 gr. 010 —
A 1 an.........	de 0 gr. 010 à 0 gr. 015 —
A 2 ans........	de 0 gr. 015 à 0 gr. 020 —
A 3 ans........	de 0 gr. 020 à 0 gr. 025 —
De 4 à 6 ans....	de 0 gr. 020 à 0 gr. 030 —
De 6 à 12 ans...	de 0 gr. 025 à 0 gr. 040 —

Comme on le voit — sauf pour les nourrissons de moins de trois mois, auxquels j'injecte 1 ou 2 divisions de seringue de la solution à 2 % —, pour tous les autres j'injecte de 1 à 8 divisions de seringue de la solution à 5 %, en commençant toujours par la dose la plus faible portée au tableau ci-dessus, et en augmentant peu à peu, suivant la tolérance de l'enfant et la ténacité plus ou moins grande des manifestations syphilitiques, jusqu'à la dose *maxima*. Dans certains cas, j'ai pu injecter sans inconvénients 0 gr. 05 centigr. de sublimé — soit 1 c.c. de la solution à 5 % —, mais il est généralement inutile de dépasser la dose de 0 gr. 04 centigrammes.

Je fais une piqûre toutes les semaines, parfois tous les six jours ou même tous les cinq jours, en me basant ici encore et sur la résistance du petit malade et sur la gravité du cas, et je continue le traitement jusqu'à disparition complète des lésions spécifiques : en outre, quand la guérison survient alors que l'enfant a reçu seulement deux ou trois injections, je fais encore de une à trois piqûres pour prévenir plus sûrement les récidives.

Comme lieu d'élection pour les injections, j'ai choisi la partie supéro-externe de la fesse, région très pauvre en nerfs, de sorte que la douleur est insignifiante : on divise la fesse en quatre parties par deux lignes respectivement perpendiculaires, et l'on pique, au beau milieu du quadrant supéro-externe ainsi délimité, dans la profondeur du tissu musculaire; on s'assure, avant de pousser l'injection, qu'il ne s'écoule pas de sang par l'aiguille. Les injections sont faites alternativement à droite et à gauche. Il va sans dire que les précautions d'asepsie les plus minutieuses sont indispensables, comme pour toute injection intramusculaire.

J'ajouterai, pour en terminer avec la technique, que la solution de sublimé doit être parfaitement limpide; quand elle se trouble, ou laisse déposer un précipité pulvérulent, elle perd de son activité et doit être renouvelée. Enfin, immédiatement après l'injection, il faut nettoyer l'intérieur de l'aiguille, afin d'enlever le dépôt noirâtre que laisse le sublimé; les aiguilles de platine iridié ne sont toutefois pas attaquées par ce sel.

J'ai employé jusqu'ici cette méthode dans 40 cas; ce nombre est relativement faible pour une période de dix années, mais au début je n'avais pas exclusivement recours à ce mode de traitement, et ce n'est que depuis deux ans que je l'applique indistinctement à tous les petits syphilitiques que j'ai l'occasion de soigner, tant dans mon service hospitalier qu'à ma consultation externe. Je ne retiendrai d'ailleurs que 30 de ces faits, les 10 autres petits malades n'ayant pas été traités ou observés durant un laps de temps suffisant. Sur ces 30 cas, 9 concernent des enfants de moins d'un an, 9 des enfants d'un an à deux ans et demi, 12 des enfants de deux ans et demi à douze ans. La plupart du temps, il s'agissait de syphilis héréditaire précoce, quelquefois de syphilis acquise ou d'hérédo-syphilis tardive. Les principales manifestations consistaient en syphilides maculeuses, papuleuses, pustuleuses, squameuses, érosives, en plaques muqueuses hypertrophiques ou végétantes, en coryza, en laryngite, en gommes ulcérées, en exostoses. Les résultats que j'ai obtenus ont toujours été des plus satisfaisants; la guérison a été plus rapide qu'avec tout autre moyen de traitement mercuriel. Le nombre des injections nécessaires a été en général de 3 à 5, plus rarement de 6. Souvent les plaques muqueuses et les syphilides maculeuses disparaissent après 2 piqûres; ces manifestations sont d'ailleurs celles qui guérissent d'ordinaire le plus vite; au contraire, les gommes se montrent plus tenaces, mais, je le répète, il ne m'a jamais fallu plus de 6 injections pour en venir à bout. Comme traitement local, nous pansons les ulcérations de quelque étendue, nous touchons les plaques muqueuses hypertrophiques soit, chaque jour, avec une solution de nitrate acide de mercure à 1 %, soit, deux fois par semaine, avec le crayon de nitrate d'argent; contre le coryza, nous introduisons dans la cavité nasale de la pommade au précipité jaune.

Quant à la fréquence des récidives, je ne puis me prononcer d'une manière absolue, nombre de mes petits malades ne m'ayant pas été représentés, mais je puis affirmer qu'avec les autres préparations mercurielles que j'ai employées, elles étaient plus fréquentes. Quoi qu'il en soit, parmi ceux que j'ai revus, un seul offrait une récidive. Au reste, je crois que, pour traiter radicalement la syphilis, une seule série d'injections ne saurait suffire; il faudrait en faire au moins deux autres, au bout d'un an et de deux ans.

J'ajouterai que les troubles gastro-intestinaux légers ne constituent nullement une contre-indication au traitement, comme c'est le cas pour la médication interne; il n'en serait sans doute pas de même d'une affection rénale — qui interdirait d'ailleurs tout traitement mercuriel —, sauf le cas où l'on aurait quelque motif de la rattacher à la syphilis. Dans les entérites graves, on devrait aussi s'abstenir provisoirement des injections.

Ces injections de sublimé à doses massives sont très bien tolérées par les enfants, dont l'état général s'améliore, sous leur influence, parallèlement aux manifestations syphilitiques elles-mêmes. Je n'ai jamais observé d'abcès, et les indurations sont très rares; *la douleur est insignifiante et de courte durée*, contrairement à ce que l'on constate chez l'adulte. Comme phénomène d'intoxication, je n'ai noté de salivation ni de stomatite dans aucun cas; seule une fillette de dix ans, à laquelle on avait injecté, par suite du mauvais fonctionnement de la seringue, 0 gr. 05 centigr. de bichlorure, au lieu de 0 gr. 03 centigr., eut quelques selles diarrhéiques et un peu sanguinolentes qui disparurent bientôt, et les doses suivantes de 0 gr. 035 milligr. furent parfaitement supportées.

Dr V. Imerwol,
Médecin de l'hôpital des enfants Caritatea de Jassy.

BULLETIN

L'unification internationale de la formule des médicaments héroïques.

Depuis bientôt deux ans qu'a eu lieu, à Bruxelles, la Conférence internationale pour l'unification de la formule des médicaments héroïques, l'arrangement du 20 septembre 1902 n'a pas encore été approuvé par tous les gouvernements dont les délégués ont signé le protocole final (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 336-337). Et cependant il s'agit là d'une entente dont l'intérêt pratique est de toute évidence : alors que les progrès de l'industrie et des moyens de transport rapprochent de jour en jour les distances, ce qui facilite beaucoup les voyages à l'étranger, il importe que les médicaments actifs soient préparés partout d'une façon uniforme, afin de ne pas exposer les personnes qui doivent en faire usage à des dangers variables suivant que la même prescription magistrale est exécutée dans tel ou tel autre pays.

Parmi les 14 Etats qui ont adhéré sans réserve (Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, France, Grèce, Hongrie, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Russie, Suisse), nous pouvons signaler la France comme n'ayant point encore signé l'arrangement proposé. L'année dernière, le ministre de l'instruction publique, à qui ressortit tout ce qui se rapporte à la *Pharmacopée française*, avait demandé à l'Académie de médecine son avis sur la question — lequel fut (12 mai 1903) « qu'il y avait lieu d'adopter les conclusions du projet d'arrangement soumis par le gouvernement belge au gouvernement de la République française » —, mais de cet avis tout favorable il ne s'est ensuivi aucun effet. Cette année-ci, à la même époque, le ministre des affaires étrangères a demandé, à l'Académie de médecine, par l'intermédiaire du département de l'instruction publique, si les réserves faites par 6 pays (Allemagne, Autriche, Etats-Unis d'Amérique, Grande-Bretagne, grand-duché de Luxembourg, Suède) — réserves que nous allons faire connaître — ne seraient pas de nature à motiver un nouvel examen de cette affaire, et il a exprimé le désir d'être éclairé sur ce point avant d'autoriser le ministre de la République à Bruxelles à signer, au nom de la France, l'arrangement du 20 septembre 1902. Dans sa séance du 14 juin 1904, l'Académie, sur le rapport de M. Yvon, qui était un des trois délégués français à la Conférence de Bruxelles, et après avoir pris connaissance des réserves formulées par les gouvernements précités, a estimé « qu'il n'y a pas lieu de modifier son vote antérieur, et a proposé, comme elle l'a déjà fait le 12 mai 1903, d'adopter les conclusions du projet d'arrangement ». Nous aimons à croire que, cette fois, le gouvernement français se trouvera suffisamment éclairé pour apposer sa signature au bas de l'instrument diplomatique.

D'ailleurs, les réserves faites par les six gouvernements en question étaient connues, pour la plupart, des délégués français avant la signature du protocole final, et ni les unes ni les autres n'apportent une objection importante ou un fait nouveau susceptible d'empêcher les pays qui ont adhéré sans réserve d'approuver ledit arrangement. On pourra en juger par les détails qui suivent.

En ce qui concerne l'Allemagne, le gouvernement impérial n'est pas en mesure de signer sans réserve, le régime auquel sont actuellement soumises les pharmacies ne permettant pas de prendre d'engagement relativement à la teneur de la future pharmacopée. Le gouvernement apprécie pleinement l'importance de la Conférence de Bruxelles et il exercera son influence pour que le Conseil fédéral adopte les propositions contenues dans le projet d'arrangement lors de la revision de la pharmacopée allemande.

Cette réserve est la conséquence logique de la déclaration faite par M. Binz, au nom des trois délégués allemands, dans la troisième séance de la Conférence internationale : « Le gouvernement central de l'empire allemand, a-t-il dit, a tout intérêt et toute sympathie pour l'œuvre qui nous réunit ici; mais il ne pourra adhérer aux décisions prises par la Conférence qu'après avoir obtenu l'assentiment des gouvernements fédéraux.

» Nous, délégués allemands, avons donc pour

mission de collaborer à la meilleure solution pour l'unification de la formule des médicaments héroïques; mais nous ne pouvons prendre aucun engagement formel, ni signer le protocole final prévu dans l'article 9 du règlement.

» Deux d'entre nous sont membres de la Commission de la pharmacopée allemande; nous proposerons à cette commission les décisions auxquelles nous adhérerons; quoique sous une forme différente, nous croyons collaborer ainsi au même but final. »

Ainsi donc, comme nous l'écrivions en 1902, il est à peu près certain que l'Allemagne mettra en usage les dénominations et les formules votées à la Conférence de Bruxelles, sans quoi elle se fût abstenue d'y prendre part.

Les réserves de l'Autriche portent sur deux points : 1° sur les médicaments qui ne figurent pas dans la pharmacopée de ce pays; mais rien n'empêche les rédacteurs de la prochaine édition du Codex autrichien d'insérer ces médicaments dans un chapitre spécial, tout comme le fera en France la commission de notre pharmacopée pour les médicaments qui ne sont pas encore en usage et dont l'unification a été décidée par la Conférence internationale; 2° sur l'*Opium pulvis*, pour laquelle elle ne veut admettre que l'emploi de la drogue pure, contenant au maximum 12 % de morphine, tandis que, d'après les prescriptions adoptées par la Conférence internationale (Voir *Semaine Médicale*, 1902, Annexes, p. CLXVI), la poudre doit être desséchée à 60° et avoir une teneur en morphine de 10 %, taux qui a été déjà adopté par la commission de la pharmacopée française.

Le gouvernement des Etats-Unis d'Amérique serait disposé en principe à donner son adhésion; mais il ne peut apposer sa signature au bas de l'arrangement, parce que la pharmacopée du pays est revisée par une commission sur laquelle le gouvernement n'a pas de contrôle. Soit. Il n'en reste pas moins que le président de la Convention de la pharmacopée des Etats-Unis, M. le professeur H. C. Wood, a assisté aux travaux de la Conférence de Bruxelles, comme délégué de son gouvernement, en même temps que M. le docteur F. B. Power qui a signé le protocole final pour les Etats-Unis d'Amérique. Il y a donc lieu d'espérer que, grâce à l'influence de M. Wood, la commission de la future édition de la pharmacopée américaine s'inspirera des prescriptions adoptées pour l'unification internationale de la formule des médicaments héroïques.

La Grande-Bretagne, y compris les Indes orientales, adhère, en faisant seulement des réserves pour les petites modifications que les progrès des sciences médicales et pharmaceutiques peuvent rendre de temps en temps nécessaires. C'est là une réserve de pure forme.

Pour le grand-duché de Luxembourg, le gouvernement, qui gravite plus qu'il ne faudrait dans l'orbite de l'Allemagne, donne son adhésion sous cette réserve que son engagement n'aura d'effet pratique que lorsque les décisions de la Conférence figureront dans la pharmacopée allemande, qui est adoptée dans le Luxembourg.

Enfin, le gouvernement suédois donne son adhésion sous les trois réserves que voici : 1° les dénominations des médicaments héroïques proposées ne figureront pas dans le texte de la pharmacopée suédoise, mais elles seront indiquées dans un supplément spécial; 2° la dénomination « Vinum glycyrrhizæ opiatum » sera conservée; 3° les teintures ne seront pas préparées par percolation.

En d'autres termes, la Suède ne veut pas se conformer à l'article premier ni à la section *a*) et surtout à la section *b*) de l'article 2 de l'arrangement du 20 septembre 1902. C'est le pays qui oppose le plus de résistance aux décisions de la Conférence. Il est regrettable que le gouvernement suédois n'ait pas eu plus de confiance en son délégué, M. le docteur S. Jolin, professeur à la Faculté de médecine de Stockholm, qui a signé le protocole final.

Quoi qu'il en soit de ces quelques réserves, l'unification internationale de la formule des médicaments héroïques peut être considérée aujourd'hui comme chose faite. Pour arriver à ce résultat, il a fallu presque un demi-siècle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1904.

La tuberculose ganglio-pulmonaire dans l'école parisienne.

M. Grancher lit, sur ce sujet, un travail duquel il résulte que, parmi les 438 enfants fréquentant l'école des garçons de la rue de l'Amiral-Roussin, 312 ont été trouvés sains et 126 ont été retenus pour un examen ultérieur de contrôle. Deux de ceux-ci ayant quitté l'école, cet examen n'a porté que sur 124 enfants; 62 d'entre eux, soit 14 % environ sur toute l'école, ont été reconnus atteints, à des degrés divers, de lésions tuberculeuses ou doivent être considérés comme très suspects : 1 présente des lésions pulmonaires avancées; 15 sont assez sérieusement touchés, quoique leur tuberculose soit encore fermée; 46, atteints légèrement (et surtout d'adénopathie trachéobronchique), peuvent continuer à fréquenter l'école, mais en suivant un traitement préventif (poudre de viande et huile de foie de morue).

L'école des filles de la même rue a été soumise au même examen et au même contrôle : sur 458 fillettes, 131 ont été retenues pour le second examen et 79 ont été définitivement reconnues malades, soit 17 %; 28 de ces fillettes seraient utilement placées dans des hôpitaux marins ou à Forges; les 51 autres peuvent — au moins provisoirement — rester à l'école et y suivre un traitement de suralimentation.

Au total, sur 896 enfants, garçons et filles, 141 sont en état de tuberculose latente ganglio-pulmonaire.

En terminant, l'orateur déclare que, pour tous ces enfants bacillifères, la ville de Paris devrait avoir des écoles à la campagne, où la vie en plein air, judicieusement associée aux études, guérirait la plupart d'entre eux.

Du tétanos dit médical ou spontané.

M. Vincent (médecin militaire) relate — à propos de l'observation d'un homme qui a été atteint, huit jours après une insolation, de tétanos primitif terminé par la mort — les résultats d'expériences qu'il a faites en vue de déterminer si le coup de chaleur n'exerce pas une action favorisante sur l'infection tétanique.

En inoculant au cobaye des spores tétaniques et en soumettant ensuite l'animal à l'action de la chaleur, on constate que la durée de l'aptitude à l'infection peut se prolonger pendant trente, quarante, soixante jours et parfois davantage. Toutefois, plus long est le laps de temps qui sépare la date de l'infection tétanique du moment où l'animal est soumis à l'action de l'hyperthermie, plus les signes de toxi-infection sont atténués.

D'autre part, la durée de ce microbisme latent est extrêmement variable d'un animal à l'autre : certains cobayes, inoculés quinze jours auparavant et soumis à l'action de l'étuve ou à celle du soleil, n'ont pas présenté le plus léger signe de tétanos, alors que d'autres sont devenus tétaniques bien qu'ils eussent été inoculés depuis plus longtemps.

Ces constatations, dit l'orateur, sont évidemment applicables à l'homme; elles permettent d'expliquer que, dans certains cas, on ne puisse découvrir la porte d'entrée du bacille, alors qu'il s'agit d'une plaie depuis longtemps cicatrisée.

Sur l'action analgésiante et névrosthénique du radium.

M. Raymond donne lecture, à l'occasion d'un travail de M. A. Darier sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 51), d'un rapport dans lequel, sans contester l'action analgésiante du radium, il montre qu'il y a lieu de faire à cet égard quelques réserves, car, dans 2 cas de névralgie faciale rebelle auxquels il a appliqué ce mode de traitement, les phénomènes douloureux ont persisté.

Quant à la disparition des attaques, observée par M. Darier dans 2 cas de névrose convulsive, le rapporteur estime que ces résultats sont comparables à ceux qu'on obtient chez les hystériques au moyen de l'électricité statique.

Enfin, en ce qui concerne un cas de paralysie faciale toute récente, dont la guérison est survenue du jour au lendemain, à la suite d'une application de radium, M. Raymond fait remarquer que seul l'examen électrique, en décelant l'existence de la réaction de dégénérescence, eût pu démontrer qu'il n'y avait pas simplement, dans ce fait, une heureuse coïncidence.

M. Bissérié communique les observations de 2 malades atteints d'épithélioma de la langue, et chez lesquels la radiothérapie a eu non seulement une action analgésique manifeste, mais encore a fait disparaître complètement la leucoplasie linguale.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 juin 1904.

Effets de l'état de réfraction de l'œil dans la vision des couleurs.

M. A. Polack. — J'ai pu m'assurer que l'état dioptrique de l'œil joue un rôle dans la vision des couleurs. C'est ainsi que si l'œil est accommodé pour une distance moindre que celle à laquelle se trouve un objet coloré (échelle chromométrique ordinaire, c'est-à-dire sur fond noir), ou s'il est muni d'un verre convergent convenable, le rouge paraît plus saturé, le jaune tourne à l'orangé, le vert devient plus jaunâtre ou roussâtre, le bleu prend une nuance gris violacé.

Si au contraire l'œil est muni d'une lentille divergente, de façon que le *punctum remotum* tombe au delà de l'objet observé, le rouge paraît plus violacé, plus gris, le jaune plus verdâtre, le vert plus bleuté, tandis que le bleu devient plus saturé.

Enfin, lorsque les couleurs sont sur fond blanc, et non plus sur fond noir, le phénomène est renversé : on constate à l'état de myopie les modifications que l'on perçoit à l'état d'hypermétropie avec un fond noir, et inversement; l'effet est en outre moins net.

Ces transformations des couleurs me semblent pouvoir être expliquées par l'aberration chromatique des milieux oculaires.

Action des rayons N sur le tronc nerveux isolé.

MM. Paul-L. Mercanton et **C. Radzikowski.** — Nous avons constaté, au moyen de la réaction connue sous le nom de *variation négative*, que le nerf n'est pas excitable par les rayons N, quelles que soient la durée et la fréquence d'action de ces rayons. D'autre part, nous avons pu nous rendre compte que les rayons N sont également sans effet sur la résistance électrique du nerf. Enfin, dans une expérience faite sur une grenouille décapitée dont on irritait une patte postérieure en la plongeant dans une solution aqueuse d'acide sulfurique à 2 ‰, nous avons vu que la projection d'un faisceau de rayons N sur la moelle épinière n'influait en rien sur la rapidité d'apparition du réflexe.

Centres sensoriels et rayons N.

M. A. Charpentier adresse une note relative à des expériences qui lui ont permis de reconnaître que l'excitant spécifique d'un centre sensoriel produit une augmentation d'émission des rayons N par ce centre, même quand il agit sur ce dernier sans passer par l'organe périphérique, et sans donner lieu à une perception consciente. C'est ainsi que si l'on fait vibrer un diapason, les oreilles étant bouchées et le son non perçu, on constate une augmentation de luminosité de l'écran phosphorescent (constitué par une petite tache de sulfure que porte le diapason lui-même) quand celui-ci arrive dans la région de la zone corticale auditive.

MM. C.-J. Salomonsen et **G. Dreyer** envoient une note dans laquelle ils exposent les résultats de leurs recherches, concernant l'action de l'émanation de radium sur certains animaux inférieurs (*nassula*, amibes, *Trypanosoma Brucei*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juin 1904.

Sur un cas de polynévrite blennorrhagique terminée par la mort.

M. Ménétrier. — J'ai observé un homme de quarante-six ans, qui était atteint d'une blennorrhagie encore en pleine activité quand il présenta des phénomènes parétiques et douloureux, plus accentués au niveau des membres inférieurs qu'au niveau des membres supérieurs. Il en fut de même d'une amyotrophie diffuse qui survint peu de temps après. On notait, en outre, au niveau des régions précitées, une diminution de la sensibilité tactile et une abolition des réflexes rotuliens. Finalement, cet homme succomba à une bronchopneumonie.

L'examen histologique des nerfs radial, crural, sciatique, etc., démontra l'existence, sur tous ces troncs nerveux, de lésions dégénératives dont l'intensité allait en décroissant de la périphérie à la racine du membre. On constata, en outre, une chromatolyse des grandes cellules multipolaires des cornes antérieures de la moelle, au niveau des renflements lombaire et cervical. Les vaisseaux et les racines rachidiennes ne présentaient aucune altération. D'autre part, les ensemencements et les cultures du pus retiré de l'urèthre pendant la vie en avaient démontré la richesse en gonocoques et la grande virulence. Il s'est donc agi manifestement dans ce cas d'une polynévrite d'origine blennorrhagique vérifiée à l'autopsie, ce qui n'avait pas encore été réalisé jusqu'ici. Quant aux lésions de la moelle, elles étaient incontestablement secondaires à celles des nerfs.

A propos de l'origine artérielle du bruit de rouet.

M. Bergé. — Pour compléter la communication que j'ai faite sur ce sujet au cours de la dernière séance — et aussi pour répondre d'avance à une objection qui pourrait m'être opposée —, je ferai remarquer que le fait de la disparition du bruit de rouet, lorsqu'on vient à exercer une pression sur le trajet des gros vaisseaux du cou, ne va nullement à l'encontre de la théorie de l'origine artérielle de ce phénomène. En effet, la carotide et la jugulaire étant juxtaposées, une compression exercée à leur niveau intéresse toujours à un degré quelconque l'un et l'autre vaisseau. Or, il résulte de mes expériences qu'il suffit d'effleurer légèrement l'artère carotide pour supprimer ses vibrations et, par conséquent, le bruit de rouet, de même que le doigt posé sur un verre à boire ou sur une corde à violon en éteint les vibrations.

On a prétendu, en outre, que l'arrêt du courant sanguin venant du cœur ne faisait pas disparaître le bruit de rouet; cette objection est purement théorique, car en pratique il est impossible d'écraser la carotide primitive à la base du cœur sans comprimer aussi plus ou moins la jugulaire. Ce qui se produit en réalité quand on tente cette expérience, c'est que l'on écrase la veine — ce qui ne saurait supprimer le bruit de rouet —, et que l'on ne comprime que très insuffisamment l'artère, ce qui explique la persistance de ce même bruit.

Diabète sucré, maux perforants plantaires et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Beaufumé communique, au nom de M. Mosny et au sien, l'observation d'un diabétique porteur d'un double mal perforant plantaire; cet homme, indemne de toute autre manifestation névropathique, n'était d'ailleurs ni syphilitique, ni tuberculeux, et cependant son liquide céphalo-rachidien était très riche en lymphocytes. Cette lymphocytose, qui a persisté aussi longtemps que les ulcérations plantaires, ne peut pas être rattachée au diabète, car, chez 2 autres sujets atteints de cette dernière affection, le liquide céphalo-rachidien ne contenait aucun élément figuré. Aussi, sans nier les relations qui existent entre le diabète et les maux perforants, l'orateur estime-t-il que la lymphocytose, qui a coexisté avec ces derniers dans le cas actuel, prouve l'origine centrale nerveuse de ce trouble trophique.

Sur un cas de rupture spontanée d'ascite à l'ombilic.

M. Cochez (d'Alger) adresse l'observation d'un homme atteint de cirrhose du foie, avec ascite ponctionnée 49 fois en vingt-quatre mois, chez lequel il se produisit spontanément au niveau de l'ombilic, peu de temps après la dernière ponction, une perforation qui donna issue au liquide ascitique. On sait que la rupture d'une ascite est généralement considérée comme ayant un pronostic très grave; or, un pansement collodionné appliqué au niveau de la perforation en amena la cicatrisation et le malade survécut encore six mois.

M. Merklen fait remarquer que c'est par suite d'infection que la mort est souvent la conséquence des ruptures spontanées des ascites à l'ombilic : la survie du malade de M. Cochez semble donc militer en faveur du traitement occlusif de la perforation.

M. Siredey dit avoir observé une rupture spontanée de l'ombilic chez un homme atteint de péritonite tuberculeuse avec ascite; cette rupture se cicatrisa au bout d'un mois environ et le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

M. Merklen croit qu'il y a lieu d'établir une distinction, au point de vue du pronostic, entre les perforations des séreuses déjà enflammées chroniquement (comme c'est le cas dans les péritonites tuberculeuses) et celles des séreuses saines : il semble bien que l'infection soit moins à redouter dans le premier cas que dans le second.

Effets de l'hyperchloruration et de l'hypochloruration sur la marche de l'épilepsie.

M. Toulouse relate des expériences d'où il résulte que l'administration intermittente de quantités de chlorure de sodium variant de 2 à 25 grammes par jour, chez des épileptiques non soumis au traitement bromuré — pendant des périodes où toutes les autres conditions restaient constantes — n'a eu aucune influence sur le nombre des accès. L'orateur conclut de ces recherches que, dans le traitement de l'épilepsie, les bons résultats de l'hypochloruration associée à l'administration de bromure de potassium ne sont nullement dus à la suppression d'une action propre du sel de cuisine sur les centres nerveux, action ayant pour effet de modifier — par des changements de tension osmotique — la vie du tissu nerveux et de provoquer ainsi des conditions plus « épileptogènes », mais tiennent bien à ce que l'hypochloruration détermine une véritable appétence de ces mêmes centres nerveux à l'égard du bromure de potassium.

Arthropathies syphilitiques à forme douloureuse chez un enfant.

M. Terrien communique, au nom de M. Méry et au sien, l'observation d'un enfant de quatre ans, qui était atteint d'arthropathies douloureuses des deux genoux à forme de tumeurs blanches et en même temps d'une kératite interstitielle. L'existence de cette dernière affection fit penser que la syphilis était la cause des accidents articulaires, et de fait ceux-ci disparurent assez rapidement à la suite de l'administration du traitement spécifique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 juin 1904.

Sérums cytotoxiques et ophtalmie sympathique.

MM. Le Play et **Corpechot.** — Nous avons inoculé, chez 24 lapins ou cobayes, deux gouttes de culture pyocyanique dans la chambre antérieure de l'œil gauche, puis, avec une aiguille de Pravaz, nous avons pratiqué une plaie aseptique de l'œil droit. Chez 12 de ces animaux, nous avons en outre injecté trois gouttes de sérum dit ophtalmotoxique dans la chambre antérieure de l'œil gauche et quelques centimètres cubes du même sérum sous la peau de l'abdomen. Nous avons opéré de même avec la solution salée à 7 ‰ sur les 12 autres sujets pris comme témoins.

Ce sérum ophtalmotoxique n'est autre que du sérum de lapin ou de cobaye ayant reçu six à sept fois sous la peau, à quatre, cinq ou six jours d'intervalle, des macérations d'yeux de cobaye ou de lapin.

Dans la plupart des cas (9 fois sur 12), la lésion de l'œil gauche a été plus marquée chez les animaux ayant reçu le sérum ophtalmotoxique; chez 7 d'entre eux, l'infection s'est généralisée. Enfin, plus fréquemment que chez les témoins (6 contre 1), l'œil droit a été contaminé.

Ces faits n'infirment, d'ailleurs, nullement l'explication proposée (infection par continuité, voie nerveuse) pour éclairer le mécanisme des ophtalmies dites sympathiques; mais il semble bien que pour l'œil, comme pour les autres organes symétriques, il y ait lieu de tenir compte de cette pathogénie cytotoxique.

M. Charrin. — A diverses reprises, et en particulier avec M. Léri, je me suis servi de sérums cytotoxiques — bien que ces liquides ne jouissent pas d'attributs spécifiques absolus —, pour localiser les agents pathogènes.

Quand, par exemple, on injecte dans la circulation le bacille pyocyanique, ce bacille se rend un peu partout; mais on peut obtenir des sommations dans le foie, le rein ou les centres nerveux, en utilisant les sérums correspondants : hépato-toxique, néphrotoxique, neurotoxique. Or, nous avons montré que, sous l'influence des tares de ces divers organes, des cellules, ou simplement des débris cellulaires, des organes des sens, en passant dans la circulation, peuvent amener par réaction la genèse d'une cytotoxine.

Importance de la rétention de l'eau dans les infections aiguës, notamment dans la pneumonie.

MM. Garnier et **Sabaréanu.** — En appliquant la méthode des pesées quotidiennes à l'étude de la pneumonie, nous avons constaté que le poids des malades se maintient au même taux ou même augmente légèrement pendant la période fébrile. Par contre, au moment de la défervescence ou deux ou trois jours après, le poids diminue; cette diminution peut dépasser 5 kilos; puis le poids reste stationnaire pour remonter ensuite plus ou moins rapidement. La courbe est identique dans la scarlatine et dans la variole.

Le maintien du poids pendant la période fébrile, c'est-à-dire au moment où les *ingesta* sont en moins grande quantité, est la conséquence de la diminution des *excreta*. Cette diminution porte surtout sur l'eau et le chlorure de sodium. Il y a en effet un véritable appel d'eau dans les tissus au cours des infections aiguës, comme le montre l'analyse chimique des organes; la rétention de l'eau est un phénomène actif ; c'est elle qui nécessite la rétention du chlorure pour satisfaire aux lois de l'osmose. Cette rétention cesse à l'approche de la mort, et dans les cas de pneumonie mortelle, le poids s'abaisse notablement, parfois de 2 kilos en vingt-quatre heures, en même temps que les urines augmentent de quantité.

Sur quelques points de l'histologie normale et pathologique des plexus choroïdes de l'homme.

M. Lœper. — Chez les sujets atteints d'infections, d'intoxications, d'hémorrhagie cérébrale, etc., j'ai constaté fréquemment une vasodilatation avec rupture des capillaires des plexus choroïdes, hémorrhagie des villosités, et passage des hématies dans la cavité ventriculaire.

Il existe, en outre, des placards lympho-conjonctifs dans les processus chroniques de l'encéphale et même de la moelle (sclérose, tabes, paralysie générale); les éléments polynucléaires envahissent le tissu conjonctif dans la méningite cérébro-spinale. Enfin, les granulations tuberculeuses, distinctes ou agglomérées, débutant dans la villosité, se rencontrent 8 fois sur 10 dans la méningite tuberculeuse et répandent leurs lymphocytes dans le liquide ambiant.

Les cellules choroïdiennes sont granuleuses, éosinophiles; elles contiennent un pigment jaune

difficile à caractériser, des granulations graisseuses, et même des corps mûriformes identiques à ceux de la pituitaire Ces granulations augmentent dans les infections, les méningites, l'hémorrhagie cérébrale. Le pigment ferrugineux existe dans le diabète bronzé.

Chez le fœtus les cellules, très vacuolaires, sont gorgées de glycogène. En ce qui concerne l'adulte, on ne trouve cette substance que dans les plexus choroïdes des diabétiques.

Les leucocytes du sang chez les vieillards.

M. Dobrovici. — J'ai fait la numération des globules blancs du sang de 11 vieillards de soixante-sept à quatre-vingt-un ans, exempts de toute tare pathologique. J'ai examiné, dans les mêmes conditions, le sang de 9 hommes de vingt-deux à quarante-cinq ans. A la suite de ces recherches, j'ai trouvé, d'une façon constante, une proportion plus élevée de leucocytes à noyau polymorphe chez les vieillards que chez les adultes jeunes. La moyenne des examens chez ces derniers nous a donné, en effet, 61.5 % de globules blancs à noyau polymorphe, tandis que la proportion a été de 73 % chez le vieillard.

Chez l'enfant, au contraire, comme on le sait, le chiffre des leucocytes à noyau polymorphe est plus faible que chez l'adulte; la morphologie du sang subit donc une évolution de la naissance à la vieillesse. Le leucocyte à noyau pouvant être considéré comme le terme ultime de l'évolution de la cellule lymphatique dans le tissu hématopoiétique de la moelle, il faut admettre que, chez l'individu âgé, il y a excès des formes cellulaires qui ont atteint leur maturité, tandis que chez l'enfant il y a, au contraire, excès des formes jeunes.

Le liquide céphalo-rachidien dans la variole.

M. P. Thaon. — J'ai examiné le liquide céphalo-rachidien de 10 varioleux du service de M. Roger. Bien que l'invasion de la variole soit le plus souvent marquée par des troubles cérébro-spinaux intenses (rachialgie, parfois paraplégie, céphalée, vomissements), ce n'est que dans certains cas que j'ai pu constater des modifications, d'ailleurs des plus discrètes, du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose inconstante et minime, léger abaissement du point de congélation, taux des chlorures oscillant de 6 gr. 50 à 7 gr. 50 centigr., parfois existence d'un petit coagulum de sérine et pression très légèrement exagérée; la limpidité du liquide était toujours parfaite. Ces modifications ne sont du reste pas en relation régulière avec l'intensité des phénomènes nerveux cliniquement constatés. J'ajouterai que, dans un cas de variole hémorrhagique mortelle, avec hémorrhagies multiples, il n'y avait pas de modification du liquide céphalo-rachidien.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 juin 1904.

Sur le réflexe buccal.

M. Oppenheim présente un enfant de deux ans, chez lequel on voit se produire, à la suite de l'excitation des lèvres ou de la langue, des mouvements de mastication, de succion et de déglutition; ces mouvements apparaissent aussi parfois spontanément, sans doute à l'occasion de la déglutition de la salive.

Ce symptôme a déjà été signalé dans la diplégie spasmodique infantile, spécialement dans la forme bénigne de cette affection, que l'orateur a décrite sous le nom de paralysie pseudo-bulbaire infantile. Dans le cas particulier, il s'agit de troubles de ce genre : cet enfant a été mis au monde au moyen du forceps; dès sa naissance, on s'aperçut que les quatre membres étaient paralysés, puis cette paralysie s'étendit à tout le système musculaire.

Normalement, le réflexe buccal existe jusqu'au huitième mois; dans la paralysie infantile, il persiste plus tard parce que, en même temps que les centres moteurs, les centres inhibitoires se trouvent paralysés. On l'a observé également dans les états comateux, dans la paralysie bulbaire supra-nucléaire de l'adulte, enfin au cours des crises d'épilepsie.

Stase veineuse par compression.

M. Borchardt montre une jeune fille qui, ayant subi une violente compression au niveau de l'abdomen, présenta une congestion intense du visage, avec protrusion des globes oculaires; la figure était colorée en bleu noir et parsemée d'ecchymoses punctiformes et striées; les suffusions sanguines s'arrêtaient en avant au niveau du larynx, mais en arrière elles s'étendaient au cou et aux bras.

Ces troubles peuvent être attribués à la disposition anatomique des veines de la tête et du cou : on sait que ces vaisseaux sont dépourvus de valvules, de sorte que toute élévation intra-thoracique ou intra-abdominale de la pression veineuse se transmet dans leur territoire et y produit des extravasations sanguines. En l'absence de toute complication, le pronostic est bénin.

M. Orth dit avoir pu pratiquer l'autopsie dans un cas de ce genre : il constata que le cerveau et les méninges étaient absolument indemnes, tandis que la muqueuse du nez et des sinus était fortement congestionnée.

M. Wessely déclare avoir fait, dans nombre de faits analogues, l'examen ophtalmoscopique, et n'avoir jamais trouvé la moindre suffusion sanguine, ce qui s'explique par la pression intra-oculaire; de même, la pression intra-crânienne rend compte de l'absence de toute lésion méningée ou cérébrale.

La diminution de fréquence des kystes hydatiques en Allemagne.

M. J. Hirschberg fait une communication, dans laquelle il déclare que, jusqu'en 1885, il voyait à peu près 1 cas de kyste hydatique de l'œil sur 1,000 malades atteints d'affections oculaires; de 1885 à 1894, cette proportion est tombée à 1 pour 25,000; enfin, depuis cette dernière date, il n'a plus observé une seule fois cette localisation de l'échinocoque.

On sait d'autre part que les hydatides des autres régions du corps ont également diminué de fréquence : à en juger par les publications de l'Institut pathologique de la Charité de Berlin, le nombre des cas serait demeuré stationnaire de 1810 à 1875; de 1875 à 1891, il a notablement baissé, d'après Virchow; enfin, dans les dernières années, M. von Hansemann signale une diminution encore plus marquée.

Parallèlement, le nombre des animaux ladres, parmi les porcs abattus à Berlin depuis 1881, est devenu très faible.

Ces bons résultats sont attribués par l'orateur à la surveillance exercée aux frontières sur le bétail importé.

M. Greeff dit n'avoir vu, depuis dix ans, qu'un seul cas de kyste hydatique; encore s'agissait-il d'une Russe.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 13 juin 1904.

Sur « l'infusion » intrapulmonaire d'une solution de tuberculine chez les tuberculeux.

M. P. Jacob. — Dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, les méthodes ordinaires d'introduction des agents médicamenteux (ingestion, injections sous-cutanées) ont le grave défaut de ne permettre l'arrivée, au niveau des lésions, que d'une très petite partie du médicament administré; les inhalations elles-mêmes n'échappent pas à ce reproche; quant aux injections intrapulmonaires à travers un espace intercostal, elles exposent à la blessure d'un vaisseau pulmonaire.

Pour atteindre le but, à savoir la mise en contact immédiat de l'agent thérapeutique et du foyer tuberculeux, nous avons fait, avec M. Bongert, des recherches expérimentales sur l'introduction de solutions diverses, à doses relativement élevées, au moyen d'une sonde molle poussée jusque dans l'une des bronches après trachéotomie.

Nous avons d'abord expérimenté sur des animaux sains (lapins), afin de nous assurer de l'innocuité de la méthode et de son efficacité au point de vue de la diffusion, au sein du tissu pulmonaire, de la substance « infusée ». Complètement éclairés à cet égard, nous nous sommes adressés à des animaux tuberculeux de grande taille (vaches) — de façon que les résultats fussent applicables à l'homme —, en essayant divers médicaments susceptibles d'amender les lésions tuberculeuses; c'est ainsi qu'à un de nos animaux nous avons fait 22 infusions pulmonaires de 500 c.c. chacune d'une solution de créosote à 0.1 %; à un second, 20 infusions à même dose d'une solution de 0.01 à 0.04 % de l'ancienne tuberculine de Koch; à d'autres, des infusions de solution de bleu de méthylène, etc. Ces infusions à doses aussi massives furent toujours très bien supportées; quant aux résultats, ils ne furent favorables qu'en ce qui concerne la créosote et surtout la tuberculine : nous obtînmes avec ces médicaments, au bout d'un traitement ayant duré jusqu'à cinq mois, la formation d'une capsule fibreuse autour des foyers pulmonaires, avec réaction inflammatoire à la périphérie de la capsule.

Fort de ces données, j'ai appliqué la méthode en clinique, non sans m'être préalablement convaincu, avec l'aide de M. Rosenberg, qu'il était possible d'éviter la trachéotomie et d'introduire la sonde jusque dans les bronches par les voies naturelles, en anesthésiant celles ci au moyen de pulvérisations (spray trachéal). La sonde une fois poussée jusqu'au delà de la bifurcation de la trachée, on y injecte 0 gr. 0005 décimilligr. de tuberculine en solution à 0.01 %; lorsque le malade ne réagit plus à cette dose, on élève progressivement la quantité de substance active jusqu'à 0 gr. 005 milligr.; les injections sont répétées tous les trois ou quatre jours. Pendant la petite opération, le patient doit respirer profondément, afin de faciliter la diffusion du liquide dans le poumon; ensuite, on le maintient d'abord horizontalement, de façon à baigner les sommets, puis le tronc vertical, pour que le médicament atteigne les bases pulmonaires.

J'ai traité de la sorte, depuis six mois, 5 tuberculeuses de mon service, toutes arrivées au début ou au milieu de la deuxième période; ces femmes ont reçu chacune de 15 à 40 infusions, et j'ai obtenu chez elles des résultats très encourageants : au bout de quatre à huit semaines, les bacilles disparurent de l'expectoration, tandis que l'état général s'améliorait et que le poids augmentait de 2 à 3 kilos.

Comme contre-indications de la méthode, il faut compter la tendance aux hémoptysies, ainsi que l'abondance excessive de l'expectoration.

J'ajouterai que, dans les cas où il y a doute sur le point de savoir si les lésions ont un siège pulmonaire ou extrapulmonaire, la méthode des infusions offre un réel intérêt diagnostique : alors en effet qu'une dose de 0 gr. 0005 décimilligrammes de tuberculine suffit au début à provoquer une réaction quand il y a des lésions du poumon, il faut une dose de 0 gr. 005 milligr. — soit dix fois plus forte, et par conséquent égale à celle que l'on injecte sous la peau — pour obtenir le même résultat dans le cas de lésion tuberculeuse extra pulmonaire.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Le virus syphilitique passe-t-il à travers les filtres ? par MM. V. KLINGMÜLLER et G. BAERMANN.

Si la syphilis n'est pas la seule maladie infectieuse dont l'agent pathogène reste encore inconnu, il n'en est pas moins vrai que, pour nombre d'autres affections qui peuvent à cet égard lui être comparées, on sait, au moins, de quelle manière le virus se comporte à l'égard de la filtration, tandis que le virus syphilitique ne paraît pas encore avoir été étudié à ce point de vue. Dans le but d'élucider cette question,

MM. Klingmüller et Bärmann ont institué, sur eux-mêmes, une série d'expériences consistant à s'inoculer une certaine quantité de filtrat de triturations de tissus syphilitiques. A cet effet, les auteurs du présent mémoire pratiquaient l'excision de chancres récents ou de plaques muqueuses et, après avoir, pendant une heure, trituré ces tissus dans un mortier, avec addition de quelques gouttes de solution physiologique de chlorure de sodium et de poudre silicatée, de manière à obtenir une masse suffisamment homogène, ils filtraient le tout à travers une bougie de Berkefeld, sous une pression d'au moins 250 millimètres. Les bougies étaient renouvelées à chaque expérience et, de plus, on les contrôlait, avant et après cette filtration, en s'assurant qu'elles arrêtaient complètement les microbes d'une culture (en bouillon) de choléra des poules.

Avec le produit de filtration des tissus syphilitiques, MM. Klingmüller et Bärmann se sont fait chacun quatre inoculations, tantôt en injectant le liquide sous la peau, tantôt en frottant énergiquement avec le filtrat la face interne du bras, préalablement scarifiée, et en maintenant ensuite sur la région ainsi traitée une compresse imbibée du même liquide.

Ces expériences, dont la première remonte au 25 octobre 1903 et dont la dernière a été effectuée le 18 avril de l'année courante, ont toutes donné des résultats négatifs ; jusqu'à présent il a été impossible de déceler la moindre trace d'infection locale ou générale. Aussi les auteurs se croient ils autorisés à en conclure que le virus syphilitique appartient à la catégorie des agents infectieux qui sont arrêtés par les filtres.

On pourrait, il est vrai, se demander si le laps de temps qui s'est écoulé entre le moment de l'excision des lésions spécifiques et l'inoculation du filtrat n'a pas été assez long pour compromettre la virulence de l'agent pathogène. MM. Klingmüller et Bärmann font toutefois remarquer que ce laps de temps a été de trois heures à peine, sans compter que cette objection est réduite à néant par les nombreux faits — dûment constatés — de transmission plus ou moins tardive de la vérole par des objets d'usage domestique ou par des instruments. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mai 1904.) — L. CH.

Un cas de péritonite d'origine insolite, par M. H. Lorenz.

Un enfant de trois ans et demi fut amené à l'hôpital dans un état très grave, avec tous les signes d'une péritonite généralisée. La maladie avait débuté, trois jours auparavant, par de la constipation avec vomissements, météorisme abdominal et douleurs dans le côté droit du bas-ventre. Le médecin consulté porta le diagnostic d'appendicite et essaya vainement de provoquer une selle au moyen de lavements; l'état du petit patient s'étant, sur ces entrefaites, fort aggravé, les parents finirent par accepter une intervention chirurgicale, en vue de laquelle l'enfant fut transporté dans le service de M. Hochenegg. Croyant avoir affaire à une péritonite diffuse probablement consécutive à une appendicite, M. Lorenz décida de pratiquer immédiatement une laparotomie. Au cours de la narcose, il fut à même de percevoir, par la palpation, une résistance très nette du côté de la région iléo-cæcale, ce qui semblait rendre encore plus plausible le diagnostic d'appendicite; aussi fit-il une incision latérale, du côté droit de l'abdomen. Les anses de l'intestin grêle et le cæcum étaient recouverts de fausses membranes fibrineuses, mais on ne fut pas peu surpris de constater que l'appendice n'était nullement le point de départ de l'inflammation de la séreuse. La péritonite était, d'ailleurs, surtout localisée à la fosse iliaque droite, et il n'existait pas d'épanchement dans la cavité abdominale. Force fut donc d'admettre que le processus morbide était d'origine extra-péritonéale; aussi l'auteur décolla-t-il le péritoine de la fosse iliaque, en procédant comme s'il s'agissait d'aller à la recherche de l'uretère. Cette manœuvre lui permit de se rendre compte que le tissu cellulaire sous-péritonéal était complètement infiltré de pus; poursuivant le décollement jusque dans la région rénale en haut et, vers la ligne médiane, jusqu'au voisinage de la veine cave, M. Lorenz retrouva partout la même infiltration purulente. Comme l'état du petit patient ne permettait guère de prolonger ces recherches, on termina l'opération sans être fixé sur la cause première de ce vaste phlegmon rétropéritonéal.

L'enfant ayant succombé une heure après l'intervention, l'autopsie montra que l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal s'étendait depuis le ligament de Poupart jusqu'au diaphragme et intéressait la portion postérieure de la capsule cellulo-adipeuse du rein droit. Les ganglions inguinaux du côté droit étaient tuméfiés; de plus, un ganglion du groupe superficiel renfermait un abcès gros comme un pois et contenant du pus épais. Or, avant de procéder à l'opération, on avait remarqué — sans y attacher d'ailleurs la moindre importance — l'existence d'une petite excoriation au niveau du cinquième orteil du pied droit. En mettant cette constatation en regard des résultats de l'examen nécroscopique, on pouvait rétablir nettement la filiation des accidents : l'excoriation de l'orteil droit avait eu pour effet de déterminer la suppuration du ganglion inguinal, avec phlegmon rétropéritonéal consécutif, lequel finit, à son tour, par provoquer une péritonite.

L'examen bactériologique permit d'isoler, aussi bien dans le pus de l'abcès ganglionnaire que dans celui du phlegmon rétropéritonéal, le staphylocoque pyogène doré en culture pure. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 avril 1904.) — L. CH.

Le régime après les opérations sur l'estomac ou sur l'intestin, par M. F. Ehrlich.

L'auteur estime que la plupart des décès survenant peu de temps après une intervention chirurgicale sur l'estomac ou sur l'intestin sont dus à l'inanition : à son avis, le régime alimentaire que l'on institue habituellement chez les opérés de ce genre pourrait à peine être supporté par un homme bien portant; à plus forte raison est-il insuffisant lorsqu'il s'agit d'un individu affaibli et par le mal, et par l'opération. Partant de ces considérations, M. Ehrlich a, depuis quelques années, pris pour règle de nourrir le mieux possible les opérés de l'estomac et de l'intestin, et cette pratique lui a donné d'excellents résultats. Il commence à alimenter les patients aussitôt que les suites de la narcose se sont dissipées, c'est-à-dire, le plus souvent, le jour même de l'opération : le malade reçoit, ce jour-là, du thé, de la soupe et du vin rouge. Le lendemain, alors même qu'il y a des nausées ou des vomissements, on lui donne, matin et soir, du bouillon auquel on incorpore de la cervelle de veau; au besoin, on pratique préalablement un lavage de l'estomac. Le jour suivant, le menu comprend, en plus, de la viande blanche, bouillie et hachée; au troisième jour, le patient reçoit du bœuf haché avec de la purée de pommes de terre; puis, on peut donner du jambon cru haché, des biscottes trempées, des œufs à la coque, du pain blanc, et à partir du septième jour on passe au régime ordinaire, en ayant seulement soin d'en exclure les aliments difficiles à digérer, tels que pommes de terre en morceaux, fromage dur, pain grossier, fruits crus, etc. Les évacuations sont facilitées par des lavements huileux.

Au cours de l'année dernière, M. Ehrlich a appliqué ces règles chez 3 sujets ayant subi une résection totale de l'estomac pour cancer, et les 3 opérés ont guéri; sur 3 gastro-entérostomies pour cancer inopérable, il a eu 1 décès par péritonite, 1 mort par *circulus vitiosus* et 1 guérison; 4 autres gastro-entérostomies (1 pour un ulcère de l'estomac et 3 pour sténose cicatricielle du pylore) ont, toutes, été couronnées de succès; sur 2 résections intestinales pour hernies étranglées avec gangrène, il y a eu 1 guérison et 1 décès, dû à une angine de Ludwig survenue dix jours après l'intervention. Ainsi donc, sur 12 opérations, l'auteur a eu à enregistrer 3 décès, mais aucun d'eux ne pouvait être attribué à l'inanition.

Encore que cette statistique ne comprenne qu'un nombre de cas assez limité, M. Ehrlich ne s'en croit pas moins autorisé à conclure que les soins post-opératoires qu'il préconise sont susceptibles de réduire au minimum la mortalité des opérés de l'estomac et de l'intestin. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril 1904.) — L. CH.

A propos d'un monstre dicéphale, par M. G. Leopold.

L'observation relatée dans le présent travail est intéressante, non seulement par sa rareté, mais aussi par les difficultés obstétricales auxquelles donna lieu la monstruosité dont il est question.

Il s'agit d'une primipare de trente-quatre ans, dont le détroit supérieur offrait un léger degré de rétrécissement. Au début du travail, on sentait une tête à peu près fixée au détroit supérieur et dont la suture sagittale était transversalement dirigée; dans le fond de l'utérus se trouvait un siège; enfin, à gauche et au-dessous de l'ombilic, on percevait une seconde tête.

Au bout de trente-huit heures de travail, la situation n'avait guère changé, sauf que la suture sagittale de la première tête s'était mise en occipito-iliaque gauche antérieure et que l'on reconnaissait un dos à gauche et en avant. D'autre part, les contractions utérines et les bruits du cœur commençaient à faiblir; le col était dilatable et les eaux, teintées de méconium, s'étaient écoulées depuis vingt-quatre heures déjà. On fit donc une basiotripsie; toutefois, quand on voulut extraire la tête broyée, on s'aperçut que la tête placée à gauche et au-dessus de la première suivait les mouvements de celle-ci : les deux têtes étaient solidaires, et il s'agissait très probablement d'un monstre dicéphale.

Avec une pince coupante, on se mit alors à enlever la boîte crânienne de la tête broyée, ce qui permit d'introduire la main dans l'utérus et de faire la version. Mais, ici, surgit une nouvelle difficulté : l'anneau de Bandl s'était tétanisé et les tractions sur le pied abaissé ne pouvaient faire descendre le tronc. On voulut abaisser le second pied : il fut impossible de l'atteindre avec la main. Dans ces conditions, on recourut à l'éviscération du fœtus, sans pouvoir cependant saisir encore le second pied. Enfin, avec un crochet engagé dans l'aine correspondante, on put l'abaisser et extraire le fœtus jusqu'au niveau des épaules. A ce moment, nouvel arrêt causé par les bras relevés et qu'on ne pouvait dégager, même avec le crochet. Pour y parvenir, il fallut compléter l'éviscération; la tête broyée fut alors facilement extraite. Au cou se rattachait le cou de la seconde tête — la gauche —, qu'il fallut broyer à son tour afin de pouvoir l'extraire. La parturiente se rétablit sans complications.

Quant au monstre, il présentait deux têtes, deux colonnes vertébrales, deux sacrums et seulement une paire de bras et de jambes. Les organes du petit bassin (utérus et ovaires) étaient normaux et uniques. Par contre, il y avait deux trachées, deux œsophages et quatre poumons. L'éviscération ne permit pas de reconnaître s'il y avait deux estomacs. Le cœur, à première vue, paraissait double, c'est-à-dire formé de deux cœurs accolés, mais en réalité il ne se composait en tout que de deux cavités. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — R. DE B.



NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections de glycérine iodoformée, associées aux pansements compressifs, comme traitement des bubons vénériens.

Les injections d'iodoforme pour le traitement des chancres vénériens ont été préconisées il y a quelques années, notamment par M. le docteur Touren, médecin de la marine française (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. XXXVIII), qui se servait de vaseline comme véhicule de l'iodoforme, et par M. le docteur Somogyi (de Budapest), qui avait recours à de la glycérine iodoformée au dixième, telle qu'on l'utilise pour les adénites tuberculeuses. Or, d'après l'expérience d'un autre médecin hongrois, M. le docteur E. Hermann, on obtiendrait des résultats supérieurs à ceux que donne toute autre méthode en associant à l'injection d'iodoforme la compression locale. Voici comment procède notre confrère :

La région de l'aine étant désinfectée suivant les règles, on ponctionne le bubon à son point culminant avec un bistouri étroit, en ayant soin de ne pas pénétrer plus profondément qu'il n'est indispensable pour perforer la coque

fibreuse qui entoure le ganglion. Le pus de l'abcès étant exprimé par cet orifice, on entoure le champ opératoire de compresses imbibées d'une solution de sublimé. On injecte alors dans la poche de l'abcès une émulsion de glycérine iodoformée au dixième, en quantité suffisante pour obtenir une tension des tissus égale à celle qui existait avant l'évacuation de l'abcès. En retirant la canule, on laisse écouler une partie de l'émulsion injectée. On répète l'injection deux ou trois fois de suite, en s'efforçant d'introduire chaque fois une quantité d'émulsion supérieure à celle qui avait été précédemment injectée. Lorsqu'il s'agit d'une pléiade de ganglions suppurés, la pression sous laquelle on pousse le liquide suffit généralement à établir des communications entre les différentes poches purulentes; sinon, il faut effondrer les cloisons de séparation avec un stylet boutonné. Après la dernière injection, on applique un pansement compressif, en tâchant de laisser dans la cavité de l'abcès la plus grande quantité possible d'émulsion iodoformée. Le lendemain de l'opération, on pratique une nouvelle injection au moment du pansement. Comme, dès le troisième jour, il ne s'écoule plus que de la sérosité pure, M. Hermann ne change d'ordinaire le second pansement que le cinquième jour.

Notre confrère a eu recours au traitement en question dans 61 cas de bubon vénérien, consécutif soit à un chancre mou, soit à un chancre syphilitique. La guérison a le plus souvent été obtenue le cinquième ou le sixième jour : dans 8 % des cas, elle était même complète dès le quatrième jour; d'autre part, elle n'a jamais tardé au delà de neuf ou dix jours. Ajoutons que M. Hermann n'aurait eu à enregistrer ni récidives ni complications chez les malades traités de la sorte.

Le salicylate de soude contre l'angine non rhumatismale.

Les relations cliniques qui ont été signalées entre l'angine et le rhumatisme articulaire aigu (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 152) ont engagé un médecin militaire russe, M. le docteur N. N. Lubimov, à expérimenter la médication en quelque sorte spécifique du rhumatisme aigu, le salicylate de soude, dans le traitement des angines. Au cours de deux années, notre confrère a eu l'occasion de traiter de la sorte 64 cas d'angine, en ayant soin de s'abstenir de tout autre moyen thérapeutique, tel que badigeonnages, gargarismes, compresses chaudes, etc., etc., et toujours il a obtenu d'excellents résultats, bien qu'aucun des malades en question n'eût présenté de manifestations rhumatismales.

Le salicylate de soude agirait surtout lorsque le traitement est institué dès le début de la maladie et qu'on le prescrit à dose suffisamment élevée (de 0 gr. 60 centigr. à 1 gramme, répétés trois fois par jour). En pareille occurrence, la température redeviendrait normale dès le second jour de la cure et tous les phénomènes morbides ne tarderaient pas à se dissiper, sans que l'on eût à noter des récidives. Par contre, dans les cas où la médication salicylée n'est commencée qu'après le troisième jour de l'affection, la guérison nécessiterait un traitement assez long (parfois jusqu'à quinze jours).

Tous les malades de M. Lubimov ont très bien supporté le salicylate, et si chez quelques-uns d'entre eux ce médicament finit par provoquer des bourdonnements d'oreilles, ceux-ci se montrèrent seulement alors que le traitement était déjà devenu inutile.

L'emploi de la bande élastique pour changer le pansement des plaies des membres.

C'est une pratique fort simple, en réalité, mais qui, utilisée depuis deux ans par M. le docteur L. Isnardi, privatdocent de pathologie externe à la Faculté de médecine de Turin, et chirurgien en chef de l'hôpital San Giovanni de la même ville, lui a donné, dans 30 cas environ, d'excellents résultats.

Nous savons tous combien le pansement est souvent douloureux, et *sanglant*, dans les grandes plaies des membres, les vastes brûlures, etc.; la gaze adhère aux bourgeons charnus, qui s'éraillent et se déchirent, donnant lieu à un suintement hémorrhagique parfois abondant, et créant autant de surfaces de résorption septique. On peut, sans doute, prévenir en partie cet accident par certains artifices, sans même reprendre l'usage, irrationnel et nuisible, du traditionnel imperméable : tel est l'emploi de l'eau oxygénée, recommandé naguère par M. le professeur Poncet (de Lyon) et très courant en France (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 168).

C'est à l'application de la bande élastique que notre confrère italien a recours : on panse, comme on opère, sous « l'Esmarch ». Le membre est d'abord élevé, pour faire refluer le sang, et la bande roulée à sa racine ou un peu au dessus de la plaie : le pansement terminé, on supprime le lien élastique. On pourrait craindre que la plaie, jusque-là exsangue, ne se reprît alors à saigner; il n'en est rien, et, dans une large brûlure de la main et des doigts, M. Isnardi a répété à plusieurs reprises l'expérience suivante : application de la bande, on « dépanse » trois doigts; suppression de la bande, on « dépanse » les deux autres doigts : ces deux derniers saignaient toujours, alors que les trois autres ne saignaient pas ou saignaient à peine. Et l'on s'explique, du reste, que la suspension de l'afflux sanguin affaisse et détende les bourgeons charnus, et les rende moins vulnérables aux tractions de la compresse adhérente.

Quoi qu'il en soit, le pansement deviendrait, de la sorte, plus simple et inoffensif : il serait, de plus, moins douloureux. On peut, sans dommage, répéter la manœuvre, et, dans un cas de plaie pénétrante du coude avec broiement des parties molles, notre confrère a pratiqué 70 fois le pansement « sous la bande élastique ». En général, après les cinq à dix premières séances, les bourgeons charnus sont devenus assez résistants pour que l'hémostase provisoire cesse d'être utile.

Traitement des complications oculaires de la variole par des instillations d'une solution de bleu de méthylène.

On se rappelle que MM. les docteurs J. Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, et E. Rollet, chirurgien des hôpitaux de la même ville, ont fait connaître il y a trois ans les excellents résultats que leur avaient donnés les instillations d'une solution de bleu de méthylène à 2 ‰ dans 45 cas de conjonctivite ou de kératite varioliques (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 146). De leur côté, MM. les docteurs F. Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, et A. Deléarde, professeur agrégé à la même Faculté, ont obtenu, à l'aide de ce moyen de traitement, des résultats non moins favorables : sur 32 cas de complications oculaires de la variole (23 conjonctivites et 9 kératites), les instillations de bleu de méthylène n'ont échoué que chez 2 malades. Il s'agissait d'ailleurs, dans ces 2 faits, de lésions exceptionnelles : le premier concernait un œil déjà perdu depuis plusieurs années et présentant, en outre, un leucome adhérent; quant au second patient, il ne tarda pas à succomber à des accidents de pyohémie généralisée.

Dans tous les autres cas, nos confrères n'ont eu qu'à se louer de l'emploi du bleu de méthylène, qui leur a paru avoir une efficacité réelle contre l'ophtalmie purulente des varioleux : susceptible de la faire avorter au début, il agirait sur les lésions déclarées avec plus de rapidité que les topiques habituellement utilisés, et constituerait en outre un procédé prophylactique de grande valeur.

Ajoutons que MM. Combemale et Deléarde, après avoir tout d'abord employé, comme MM. Courmont et Rollet, une solution de bleu de méthylène à 1 pour 500, ont ultérieurement porté le titre de cette solution à 1 pour 300, la solution concentrée leur ayant paru mieux agir tout en étant parfaitement supportée.

Injections d'ichtyol contre le lymphosarcome.

Chez un homme de soixante et onze ans, atteint d'un lymphosarcome inopérable du cou, à évolution rapidement progressive malgré l'usage prolongé de l'iodure de potassium et plusieurs injections interstitielles d'une solution alcoolique de bleu de méthylène, un confrère russe, M. le docteur N. N. Vnoukov (de Troïtzk), a eu l'idée, en désespoir de cause, d'essayer l'ichtyol. Il injecta dans le ganglion le plus volumineux 1 gramme d'un mélange composé, par parties égales, d'eau distillée et d'ichtyol, préalablement bouilli. Dans les premières vingt-quatre heures qui suivirent cette intervention, le ganglion devint légèrement tuméfié et douloureux, mais, au bout de deux jours, le patient ayant déclaré éprouver une certaine amélioration, on lui fit une seconde injection. Il quitta ensuite l'hôpital et ne revint qu'après une quinzaine de jours : notre confrère ne fut pas peu surpris de voir que non seulement les ganglions sur lesquels avaient porté les injections, mais aussi les tuméfactions du côté opposé, avaient considérablement diminué de volume. Cela étant, on continua le même traitement, en introduisant dans le tissu cellulaire sous-cutané du dos jusqu'à 2 grammes d'ichtyol à la fois, à six ou sept jours d'intervalle. On fit, en tout, sept injections et on eut la satisfaction de constater que tous les ganglions, auparavant considérablement tuméfiés, étaient devenus à peine perceptibles à la palpation.

En présence de ce résultat, M. Vnoukov estime que les injections d'ichtyol méritent d'être essayées comme moyen de traitement du lymphosarcome, tout au moins dans les cas inopérables.

Le traitement des hémorrhagies de la fièvre jaune par l'adrénaline à doses massives.

Il y a deux ans, M. le docteur Warren Coleman (de New-York) a fait connaître les bons effets qu'il avait obtenus de la médication surrénale à haute dose, dans 5 cas d'hémorrhagie intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Notre confrère n'avait pas hésité à donner jusqu'à 5 gr. 40 centigr. de poudre de substance surrénale en vingt-quatre heures, et il conseillait d'administrer systématiquement 0 gr. 90 centigr. de ce médicament à tout typhoïdique, aussitôt l'apparition de sang dans les garde-robes, la dose étant répétée toutes les heures jusqu'à ce que le sang eût complètement disparu des matières.

S'inspirant de ces résultats thérapeutiques, un confrère brésilien, M. le docteur Claudio de Souza (de São Paulo), a eu l'idée d'employer l'adrénaline à très hautes doses dans 36 cas d'hémorrhagies de la fièvre jaune, et il en aurait obtenu d'excellents effets.

Dans certains faits, M. de Souza a donné, par voie buccale, jusqu'à 0 gr. 015 milligr. d'adrénaline de quart d'heure en quart d'heure, durant la première heure, en même temps qu'il faisait administrer un lavement contenant 0 gr. 30 centigr. d'adrénaline pour 300 grammes d'eau stérilisée, à laquelle on ajoutait du chlorure de sodium et de la gélatine. Quand l'amélioration tardait à se produire, on continuait pendant les deux heures suivantes à faire ingérer de l'adrénaline à la même dose que précédemment, tout en répétant les lavements deux fois par heure; puis on réduisait la dose d'adrénaline absorbée par la bouche à 0 gr. 02 centigr. par heure et l'on administrait les lavements toutes les deux heures seulement.

Malgré les quantités très considérables d'adrénaline qu'il prescrit, notre confrère n'aurait jamais observé de résultat fâcheux.

Emploi de compresses à l'alcool contre l'angine de Ludwig.

Appelé à donner ses soins à une femme de quarante ans, atteinte d'une angine de Ludwig avec troubles graves de l'état général, un médecin russe, M. le docteur A. S. Chtcherbakov (de Konchtchevka), a eu l'idée d'utiliser le pansement permanent à l'alcool, qui a, comme on le sait, donné d'excellents résultats dans les phlegmons et les accidents analogues, ainsi que dans les angines phlegmoneuses (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 434, et 1903, p. 100).

Notre confrère s'est servi de compresses de gaze, imbibées d'alcool à 90° et que l'on renouvelait toutes les heures. Après la sixième ou la septième application, la tuméfaction donna issue à une grande quantité de pus, et la malade se trouva notablement soulagée. On continua, pendant quelques jours encore, le même traitement, en changeant les compresses moins fréquemment, et la patiente ne tarda pas à se remettre. Le pansement à l'alcool a paru, dans ce cas, non seulement exercer une action antiphlogistique et résolutive, mais aussi calmer les douleurs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Paralysies urémiques et lacunes de désintégration cérébrale.

Les nombreuses recherches concernant la pathogénie de l'urémie sont arrivées à imposer cette conclusion, qu'il faut entendre sous ce nom les accidents liés aux intoxications multiples de l'organisme, que produit une dépuration urinaire insuffisante.

Un élément pathogénique, toutefois, reste bien obscur : nous faisons allusion à la cause pour laquelle les accidents urémiques se traduisent dans tel cas par des accidents nerveux, dans tels autres par des phénomènes dyspnéiques, gastro-intestinaux, etc. On a bien invoqué la prédisposition morbide propre à chaque sujet, mais il s'agit là d'une pure hypothèse de pathologie générale; de même, on a pensé que les accidents portaient sur tel ou tel organe selon la prédominance de tel ou tel poison dans l'organisme; toutefois, les examens chimiques ne semblent pas, jusqu'à présent, avoir confirmé cette manière de voir. De telle sorte que M. Brault, après avoir résumé les différentes théories pathogéniques de l'urémie, pouvait conclure ainsi (1) : « La toxémie rénale est indiscutable, mais le mécanisme des multiples expressions symptomatiques qu'elle revêt nous échappe encore. »

I

Nous apportons ici, pour notre part, quelques faits anatomiques et expérimentaux montrant que les sujets porteurs de lésions anciennes — même très minimes — des zones motrices du cerveau, sont, plus que tous autres, exposés aux accidents paralytiques de l'urémie. Cette conclusion découle pour nous de la recherche systématique des lacunes de désintégration cérébrale, au cours de l'autopsie des urémiques. Il faut donc voir tout d'abord quelle sorte de lésions on décrit sous ce nom.

Ce sont les travaux récents de M. Pierre Marie (2), ainsi que la thèse de l'un de nous (3), qui ont montré toute l'importance de ces altérations cérébrales; mais nous devons rappeler ici que M. le professeur Raymond (4) avait signalé antérieurement l'existence des lacunes et constaté surtout leur présence chez les vieillards morts d'urémie avec des phénomènes de paralysie : toutefois, les paralysies ne paraissaient pas, d'après M. Raymond (5), être en relation directe avec les lacunes, et il faut, selon cet auteur, pour expliquer la production de ces accidents, admettre l'intervention d'un autre facteur surajouté.

En tout cas, si le rôle pathologique de la lacune est discuté, son existence anatomique n'est pas mise en doute. Elle siège de préférence dans les noyaux gris du cerveau et dans la capsule interne; on la rencontre exceptionnellement dans le centre ovale. Elle passe du reste par des stades différents, dont il importe de dire quelques mots.

Le premier degré de l'altération est réalisé par une simple raréfaction du tissu nerveux autour d'une artériole déjà malade.

Au deuxième degré, les lacunes constituent des cavités petites, irrégulières, dont les dimensions ne dépassent pas celles d'un pois; elles contiennent un vaisseau central, souvent visible à l'œil nu. Les parois de la lacune, formées par le tissu cérébral en voie de désintégration, présentent les lésions classiques et combinées de la nécrose et de l'encéphalite chronique; les corps granuleux y sont très abondants. Les parois du vaisseau central offrent les lésions banales de l'artériosclérose; la gaine lymphatique est décollée et remplie de leucocytes. Quant à la cavité lacunaire elle-même, elle est occupée plus ou moins complètement par des éléments nerveux en voie de destruction, par des leucocytes chargés de myéline, par des hématies et du pigment sanguin.

Ces lésions ainsi caractérisées sont donc faciles à reconnaître : il suffit pour cela de pratiquer la coupe dite de Flechsig et d'examiner les surfaces de section.

Ayant eu l'occasion de faire une série d'autopsies de malades morts d'urémie, nous avons systématiquement recherché les lésions cérébrales dans tous les cas, que les malades eussent eu, ou non, des paralysies urémiques.

Nos constatations peuvent être très simplement résumées de la façon suivante : nous avons examiné le cerveau de 18 urémiques, dont 12 n'avaient pas présenté d'accidents cérébraux, les 6 autres ayant eu une forme quelconque de paralysie urémique. Le résultat de nos investigations nécropsiques fut qu'il n'existait pas de lacunes de désintégration cérébrale chez les 12 sujets dont l'urémie ne s'était pas accompagnée d'accidents nerveux; sur les 6 autres cas, au contraire, il y avait 5 fois des lacunes intéressant la capsule interne; quant à la dernière observation, elle concerne un malade ayant un tubercule cérébral de la zone rolandique, en même temps qu'une néphrite interstitielle typique.

Il ressort donc de ces faits que la paralysie urémique coïncidait toujours avec des lésions anciennes du cerveau, ces lésions, dans 5 cas sur 6, étant constituées par des lacunes de désintégration.

D'ailleurs, ces observations ne sont pas isolées : dans le mémoire précité de M. Raymond et dans la thèse de l'un de nous sur l'hémiplégie des vieillards, on peut relever plusieurs cas où il est fait mention de lacunes cérébrales, trouvées à l'autopsie de malades ayant eu des accidents de paralysie urémique.

La constatation de ces faits anatomiques n'entraîne pas avec elle une conclusion pathogénique indiscutable, et l'on peut se poser les deux questions suivantes : l'intoxication urémique est-elle capable de créer, à elle seule, la lésion lacunaire, ou bien ces lacunes sont-elles indépendantes de cette intoxication et, du fait de leur existence antérieure, jouent-elles un rôle important dans la localisation cérébrale des accidents urémiques?

Disons, tout de suite, que nous rejetons l'hypothèse qui ferait des lacunes une lésion urémique : que les altérations du cerveau et du rein se développent sous l'influence de la même intoxication entraînant des lésions artérielles plus ou moins généralisées, cela est possible, mais nous ne pouvons pas admettre que les lacunes soient causées par l'action toxique du poison urémique; elles présentent, en effet, tous les caractères d'une lésion ischémique et se montrent d'ailleurs avec le même aspect, que le patient soit mort d'urémie ou de toute autre affection ne déterminant pas une altération chronique des reins.

Nous ne croyons pas, non plus, que l'état lacunaire suffise, à lui seul, à expliquer l'ensemble des accidents paralytiques observés chez nos malades. De fait, nos autopsies nous ont montré qu'il fallait tenir compte de l'œdème cérébral dont nous avons toujours constaté l'existence, et aussi du pouvoir toxique du liquide céphalo-rachidien, qu'il nous a été possible de mettre en relief dans plusieurs de ces cas. Mais l'œdème cérébral était généralisé; de même, le liquide céphalo-rachidien baignait toute la substance cérébrale, et cependant les accidents observés étaient localisés. Il est donc logique de supposer qu'une cause préexistante favorise l'action du poison sur telle ou telle partie du cerveau, et c'est dans ce sens que nous interprétons le rôle des lacunes dans la pathogénie de l'urémie cérébrale.

Que nous apprend, d'ailleurs, l'histoire des « lacunaires », sinon que la région où sont situées leurs lacunes est un lieu de moindre résistance? En effet, c'est le plus souvent dans une cavité lacunaire — comme le démontrent les travaux de M. Pierre Marie et de l'un de nous — que se produit la rupture vasculaire qui amène la grosse hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire.

La région de la lacune est mal irriguée, et de ce fait mal défendue; aussi, alors que toute la substance cérébrale est comprimée par l'œdème et baignée par un liquide céphalo-rachidien toxique, c'est la zone atteinte de lacune qui seule se laissera inhiber : s'il s'agit d'une zone motrice, elle traduira son atteinte par des phénomènes paralytiques.

II

Nous venons d'insister sur le rôle des lacunes dans la pathogénie des accidents paralytiques de l'urémie, parce que, jusqu'à présent, ce rôle n'avait pas attiré l'attention des pathologistes; mais nous ne prétendons nullement que les lacunes cérébrales soient l'altération anatomique obligatoire de toute paralysie urémique. Le rôle prédisposant si important que jouent ces lésions lacunaires peut être rempli par toute altération antérieure des zones motrices, et les travaux de M. Raymond, que nous rappelions plus haut, en sont une preuve. Il faut voir là, selon nous, autre chose que des faits cliniques intéressants; il s'agit en réalité d'une loi de pathologie générale, que l'on peut formuler ainsi : lorsqu'il existe une lésion silencieuse des zones motrices du cerveau, toute intoxication générale de l'organisme est susceptible de réveiller la lésion, ou tout au moins de la rendre cliniquement appréciable.

Nous pouvons citer, à l'appui de cette loi, une série de faits expérimentaux et cliniques qui nous sont personnels.

Un homme âgé de vingt-cinq ans, atteint de syphilis depuis deux années, présente brusquement des accidents paralytiques du bras et de la jambe gauches; sous l'influence du traitement spécifique, les accidents disparaissent complètement et, quelques mois après, l'examen le plus minutieux ne permet plus de constater aucune trace de l'hémiplégie. Trois ans plus tard, cet homme a une scarlatine compliquée de néphrite : le taux de l'urine baisse de jour en jour et reste au-dessous de 200 grammes pendant une semaine. Sous l'influence de l'intoxication liée à cette dépuration urinaire insuffisante, apparut une hémiplégie affectant le même type que la précédente, et qui disparut, d'ailleurs, dès que la néphrite fut en voie d'amélioration.

Une autre observation concerne une femme de cinquante ans qui avait eu, quatre ans auparavant, un ictus passager suivi d'une hémiplégie gauche transitoire. Ses accidents paralytiques avaient complètement rétrocédé, quand, à la suite de chagrins, elle fit une tentative de suicide par ingestion de sublimé. L'anurie survint dès le premier jour de l'intoxication et persista jusqu'à la mort qui n'eut lieu qu'au bout de dix jours; dès le deuxième jour, on put constater une paralysie du côté gauche, en tout semblable à l'hémiplégie antérieure. Quoique l'autopsie n'ait pas pu être pratiquée, il y a lieu de penser que cette malade était une lacunaire,

(1) Brault. Article « Urémie » *in* « Traité de médecine » de Bouchard et Brissaud. 2e éd., t. V. Paris, 1902.

(2) P. Marie. Des différents états lacunaires du cerveau. (*Comptes rendus du treizième Congrès international des sciences médicales*, section de neurologie, p. 143. Paris, 1900.) — Des foyers lacunaires de désintégration et de différents autres états cavitaires du cerveau. (*Rev. de méd.*, avril 1901.)

(3) J. Ferrand. Essai sur l'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale. (*Thèse de Paris*, 1902.)

(4) F. Raymond. Sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez des vieillards; leurs rapports probables avec l'urémie. (*Rev. de méd.*, sept. 1885, p. 705.)

(5) F. Raymond. [Discussion de la communication de M. P. Marie.] (*Comptes rendus du treizième Congrès international des sciences médicales*, section de neurologie, p. 144. Paris, 1900.)

tout comme les sujets dont nous avons rapporté l'observation nécropsique.

Nous pourrions citer encore une série de faits du même genre, montrant la possibilité du réveil d'anciennes paralysies à l'occasion d'une intoxication urémique, mais nous n'avons voulu retenir que ces deux observations qui ont presque la valeur d'expériences et qui peuvent être tout naturellement rapprochées des recherches expérimentales qu'il nous reste à exposer.

M. le professeur Tripier (1) avait déjà montré, en opérant sur le chien, que les paralysies liées à des lésions cérébrales ne guérissent complètement qu'en apparence. C'est ainsi, par exemple, qu'en faisant ingérer de la morphine à des chiens porteurs de lésions cérébrales à peu près latentes, on exagère le résidu parétique, à tel point que la paralysie redevient apparente.

Ce que M. Tripier avait réalisé avec de la morphine, nous avons pu le reproduire avec des poisons urémiques. Nous avons fait d'abord des injections cérébrales d'eau salée à des lapins, de façon à obtenir chez eux des accidents hémiplégiques; nous y sommes parvenus dans 6 cas, et nous avons pu constater qu'au bout de quelques jours la paralysie s'amendait, puis disparaissait.

Deux de ces lapins n'ont pas servi à d'autres expérimentations : leur hémiplégie n'a pas reparu.

Deux des 4 autres ont, un mois après leur première opération, reçu par injection intraveineuse une dose non mortelle d'urine normale : sous l'influence de cette injection, nous avons vu les phénomènes paralytiques reparaître pendant quelques heures.

Aux deux derniers lapins, enfin, nous avons pratiqué une double néphrectomie, sous l'influence de laquelle ces animaux sont redevenus hémiplégiques avant de présenter les accidents comateux qui ont précédé la mort.

III

Les faits cliniques et expérimentaux sont donc d'accord pour permettre d'affirmer que les accidents paralytiques, d'origine urémique, reconnaissent pour cause une lésion ancienne des zones motrices du cerveau.

Cette opinion se retrouve, d'ailleurs, en puissance dans le mémoire initial de M. Raymond et dans la thèse de son élève M. E. Bernard. Elle est également exprimée dans différents travaux de M. le professeur Pierret, qui insiste (2) « sur les rappels de symptômes dus à des lésions anciennes [du cerveau] réputées guéries, mais donnant de nouveau signe de vie dans des circonstances diverses, morphinisme, *urémie complète ou fruste*, surmenage, intoxications variées, ictus apoplectiques », et qui arrive ainsi à la conclusion que l'urémie nerveuse à forme localisée est due à « toute condition anatomique susceptible de favoriser l'accumulation et la stase d'humeurs toxiques dans un point localisé du cerveau ».

C'est cette même théorie que soutenait récemment encore M. H. Dufour à la Société médicale des hôpitaux de Paris (3), lorsqu'il disait : « Je pense que bien souvent dans les encéphalopathies limitées, partielles, dites urémiques, il faut compter avec un état organique antérieur ou présent du cerveau; comment pourrions-nous expliquer autrement une localisation siégeant sur une zone cérébrale étroite, lorsqu'il s'agit de phénomènes aussi généralisés que l'intoxication ou l'hypertension?... Tout en faisant nécessaire le rôle de l'urémie agissant par ses poisons ou par le mécanisme de l'hypertension, je pense que l'on doit considérer comme non moins nécessairement préétabli, par une disposition antérieure, le mode suivant lequel vont se manifester les réactions cérébrales urémiques ou toxiques. »

On voit donc que, non seulement par des vues théoriques, mais aussi en se basant sur des faits cliniques, plusieurs neuropathologistes ont déjà admis la nécessité d'une lésion cérébrale antérieure comme cause localisatrice des accidents partiels de l'urémie nerveuse. Et cependant, si l'on parcourt les observations qui ont été publiées concernant des malades atteints d'urémie cérébrale, et si l'on se reporte à leurs protocoles d'autopsie, on voit qu'il n'est fait qu'exceptionnellement mention de lésions cérébrales d'ancienne date.

Cette contradiction apparente entre les faits et la théorie vient, selon nous, de ce que, dans ces comptes rendus, on ne tenait compte, jusqu'à présent, que des altérations très étendues (hémorrhagies ou ramollissement). Si l'on veut, au contraire, admettre avec nous le rôle des lacunes de désintégration — et les rechercher dans tous les cas d'urémie cérébrale —, on sera frappé de leur fréquence, et l'on comprendra que si, en pareille occurrence, la paralysie urémique est constatée, cela tient à ce que les malades avaient des zones motrices antérieurement lésées, et, pour cette raison, moins résistantes à l'action mécanique et toxique exercée par le liquide de l'œdème cérébral.

Dr J. CASTAIGNE, Chef de laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Beaujon.
Dr J. FERRAND, Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

(1) R. TRIPIER. Phénomènes observés chez le chien, après l'ablation d'une portion du gyrus sigmoïde. (*Congrès périodique international des sciences médicales, 5e session*, p. 654. Genève, 1877.)

(2) PIERRET. Symptômes urémiques localisés. (*Progrès méd.*, 13 juin 1896, p. 369.)

(3) H. DUFOUR. Sclérose rénale et capsules surrénales. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 12 fév. 1904, p. 138, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 52.)

CHIRURGIE PRATIQUE

Angine et appendicite.

On pourrait dire, en un certain sens, que l'angine « mène à tout »; et l'on sait combien de maladies graves, d'ordre médical et aussi chirurgical (il suffirait de citer l'ostéomyélite), débutent par un « mal de gorge ». C'était, au dire des anciens cliniciens, un symptôme de la période d'invasion : en réalité, l'amygdalite traduit, très souvent, l'inoculation première et l'infection originelle, et du foyer amygdalien dérive tout le processus.

Or, l'angine mène aussi à l'appendicite. Il y a longtemps déjà qu'on a signalé cette association, étrange à première vue, d'une amygdalite aiguë, suppurée, de cause en apparence banale, et d'une appendicite, aiguë elle aussi et souvent maligne, qui la suit à quelques jours d'intervalle : la succession est si nette et les rapports si frappants entre l'une et l'autre que le hasard seul n'en saurait fournir l'explication.

Dès 1891, M. le docteur F. Rowland Humphreys (de Londres) signalait brièvement un fait de « pérityphlite compliquant l'amygdalite » : une femme de soixante-trois ans était prise, le 5 novembre, d'une angine grave, intéressant surtout l'amygdale gauche et se compliquant d'adénopathie cervicale; le 19, elle commençait à souffrir de la fosse iliaque droite; le 21, on trouvait à ce niveau une tuméfaction bien limitée et mate, d'origine manifestement péri-cæcale; tout disparut par résolution. En 1893, M. le docteur Th. Kelynack (de Londres) relatait l'histoire d'un étudiant de vingt et un ans, qui, à la suite d'une angine grave, et d'aspect primitivement diphtéroïde, était atteint d'une appendicite gangreneuse perforante, et succombait. D'autres exemples se retrouvent, çà et là, cités, en particulier, par MM. Brazil, Apolant, Adrian, Sonnenburg. A la fin de 1902, M. le docteur H. Weber (médecin de la marine allemande) en publiait et commentait 3 nouveaux cas, émanant de la clinique médicale de Breslau (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 99) : dans le premier, les accidents appendiculaires survinrent sept jours après la disparition de l'angine; chez la seconde malade, une jeune fille de vingt ans, le catarrhe naso-pharyngo-laryngé était encore en pleine activité, lorsque, brusquement, les vomissements, l'ascension thermique, la douleur iliaque et le ballonnement signalèrent le début de l'infection péri-cæcale; enfin, chez la troisième, l'angine et l'appendicite évoluèrent ensemble : l'une et l'autre rétrocédèrent, d'ailleurs, sans opération, mais, quelques jours après la chute thermique et la cessation des accidents locaux, l'amygdalite recommençait, pour se prolonger une dizaine de jours encore.

Nous avons observé, tout récemment, un fait analogue, et dont l'interprétation clinique ne saurait être douteuse. Une jeune fille de dix-neuf ans, soignée dans le service de M. le docteur Jeanselme, médecin de l'hôpital Tenon, pour des accidents spécifiques, est prise brusquement, le 28 mai, d'une angine des plus douloureuses; la température monte à 39°; toute la gorge est très rouge, les deux amygdales tuméfiées et recouvertes d'un enduit gris jaunâtre, dans lequel l'examen ne révèle pas de bacille de Löffler; pendant quatre jours, la fièvre se maintient très élevée (39° à 40°) et l'état local reste le même. Le 1er juin, une légère atténuation se manifeste du côté des amygdales et du pharynx; mais brusquement, dans les premières heures de la matinée, le ventre devient douloureux et se ballonne : la sensibilité est très vive sur toute la paroi, mais elle est beaucoup plus marquée au niveau de la fosse iliaque droite, où les muscles en défense figurent une sorte de plaque indurée, interdisant toute palpation profonde : langue sèche, nausées, pouls petit, à 130, facies tiré, aspect général alarmant. Nous opérons, d'urgence, en présence de M. Jeanselme, et nous trouvons un appendice libre, entouré seulement, à son extrémité, de quelques brides rougeâtres et friables : il est gros, rouge, et les anses voisines sont également injectées. On l'excise : il contient un peu de liquide fécal et sa muqueuse est tuméfiée, tomenteuse et semée d'un piqueté hémorrhagique. La plaie est réunie, avec un drain. Le soir, la température tombait à 37°4; elle y restait les jours suivants, et tous les accidents abdominaux cédaient; on enlevait le drain, par lequel rien ne suintait. Tout à coup, au sixième jour, la fièvre reparaît (39°) : c'est l'angine qui s'est réveillée, et la poussée nouvelle dure quatre jours, sans entraver, du reste, en quoi que ce soit, la guérison toute normale de l'intervention appendiculaire.

Il y a donc là, en clinique, un enchaînement qu'on ne saurait méconnaître : l'angine commence, l'appendicite suit, et leur relation commune n'est guère discutable. D'ailleurs, M. le professeur R. Kretz, prosecteur de l'hôpital François-Joseph de Vienne, relatait, en 1900, 2 faits d'autopsie fort démonstratifs. Le premier avait trait à une femme de trente ans, morte sans opération, et chez laquelle on trouva une appendicite purulente, compliquée d'œdème phlegmoneux de la muqueuse cæcale et de péritonite diffuse fibrino-purulente; « l'infiltration phlegmoneuse épaisse me fait penser à une infection à streptocoques, écrit notre confrère, et, comme les streptocoques pyogènes ne comptent pas parmi les hôtes familiers de l'intestin, je cherche un foyer d'origine ». Or, il découvre une double amygdalite, qui avait passé inaperçue à l'examen clinique; le pus des amygdales, comme celui du péritoine, contenait en abondance des chaînettes de streptocoques. Autre cas : il s'agit d'une appendicite récidivée et opérée, chez un jeune homme; mêmes lésions, œdème phlegmoneux du cæcum et du côlon ascendant, péritonite purulente à streptocoques : on trouve une angine tonsillaire, et dans le pus amygdalien, des streptocoques et quelques bacilles de Pfeiffer; cette fois encore, l'angine avait été cliniquement méconnue.

M. Kretz donne, de ces faits, une pathogénie

qui ne laisse pas que d'être discutable : les microbes originaires du foyer amygdalien seraient charriés jusque dans l'intestin et provoqueraient ainsi l'infection d'un appendice « prédisposé ». Qu'une part revienne à ce mécanisme, il serait malaisé de le nier, mais ne peut-on, plus simplement, et à meilleur titre, invoquer l'infection à distance, par voie sanguine ? N'a-t-on pas vu l'appendicite succéder à d'autres infections lointaines, à la pneumonie, par exemple ? Sans insister sur ce point, nous renverrons au travail de M. le docteur Ch. Bardon qui, l'année dernière, consacrait sa thèse inaugurale au « Rôle étiologique des maladies infectieuses dans l'appendicite ».

Quelle que soit l'interprétation, et pour nous en tenir à l'angine, il convient d'être averti de ces rencontres cliniques, moins rares peut-être qu'on ne le croirait, et de savoir, d'emblée, rechercher la vraie cause d'accidents abdominaux dont le lien avec l'affection première, amygdalienne, n'apparaît pas tout d'abord. Et cela est d'autant plus important que ces appendicites succèdent d'ordinaire à des angines streptococciques, d'allures graves ; qu'elles paraissent vouées elles-mêmes à la suppuration précoce, et que l'intervention immédiate peut devenir, comme chez notre malade, œuvre de prudence.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1904.

Fréquence comparée de la tuberculose pulmonaire chez les filles et les garçons.

M. Vidal (d'Hyères) donne lecture d'un travail duquel il résulte que, depuis l'ouverture de l'hôpital Renée Sabran, à Hyères, il a été reçu dans cet établissement 345 filles atteintes d'affections de l'appareil respiratoire contre 136 garçons ; mais le nombre des lits de filles étant deux fois plus considérable que celui des lits de garçons, ce dernier chiffre doit être doublé, pour que les données soient comparables : on peut donc dire que, pour 345 filles, il a été admis 272 garçons, soit une différence de 73 unités en faveur de la morbidité chez les fillettes.

Parmi les 345 filles en question, 210 étaient atteintes de bronchite, etc., et 135 de tuberculose pulmonaire ; pour les garçons, ces chiffres étaient respectivement de 85 et 51. Les filles représentent donc 55 % du total des cas de bronchite et autres affections du même groupe, et 57 % du total des cas de tuberculose pulmonaire.

Il ressort de ces documents — que l'on peut rapprocher de ceux que M. Grancher a recueillis dans deux écoles parisiennes (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 196) — que l'écart entre les deux sexes, chez les enfants envoyés à l'hôpital Renée Sabran, existe non seulement pour la tuberculose pulmonaire, mais aussi pour toutes les maladies de l'appareil respiratoire.

Ilots de Langerhans et diabète pancréatique.

M. Lancereaux lit, sur ce sujet, une note dans laquelle, après avoir rappelé le tableau clinique du diabète pancréatique, il s'attache à démontrer que cette affection dépend non d'une lésion unique, mais d'altérations multiples et variées de la glande pancréatique. Toutefois, les ilots de Langerhans étant toujours plus ou moins intéressés, quelle que soit par ailleurs l'intensité de ces altérations, on tend aujourd'hui à admettre que ce sont eux qui jouent le principal rôle dans la genèse du diabète pancréatique.

L'orateur relate plusieurs observations qui viennent à l'appui de cette opinion, et termine en disant que le diabète pancréatique ne doit pas être considéré comme une véritable entité clinique, qu'il n'est que le syndrome d'une insuffisance du pancréas, de même que l'asystolie et l'urémie ne sont que des syndromes d'insuffisance cardiaque ou rénale.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 juin 1904.

Formation et élimination de l'urée dans le régime alimentaire humain.

MM. H. Labbé et **Morchoisne**. — Le facteur principal des variations de l'urée formée dans l'organisme étant représenté par l'alimentation, dont l'action dépend à la fois de la *qualité* et de la *quantité* de l'azote ingéré, nous avons cherché à élucider la part respective de ces deux éléments dans la formation éliminatrice de l'urée urinaire, ainsi que l'influence réciproque qu'ils peuvent exercer l'un sur l'autre.

Nous avons constaté tout d'abord que la qualité des *ingesta* albuminoïdes a une grande importance : pendant le régime carné exclusif, la moyenne d'urée formée quotidiennement est de 30.99 pour 100 d'albumine alimentaire, tandis qu'avec un régime végétal exclusif, elle n'est que de 23.16 %. Le métabolisme des matières azotées végétales dans l'organisme humain fournit donc, à l'état normal, une proportion d'urée notablement moindre que celle que donne le métabolisme des albumines animales.

En ce qui concerne l'influence de la quantité d'azote ingéré, nos expériences, faites au moyen du régime végétal exclusif — plus facile à supporter —, nous ont montré que la quantité absolue d'urée formée décroît régulièrement en même temps que la quantité d'azote ingéré. D'autre part, la proportion d'urée par rapport à cette même quantité d'azote ingéré (*rapport uréoplastique*) subit des variations lentes, s'effectuant par plages isoalbuminoïdes : ce rapport est de 72.5 pour des ingestions d'albumine correspondant aux rations types ; il croît très sensiblement (valeur moyenne de 87 5) pour des quantités d'albumine oscillant entre 27 et 58 grammes, lesquelles constituent des *optima* pour l'uréopoïèse ; il s'abaisse enfin jusqu'à une valeur moyenne de 63.1 quand la ration d'albumine est comprise entre 10 et 21 grammes.

Ces variations sont loin d'être aussi nettes pour le rapport azoturique : celui-ci est de 82.5 en moyenne pour les doses usuelles d'albumine ; il reste à peu près le même (81.55) quand celles-ci varient de 27 à 58 grammes, et ne baisse sensiblement (54.71) que si les quantités d'albumine ingérée sont très faibles (de 10 à 21 grammes).

Action du sang rendu hépatotoxique par injections intrapéritonéales de nucléo-protéides du foie.

MM. H. Bierry et **A. Mayer**. — Nous avons pu faire apparaître, dans le sang du lapin, des propriétés hépatotoxiques, au moyen de l'injection intrapéritonéale de nucléo-protéides du foie. Nous avons injecté dans le péritoine de jeunes chiens, à faible dose (10 à 15 c.c.), le sérum extrait de ce sang, ou les globules, ou un mélange de globules et de sérum, et déterminé ainsi des lésions histologiques et des troubles fonctionnels spécifiques du foie. Les lésions, strictement localisées au foie, consistent en dégénérescences — graisseuse, vacuolaire et granuleuse — du cytoplasma des cellules hépatiques. Quant aux troubles fonctionnels, ils se traduisent par le passage, dans l'urine, de pigments biliaires, d'acide lactique, etc., ainsi que par l'apparition — à la suite de l'ingestion d'une dose, même faible, d'un sucre quelconque — d'un phénomène analogue à la glycosurie alimentaire, avec variabilité dans la nature et la quantité du sucre excrété, suivant la nature du sucre ingéré.

Ces divers effets se produisent également quand le sang hépatotoxique a été préalablement chauffé vingt minutes à 55° ; ils sont plus marqués après l'injection de globules qu'après l'injection de sérum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 15 et 22 juin 1904.

Suture de la carotide primitive.

M. Lejars. — M. Launay nous a communiqué une observation de suture artérielle, au sujet de laquelle je dois vous faire un rapport. Il s'agit d'un cas de blessure de la carotide primitive, chez une femme de soixante-cinq ans, au cours de l'ablation d'une tumeur kystique du corps thyroïde. Après avoir assuré l'hémostase au-dessus et au-dessous de la plaie vasculaire, notre confrère établit une suture en surjet au fil de lin, sans se préoccuper de ne pas faire des points perforants. La guérison a été obtenue très simplement et, ayant eu l'occasion d'examiner la malade quelques semaines plus tard, j'ai pu constater que les battements des carotides externe et interne étaient normaux. L'opération date actuellement d'un an et la perméabilité de l'artère suturée a été vérifiée récemment.

On s'est beaucoup préoccupé, dans la technique des sutures artérielles, d'éviter les points perforants ; cette règle ne me paraît pas devoir être acceptée sans réserve, car j'ai pu me convaincre que les sutures non perforantes sont un peu illusoires, et qu'il est bien difficile de faire une bonne hémostase avec des points de suture vraiment superficiels.

M. Guinard. — Je crois qu'on a exagéré la gravité de la ligature de la carotide primitive, au point de vue des dangers de ramollissement. Pour ma part, j'ai pratiqué 12 ou 15 fois la ligature de ce vaisseau, et je n'ai pas constaté un seul cas de ramollissement. A mon avis, cet accident est exclusivement dû à l'infection. Aussi, en ce qui me concerne, je n'aurai jamais recours à la suture de la carotide primitive, que je n'hésiterai pas à lier, au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle, chaque fois que l'occasion s'en présentera.

M. Kirmisson. — Des accidents cérébraux ont été souvent observés au moment même où on serrait la ligature de la carotide primitive ; je ne crois donc pas que ces accidents soient dus uniquement à l'infection.

M. Faure. — Je ne partage pas non plus l'opinion de M. Guinard, relativement à la bénignité de la ligature de la carotide primitive ; à la suite d'une ligature de ce vaisseau, une de mes malades a succombé dans le coma au bout de vingt-quatre heures.

M. Lucas-Championnière. — J'ai fait plusieurs fois la ligature de la carotide primitive sans observer de ramollissement cérébral, mais j'ai vu des accidents cérébraux se produire au moment même où l'on serrait le fil de la ligature, et la mort survenir en quelques heures. On ne saurait évidemment, pour les cas de ce genre, incriminer l'infection.

M. Reynier. — J'ai observé, pour ma part, une hémiplégie dès le lendemain d'une ligature de la carotide primitive ; cet accident précoce ne pouvait guère être attribué à l'infection.

M. Guinard. — Il faudrait, pour ces accidents immédiats, démontrer que le nerf pneumogastrique n'a pas été compris dans la ligature.

M. Tuffier. — Je puis vous citer une observation de suture artérielle : dans un cas de plaie de l'artère fémorale au niveau du triangle de Scarpa, j'ai pratiqué la suture du vaisseau avec trois points de catgut 00, renforcés par quelques points sur la gaine adventice ; le résultat a été très satisfaisant.

M. Ricard. — De mon côté, j'ai pu, huit ou dix mois après une suture de l'artère axillaire, constater la perméabilité absolue du vaisseau suturé.

Traitement des abcès appendiculaires à prolongement pelvien.

M. Chaput. — Dans les cas d'appendicite suppurée avec prolongement pelvien, la voie abdominale présente un certain nombre d'inconvénients ; elle expose notamment à l'éventration, aux fistules stercorales, assure mal le drainage, et donne en général une mortalité assez élevée.

Parmi les voies basses, la voie parasacrée et la voie périnéale fournissent un accès difficile, malgré la plaie large qu'elles créent, et d'autre part l'asepsie est difficile à réaliser. La voie vaginale, que j'ai employée dans 3 cas, expose aux hémorrhagies et les pansements consécutifs sont douloureux. Il ne reste donc que la voie rectale, et ses avantages me paraissent nombreux ; j'y ai eu recours dans 4 opérations, et mes 4 malades ont guéri en huit jours. On doit commencer par dilater l'anus et aseptiser le

rectum, puis on fait une très petite incision au niveau du point culminant de l'abcès; il est inutile de placer un drain, si l'on a soin de maintenir l'orifice ouvert en y introduisant chaque jour l'extrémité du doigt.

Au total, la voie rectale, sans offrir les inconvénients de la voie vaginale, supprime comme celle-ci les dangers d'éventration et assure un drainage parfait.

M. Reynier. — Depuis plus de deux ans, j'emploie la voie rectale pour l'incision des abcès appendiculaires qui me paraissent accessibles par le rectum. Je pense, comme M. Chaput, que cette incision est bien plus avantageuse que la laparotomie. J'ai ouvert ainsi 5 abcès pelviens volumineux, sans aucun incident. L'incision rectale a l'avantage d'évacuer l'abcès avec une plaie minime, tandis que la plaie large créée par la laparotomie augmente singulièrement les risques d'infection; d'autre part, le drainage est parfaitement assuré par la voie rectale.

En ce qui concerne la technique, avant d'ouvrir l'abcès, je commence par faire une ponction avec l'appareil de Potain : si le trocart donne issue à du pus, je pratique au bistouri une incision de 1 centimètre environ de longueur.

Corps étrangers ostéo-cartilagineux de la bourse séreuse de la patte d'oie.

M. Kirmisson. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Toussaint (médecin militaire). Il s'agit d'une tumeur de la bourse séreuse de la patte d'oie, qui s'était progressivement développée, chez un homme de vingt-trois ans, à la suite d'un traumatisme survenu cinq années auparavant; cette tuméfaction avait une consistance osseuse et se montra opaque à la radiographie. L'intervention pratiquée par notre confrère révéla que cette tumeur était constituée par trois corps étrangers parfaitement mobiles, développés dans la bourse séreuse sous-jacente aux tendons de la patte d'oie, et ayant au microscope une structure ostéo-cartilagineuse. Au-dessous de l'hygroma, il existait sur le tibia une crête osseuse assez saillante qui, d'après M. Toussaint, aurait été le point de départ de ces productions. Je me demande s'il n'y a pas eu dans ce cas, au moment du traumatisme, une rupture du pédicule d'une exostose ostéogénique préexistante.

M. Delbet. — J'ai eu l'occasion d'enlever des corps étrangers analogues, non pas dans la bourse séreuse de la patte d'oie, mais dans celle du psoas.

M. Schwartz. — J'ai fait 3 fois l'ablation de corps étrangers de ce genre, développés soit dans la bourse séreuse prérotulienne, soit dans la bourse olécrânienne.

De la prostatectomie.

M. Hartmann. — J'ai pratiqué la prostatectomie chez 35 malades, avec 2 morts seulement; ces cas malheureux concernent des patients se trouvant dans des conditions particulièrement mauvaises, de sorte qu'on ne peut guère considérer l'intervention comme ayant été la cause de l'issue fatale; l'opération est donc absolument bénigne. Les résultats immédiats ont été presque toujours assez satisfaisants; quant aux résultats éloignés, ils n'ont été médiocres que dans un petit nombre de cas; chez la plupart de mes opérés, le bénéfice acquis a été très appréciable.

Le volume de la prostate semble avoir peu d'importance au point de vue des résultats immédiats ou éloignés; il n'en est pas de même de l'état anatomique de la glande, et, à ce point de vue, ce sont les prostates énucléables en un ou deux fragments qui donnent les meilleurs résultats.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin 1904.

A propos des accidents cérébraux qui surviennent au cours de la résorption des œdèmes.

M. Merklen. — Je désire, à propos de la récente communication de M. Hirtz sur un cas de résorption brusque des œdèmes, accompagnée d'accidents cérébraux (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 181), présenter quelques remarques sur la pathogénie de ces accidents.

Au point de vue clinique, tout d'abord, la coïncidence des accidents cérébraux avec la résorption de certains œdèmes ne permet pas de douter que celle ci soit la cause de ceux-là. Ces accidents ne s'observent guère que chez les brightiques ou chez les cardiaques suspects d'insuffisance rénale, ce qui tend à démontrer le rôle prépondérant, dans leur mode de production, d'une imparfaite élimination urinaire. Ce sont enfin des accidents qui, en dépit de leur gravité apparente, peuvent guérir spontanément.

Si l'accord est fait sur le terrain clinique, il ne l'est pas sur le terrain pathogénique. M. Hirtz pense, avec M. Lœper, que les accidents cérébraux de résorption sont dus à la déshydratation trop rapide de l'organisme. Mais il y a lieu de remarquer que, dans son observation, la polyurie et l'hyperchlorurie ont duré plus longtemps que la crise cérébrale; cette particularité ne concorde guère avec l'idée de déshydratation, tandis qu'elle implique une rétention prolongée d'eau et de chlorure de sodium qui, n'étant plus dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne pouvait résider que dans les viscères et dans le sang. L'hypothèse d'une dilution sanguine prolongée, par suite d'un défaut de synchronisme entre la résorption et l'élimination de la sérosité des œdèmes, est donc plus admissible que celle d'une déshydratation, et cette dilution sanguine peut être la cause d'œdèmes viscéraux, cérébral, pulmonaire, etc. D'ailleurs, la théorie de l'œdème cérébral, qui était celle d'Andral, est démontrée par l'anatomie pathologique et l'expérimentation. En tout cas, si l'on regarde les choses d'un peu près, on peut se convaincre que les accidents cérébraux qui surviennent en pleine polyurie libératrice des œdèmes coïncident en réalité avec une polyurie insuffisante, tardive ou prolongée, non en proportion avec la rapidité de la résorption et la quantité de la sérosité œdémateuse résorbée. C'est la conséquence d'un degré plus ou moins marqué d'insuffisance rénale.

M. Dufour. — Comment peut-on alors expliquer les accidents cérébraux de résorption qui, dans les observations de Bartels, ont été provoqués par la sudation, elle-même déterminée par un bain très chaud?

M. Merklen. — La sudation par bain chaud, comme traitement curatif des œdèmes, me paraît agir de deux manières. Nous connaissons, depuis quelques années, l'action favorable des bains chez certains asystoliques, action attribuable, pour une grande part, à l'excitation de la surface cutanée qui retentit sur les centres nerveux cardio-vasculaires pour en activer ou en modifier le fonctionnement, à la manière des médicaments cardio-toniques. D'autre part, si la sudation consécutive atteint un certain degré, il en résulte une déplétion vasculaire dont l'action est comparable à celle de toutes les médications déplétives, des purgatifs, des émissions sanguines, ou même de la diète, c'est-à-dire d'un régime alimentaire très réduit et par ce fait réducteur. Il y a lieu de penser qu'en diminuant le trop plein des capillaires, la diète, comme les purgatifs, les émissions sanguines et les sudations, transforme en courant lymphohématique de résorption le courant hémo-lymphatique qui produit les œdèmes.

Fièvre typhoïde et tétanos.

M. Caussade. — J'ai observé un homme atteint de fièvre typhoïde, chez lequel est survenu, au vingtième jour, un tétanos aigu avec opisthotonos, trismus, etc., qui se termina par la mort au bout de cinq jours. La présence du bacille de Nicolaïer avait été constatée pendant la vie dans les selles du malade, et la virulence de ce germe avait été démontrée par les résultats de l'inoculation au cobaye.

J'ai fait à ce propos une série d'expériences, d'où il résulte que les conditions nécessaires à l'absorption de la toxine tétanique par l'intestin sont d'abord l'existence d'une ulcération de la muqueuse intestinale, et ensuite un certain degré de stagnation ou de rétention des matières fécales. Il faut, en outre, pour que les accidents se développent, que la toxine tétanique soit absorbée au moment même de sa production, car elle se détruit avec une très grande rapidité dans l'intestin.

Il me paraît probable que certains faits classés par les auteurs comme fièvre typhoïde avec méningite cérébro-spinale ressortissent en réalité à l'association de la dothiénentérie et du tétanos. Le bacille de Nicolaïer se rencontre en effet assez souvent dans l'intestin de l'homme sain : M. Pizzini l'y a trouvé dans 5 % des cas.

M. Rouget. — L'association du tétanos et de la fièvre typhoïde est un fait exceptionnel, que j'ai observé une seule fois Il s'agissait d'un homme, convalescent de fièvre typhoïde, qui était atteint d'une ulcération au niveau de la région fessière : les accidents tétaniques ayant débuté par le membre inférieur, on peut supposer que cette ulcération, souillée par les matières fécales du malade, a été la porte d'entrée du germe tétanique.

Le nerf de conjugaison ou nerf radiculaire spinal.

M. Sicard. — En étudiant, avec M. Cestan, la topographie du nerf radiculaire spinal, c'est-à-dire de ce tronc nerveux, long d'un centimètre environ et placé au niveau du trou de conjugaison, qui est formé par l'accolement préganglionnaire des racines antérieure et postérieure à leur issue de la dure-mère, nous avons constaté que la gaine arachnoïdienne de ce nerf se prolonge davantage sur la racine postérieure que sur la racine antérieure. Cette particularité explique qu'au cours de certaines maladies nerveuses ou infectieuses les lésions prédominent au niveau des racines postérieures; d'autre part, elle rend compte de la présence ou de l'absence de la lymphocytose, dans le zona d'origine ganglionnaire, suivant l'intensité et le siège de la lésion, ainsi que de la dilatation des culs-de-sac de la racine postérieure dans les cas de tumeur cérébrale, etc. On comprend également, grâce à cette disposition anatomique, l'absence de lymphocytose, au moins pendant un certain temps, au cours du mal de Pott — la tuberculose n'envahissant que secondairement la séreuse arachnoïdienne —, et, au contraire, la constance de cette même lymphocytose dans la pachyméningite syphilitique : cette affection, en effet, débute toujours par l'espace sous-arachnoïdien.

Le doigt hippocratique.

M. Bezançon. — Il résulte d'un grand nombre de recherches, que j'ai faites avec M. de Jong, que la déformation particulière des phalangettes de la main, connue sous le nom de « doigt hippocratique », s'observe surtout dans les formes lentes et dyspnéisantes de la tuberculose pulmonaire, dans la dilatation des bronches, l'emphysème, la sclérose pulmonaire, en un mot dans toutes les affections qui s'accompagnent de dilatation du cœur droit.

Ces constatations me semblent en contradiction avec la théorie qui considère le doigt hippocratique comme une manifestation toxi-infectieuse; il paraît plus rationnel d'admettre que ce phénomène est dû à un trouble de la circulation pulmonaire, ayant sa répercussion sur la circulation veineuse périphérique.

Syringomyélie consécutive à une fièvre typhoïde.

M. Laignel-Lavastine relate, au nom de M. Belin et au sien, l'observation d'un homme qui fut atteint à l'âge de vingt ans, au cours d'une fièvre typhoïde, d'une parésie des mains avec dissociation syringomyélique de la sensibilité et atrophie des mêmes parties. Pendant dix sept ans, le mal resta localisé aux mains et aux avant-bras, puis il envahit la ceinture scapulaire et le voile du palais. Quelque temps après, on constatait une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne, avec anesthésie douloureuse et thermique des territoires radiculaires dans l'espace compris entre les dernières paires cervicales et les premières dorsales, aussi bien du côté droit que du côté gauche. Le malade ayant succombé à la tuberculose, on trouva dans le renflement cervical de la moelle une large cavité syringomyélique, résultant de la destruction par gliose de la presque totalité de la substance grise.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 juin 1904.

Sur la nature de la stomatite et de l'angine ulcéreuses.

M. Grenet. — On sait que, d'après M. Vincent, il existerait des variétés de stomatite ulcéreuse différentes au point de vue bactériologique, suivant qu'elles relèvent de la symbiose fuso-spirillaire, ou d'une infection polymicrobienne, ou d'une infection par des bactéries pyogènes. Seule, la stomatite fuso-spirillaire a, pour cet auteur, des signes cliniques constants (ulcérations avec exsudat grisâtre, odeur fétide, adénite, fièvre initiale); les autres formes offrent des symptômes variables, pouvant ou non se confondre avec ceux de la stomatite fuso-spirillaire.

Pensant qu'il convient de réserver le nom de stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse au seul type étudié surtout par Bergeron, et caractérisé précisément par les signes que M. Vincent donne comme constants dans la stomatite fuso-spirillaire, nous avons pratiqué l'examen bactériologique dans plusieurs cas de stomatite ulcéreuse ainsi comprise cliniquement, et aussi dans des cas d'angine de Vincent, dont les symptômes se rapprochaient de ceux de la stomatite. Dans 6 cas de stomatite accompagnée ou non d'ulcérations amygdaliennes, et dans 5 cas d'angine sans stomatite, nous avons toujours rencontré les spirilles et les bacilles fusiformes, associés ou non à d'autres microbes. Ces résultats, conformes à ceux qu'ont obtenus différents auteurs, permettent, malgré les quelques doutes qui peuvent encore subsister sur le rôle pathogène du bacille fusiforme, de considérer la stomatite ulcéreuse et l'angine de Vincent comme deux localisations différentes d'une même infection bucco-pharyngée.

Action locale des anesthésiques et de la pilocarpine sur les échanges salins intestinaux.

MM. Carnot et **Anet.** — Ayant constaté que des échanges aqueux et salins se produisent, dans des anses intestinales isolées, au contact de solutions de chlorure de sodium à différents titres de concentration, et que ces doubles échanges interviennent pour réaliser finalement des proportions sensiblement isotoniques aux liquides de l'organisme, nous nous sommes demandés si cette tendance à l'isotonie résulte de phénomènes purement physiques, ou plutôt de phénomènes actifs et défensifs de la part de l'organisme, tendant à rendre les solutions absorbées le moins toxiques possible.

Pour résoudre cette question, nous avons étudié, d'une part, l'action, sur la vitesse d'absorption, des anesthésiques locaux qui suppriment en partie l'activité cellulaire et, d'autre part, l'action de la pilocarpine qui, au contraire, excite cette même activité cellulaire.

Nous avons remarqué dans ces conditions que l'addition aux diverses solutions salines de quelques gouttes de chloroforme, de laudanum, de cocaïne diminue dans des proportions notables l'absorption aqueuse et saline. La pilocarpine, au contraire, ajoutée aux solutions salines, diminue sensiblement l'absorption aqueuse et augmente l'absorption saline.

Il semble donc que l'épithélium intestinal joue un rôle actif et direct dans le processus d'absorption intestinale. L'examen histologique, qui montre un gonflement et une vacuolisation remarquables des cellules épithéliales, ne fait d'ailleurs que confirmer cette hypothèse.

Rétention de l'urée.

MM. Achard et **Paisseau.** — Nous avons étudié les conditions de la rétention de l'urée dans l'organisme, en instituant un régime fixe pour obtenir l'équilibre azoté, et en faisant ingérer 20 grammes d'urée. Nous avons constaté que la rétention de l'urée s'observe dans des maladies très diverses : affections aiguës, affections du cœur et des reins, etc. Elle peut déterminer certains effets physiques analogues à ceux qui résultent de la rétention des chlorures.

Ainsi, l'ingestion d'urée chez un sujet en état de rétention peut faire monter la pression artérielle (de 21 à 30 dans un cas). Elle peut produire une augmentation du poids, et même provoquer l'œdème : c'est ce qui eut lieu chez une brightique soumise au régime déchloruré; après ingestion de 20 grammes d'urée pendant trois jours, l'œdème apparut à la face; le sérum renfermait alors la proportion très élevee de 4 gr. 80 centigr. d'urée ‰.

L'introduction expérimentale d'urée dans les tissus a pour effet de provoquer un afflux de chlorure. Chez l'homme, l'expérience faite dans un cas d'ascite cirrhotique a donné le même résultat. On est donc conduit à penser que l'excès d'urée dans les tissus entraîne une rétention secondaire de chlorures.

Réactions pigmentaires et cellulaires dans les épanchements sanguins des séreuses.

M. G. Froin. — La résorption du sang dans les hémorrhagies des séreuses s'accompagne de trois réactions pigmentaires fondamentales qui sont : la coloration sérochromique ou jaune clair, due à la lutéine ou sérochrome; la coloration rosée, due à l'hémoglobine; et la coloration jaune foncé, due aux pigments biliaires. Leur apparition correspond à l'intensité plus ou moins grande de l'hématolyse. Au cours d'une même hémorrhagie, selon le degré de cette hématolyse, on peut voir ces réactions pigmentaires se succéder.

Il résulte de mes recherches que ces trois réactions pigmentaires correspondent et se superposent assez étroitement à l'afflux de trois sortes d'éléments leucocytaires : lymphocytes pour la sérochromie légère, polynucléaires neutrophiles pour la sérochromie intense et la teinte hémoglobinique, éosinophiles dès que la réaction des pigments biliaires apparaît.

Nous admettons que ces éléments leucocytaires jouent un rôle dans la production des pigments et agissent peut-être par l'intermédiaire de ferments.

Greffes vésicales et formation de cavités kystiques.

M. Carnot. — J'ai suivi l'évolution de greffes vésicales sur la paroi séreuse de l'intestin. Ces greffes évoluent assez rapidement et déterminent la formation de cavités kystiques pouvant atteindre la grosseur d'une noisette, et tapissées, sur toute leur surface, d'épithélium vésical, actif et vivace. Parfois, il se produit de multiples invaginations secondaires, et il y a tendance à la formation de cavités polykystiques.

Cette formation de cavités kystiques est en rapport avec la propriété physiologique de l'épithélium muqueux, de ne pouvoir s'accoler à lui-même, propriété qui sert normalement au maintien des cavités muqueuses naturelles.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 juin 1904.

La sérothérapie de l'infection puerpérale.

M. Bumm. — Si l'introduction des pratiques antiseptiques a eu pour conséquence de faire considérablement diminuer la fréquence de l'infection *post partum* dans les services hospitaliers, il s'en faut de beaucoup qu'on ait pu constater une diminution semblable dans la clientèle de ville; aussi devons-nous continuer à nous préoccuper du traitement de cette infection. Malheureusement, il est difficile de se faire une idée précise de l'efficacité des nombreux moyens préconisés tour à tour contre elle, en raison de la multiplicité des formes cliniques qu'elle revêt, et de leur gravité tout à fait variable : il importe donc essentiellement de diviser les cas par catégories. C'est ce que je vais faire en vous exposant les résultats que m'a fournis la sérothérapie antistreptococcique, notamment avec le sérum de M. Aronson.

Dans 5 cas de péritonite puerpérale septique, les injections à hautes doses ne m'ont donné aucun succès, et les 5 malades ont succombé; il en fut de même de 4 femmes atteintes de péritonite post-opératoire par infection mixte; sur 3 faits de septicémie, 2 se sont terminés par la mort, le troisième par la guérison après une thrombophlébite d'une jambe; 3 femmes avec une endocardite septique sont mortes, ainsi que 4 autres ayant une pyohémie pure (thrombophlébite purulente); je dois même ajouter que, dans 2 de ces 7 derniers faits, j'ai noté une aggravation manifeste à la suite d'une injection intraveineuse de sérum.

Par contre, sur 32 cas d'endométrite streptococcique grave — j'élimine de ma statistique 21 malades pour lesquelles le pronostic me paraissait bénin —, j'ai obtenu 27 guérisons, et les courbes thermiques démontrent incontestablement l'action du sérum; celle-ci fut d'ailleurs rendue manifeste par l'examen des lochies, où l'on vit, à la suite des injections, les chaînettes streptococciques devenir de plus en plus courtes, et finalement se désagréger tout à fait, les streptocoques étant alors englobés par des éléments phagocytaires; c'est donc en augmentant la phagocytose que le sérum paraît agir. Je dois ajouter que, chez 17 de ces femmes, on avait fait l'examen bactériologique du sang, et que 12 fois on y avait trouvé des streptocoques.

Aussi suis-je d'avis qu'il est indiqué de recourir à la sérothérapie antistreptococcique quand on est en présence de cas de ce genre; peut-être même y aurait-il lieu d'employer ce mode de traitement à titre préventif.

M. Olshausen — Je suis très sceptique à l'égard de nos tentatives thérapeutiques contre l'infection puerpérale, vu l'incertitude du pronostic de cette affection qui guérit parfois spontanément malgré des allures très graves (fièvre prolongée avec frissons répétés). Pour ma part, j'ai employé quelquefois le sérum d'Aronson, dans des formes très sévères à la vérité, et je n'en ai jamais obtenu le moindre résultat.

M. Falk. — J'ai vu survenir une amélioration manifeste, dans 2 cas de fièvre puerpérale pris dès le début, à la suite d'injections sérothérapiques, mais je me demande si cet effet favorable doit être rapporté aux propriétés spécifiques du sérum, et si une injection de solution physiologique n'aurait pas produit le même effet.

M. Freund. — Sans être systématiquement opposé à l'emploi du sérum dans les cas de ce genre, je dois dire que je n'en ai personnellement obtenu aucun résultat.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 20 juin 1904.

Utilité de la sudation provoquée dans le traitement de la néphrite.

M. Strauss. — Des recherches que j'ai faites sur 80 échantillons de sueur, en vue d'établir les différences existant entre la sueur des sujets normaux et celle des néphritiques, il résulte que chez ces derniers la sueur présente une concentration moléculaire et un taux d'azote plus élevés que chez les individus dont le rein est sain.

Cela étant, on peut admettre que la sudation provoquée est à même de réaliser une élimination supplémentaire des substances qui sont normalement rejetées par l'urine. En ce qui concerne les œdèmes, ceux-ci paraissent en rapport avec la rétention des chlorures, que l'organisme dilue de façon à ce que la concentration de leur solution n'excède pas 0.6 %; dans ces conditions, la sudation ne pourrait se montrer efficace que si la sueur renfermait plus de 0.6 % de chlorures, ce qui sera rarement le cas, sans compter que le bénéfice résultant de la diaphorèse ne compenserait même pas les inconvénients de la diminution concomitante des urines. Par contre, dans l'urémie, où il s'agit surtout de la rétention des déchets azotés, la sudation pourra rendre des services, car j'ai constaté que dans la sueur, tant chez le néphritique que chez l'individu normal, la proportion de ces substances est deux fois plus considérable que dans le sérum.

M. Munter. — Les résultats différents obtenus au moyen de la sudation artificielle sont dus en grande partie à la diversité des méthodes employées pour provoquer la sudation. Parmi ces méthodes, en effet, les unes déterminent une abondante sudation et une élévation modérée de la température du corps; avec les autres, c'est l'inverse qui se produit. Or, à mon avis, les bons effets de la sudation artificielle dans les néphrites ne sont dus qu'en partie à l'élimination des déchets par la sueur; l'hyper-

thermie qui accompagne la sudation et l'augmentation de la désintégration azotée qui en est la conséquence jouent certainement un rôle important à cet égard.

M. Brieger. — L'augmentation de la température du corps me paraît aussi constituer un élément essentiel au point de vue du mode d'action de la sudation. La sueur n'a d'ailleurs qu'une importance minime en tant que voie d'excrétion des déchets organiques.

M. Litten. — Je crois que dans l'urémie chronique les bains et les enveloppements peuvent rendre de grands services. C'est ainsi que, chez une jeune fille atteinte de mal de Bright, j'ai obtenu de la sorte la disparition du coma et la résorption de l'œdème.

Signe oculaire très rare du tabes.

M. Curschmann communique l'observation d'un homme âgé de trente-neuf ans, ancien syphilitique et atteint depuis deux ans des signes classiques du tabes (ataxie, paresthésies). A l'examen des yeux, on constate, outre une légère inégalité pupillaire, un phénomène particulier du côté du nerf moteur oculaire externe. Lorsque, en effet, on fait regarder le malade en dehors, l'œil, au moment où la cornée atteint l'angle externe, se porte brusquement en dedans, exécutant ainsi un mouvement rapide de convergence. Ce phénomène est plus marqué à droite, mais ne s'y produit qu'en position extrême de l'œil; à gauche, il s'observe aussi — quoique d'une manière inconstante — lorsque le regard est dirigé en avant. En faisant regarder en haut, on provoque également un mouvement brusque de convergence. Le phénomène dont il s'agit se présente avec d'autant plus d'intensité que l'état général est plus mauvais; il est particulièrement marqué au moment des crises.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 25 juin 1904.

Considérations sur la tuberculose expérimentale.

M. Heymans (de Gand) donne lecture d'un mémoire relatif à des expériences qu'il a faites depuis six ans sur ce sujet, et qui ont consisté à inoculer à un grand nombre d'animaux divers (cobayes, lapins, chiens, bovidés) des bacilles tuberculeux humains de provenance variable.

L'orateur a pu s'assurer tout d'abord que, chez le lapin, après injection d'une émulsion tuberculeuse dans la veine marginale de l'oreille, on détermine une tuberculose miliaire du parenchyme pulmonaire; ces lésions peuvent progresser et se généraliser, mais elles peuvent aussi s'arrêter, rétrograder et disparaître. Quand il en est ainsi, on constate qu'au bout d'un certain temps les tubercules ne sont plus répartis uniformément dans le poumon : ils se rencontrent surtout au niveau des parties superficielles de l'organe, comme s'il y avait un processus d'élimination périphérique. Mais il arrive parfois que, tandis que les lésions pulmonaires guérissent ainsi, se développe par ailleurs une tuberculose d'un organe plus ou moins éloigné (articulations, testicules, iris, etc., etc.); c'est là une véritable tuberculose par métastase, d'origine hématogène.

Les mêmes considérations s'appliquent aux animaux infectés par inoculation intra-péritonéale, mais alors c'est naturellement la tuberculose du péritoine qui ouvre la scène.

Ainsi donc, s'il est vrai que d'ordinaire la tuberculose débutant en une région se généralise rapidement et entraîne la mort à bref délai, parfois au contraire la première localisation guérit, tandis que la maladie apparaît dans un organe dont le réseau capillaire est en aval de celui du premier organe infecté; elle est susceptible de guérir encore en ce deuxième organe et d'aller s'implanter dans un troisième. Si les cellules vivantes du tubercule emprisonnent suffisamment les bacilles, la généralisation tuberculeuse ne se produit pas; mais pendant le stade de résorption et d'organisation du centre nécrosé, la néovascularisation de ce centre peut avoir pour effet de faire pénétrer dans les capillaires des bacilles vivants et virulents qui, entraînés par le sang, vont former des tubercules nouveaux en d'autres points.

D'autre part, le bacille tuberculeux sécrète très peu de toxine à action générale, car des lapins et surtout des bœufs porteurs de nombreux tubercules très bacillifères peuvent jouir d'un état général excellent et être très gras. L'action locale des produits de sécrétion du bacille est également minime et lente : la nécrose du centre du tubercule progresse peu, s'arrête souvent et peut rétrograder alors même que les bacilles sont vivants et qu'il n'existe pas d'immunité générale notable, mais plutôt une certaine immunité histologique locale. Enfin, des cellules qui ont phagocyté des bacilles peuvent continuer à vivre, quoique les bacilles se multiplient dans leur protoplasme. En un mot, le bacille tuberculeux est surtout un parasite, intra ou extracellulaire, qui se montre très réfractaire à l'action toxique des humeurs de l'organisme, mais qui ne tue guère ce dernier par empoisonnement.

M. Heymans ajoute que ces considérations, résultant d'expériences faites sur l'animal, ne doivent être généralisées, et surtout appliquées à l'homme, qu'avec une extrême prudence, et sous réserve d'un contrôle direct. Il pense cependant que diverses manifestations de la tuberculose humaine deviennent beaucoup plus compréhensibles à la lumière de ces données nouvelles : ainsi, la prédilection de la tuberculose pour le sommet du poumon résulterait de ce que les tubercules disparaissent par guérison dans les autres parties du parenchyme pulmonaire; de même, la tuberculose pulmonaire, en « s'éliminant » par la superficie du poumon, pourrait inoculer la plèvre et déterminer ainsi une pleurésie tuberculeuse, comme d'autre part les bacilles résorbés dans un tubercule pulmonaire en régression pourraient aller se greffer dans un organe irrigué par la grande circulation et créer une tuberculose périphérique (des os, des séreuses, peut-être même de la peau).

Passant enfin à l'origine de la tuberculose, l'orateur est d'avis que le bacille tuberculeux pénètre dans le corps humain presque toujours par les muqueuses. Dans différentes autopsies, chez le bœuf, il a rencontré des tubercules intestinaux aux divers stades de la résorption, tendant en même temps à s'éliminer, comme tout corps étranger, soit à travers la muqueuse intestinale, soit à travers la séreuse péritonéale; d'autres fois, l'infection tuberculeuse paraissait s'être faite par la muqueuse des voies respiratoires supérieures, surtout par celle de l'isthme du pharynx ; les ganglions rétro-pharyngiens, puis les médiastinaux et les bronchiques, sont fortement atteints; à la tuberculose de ces ganglions succède habituellement la tuberculose pulmonaire, les bacilles étant amenés dans le poumon avec le sang de l'artère pulmonaire. En un mot, l'infection du parenchyme pulmonaire se ferait presque toujours par des bacilles charriés par le sang veineux : les bacilles introduits par inhalation infecteraient assez souvent la muqueuse des premières voies, mais jamais directement le parenchyme pulmonaire.

Néanmoins, ajoute M. Heymans, ce mode d'infection fût il dûment établi chez le bœuf, il ne faudrait pas l'admettre sans réserve pour l'homme; actuellement, il est bien démontré que le bacille tuberculeux humain, inoculé sous la peau du bœuf, est capable de donner la tuberculose à cet animal, et nous pouvons admettre provisoirement que le bacille bovin inoculé à l'homme agirait de même. Mais, au total, la grande question de fait qui reste à résoudre, en matière d'étiologie de la tuberculose humaine, est celle de savoir si l'homme s'infecte en se nourrissant ou en respirant.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La leucocytose dans l'appendicite, par M. A. Federmann.

En pratique, que pouvons-nous attendre de la numération leucocytaire, dans les diverses formes d'appendicite ? Trouverons-nous, dans les types variés de la leucocytose, des éléments précis, constants, utilisables de diagnostic et de pronostic, et des indications opératoires ? La question s'est posée maintes fois, dans ces derniers temps, et MM. Cazin et Gros l'ont traitée longuement dans ce journal même, l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 141-145). Basé sur l'analyse de 300 faits d'appendicite, observés en deux ans dans le service de M. le professeur Sonnenburg, l'important mémoire de M. A. Federmann n'apporte pas, sans doute, une solution définitive, mais de nombreux documents et des conclusions intéressantes, un peu inattendues pour quelques-unes, et que, seules, nous pouvons résumer ici.

On sait que, chez l'adulte sain, en dehors des périodes digestives, le nombre des leucocytes (sans distinction de variétés) est de 6,000 à 10,000 par millimètre cube de sang; qu'il s'élève chez l'enfant jusqu'à 15,000, et que, chez l'enfant encore, les réactions leucocytaires, point à retenir, sont beaucoup plus accentuées. Pour s'en tenir à l'adulte, jusqu'au chiffre de 18,000, on dira que la leucocytose est médiocre; jusqu'à 30,000, qu'elle est forte; au-dessus de 30,000, qu'elle est très forte. Ce ne sont là, d'ailleurs, que les termes, un peu schématiques, d'une classification nécessaire : il importe, avant tout, que les numérations soient faites en série, et que la courbe leucocytaire soit dressée régulièrement.

Ceci posé, M. Federmann étudie, au point de vue qui nous occupe, les diverses variétés d'appendicite : péritonite généralisée d'emblée, d'origine appendiculaire; appendicite au début, susceptible de s'enkyster; abcès appendiculaire; appendicite suppurée à foyers multiples et successifs (*progredient fibrinös-eiterige Peritonitis*).

Dans la péritonite généralisée d'emblée, la courbe leucocytaire peut être tracée de la façon suivante : rapide élévation dans les premières vingt-quatre heures, jusqu'à 28,000 et au-dessus — période d'acmé, plus ou moins courte —; abaissement plus ou moins accusé et rapide, qui témoigne toujours de l'intoxication générale de l'organisme. Il y a lieu, en effet, de ne jamais perdre de vue que la leucocytose est fonction, d'une part, de la gravité du processus infectieux, d'autre part, de la réaction vitale. Une haute leucocytose, dans la péritonite, doit toujours être tenue, par conséquent, pour un bon signe pronostique; quand elle manque, quand elle disparaît — et que les accidents péritonitiques graves persistent, — il faut craindre, à bref délai, le pire dénouement : sur les 21 cas rapportés par l'auteur, tous ceux qui s'accompagnaient d'une leucocytose abondante, même opérés au quatrième jour, ont guéri; tous ceux qui se présentaient avec une leucocytose médiocre ou nulle, se sont terminés par la mort. Toujours dans cette première série de faits, lors de péritonite, les résultats de la numération leucocytaire sont-ils aptes à fournir un appoint utile au diagnostic, à permettre de reconnaître l'origine appendiculaire de cette péritonite, et d'en prévoir la forme et l'évolution, dès le début ? La réponse est affirmative, avec quelques réserves, sur le premier point : l'iléus vrai, mécanique, ne provoque aucune leucocytose, mais celle-ci paraît, à l'heure où il se complique de péritonite; les affections aiguës du petit bassin, chez la femme, donnent assez souvent naissance à une leucocytose d'emblée excessive (jusqu'à 40,000), et qui, contrastant avec les autres accidents, peut aider au diagnostic d'origine. Quant à la péritonite généralisée appendiculaire, dans les quarante-huit premières heures, alors que nous aurions, en pratique, un tel besoin d'être renseignés, la numération leucocytaire n'a qu'une signification très médiocre; au troisième, au quatrième jour, il n'en est pas tout à fait de même : relève-t-on un abaissement du taux leucocytaire, et, *en même temps*, une diminution de la température et une atténuation des accidents, on en peut inférer que le processus tend à se limiter; l'abaissement leucocytaire coexiste-t-il, au contraire, avec l'aggravation des accidents généraux, l'intoxication est certaine et le pronostic des plus compromis; enfin, si la leucocytose continue à s'élever, pendant que l'état général reste inquiétant, il y a lieu de penser à une diffusion progressive du foyer septique, à la *progrediente Peritonitis*, et à une résistance de l'organisme, qui n'interdit pas tout espoir.

Ces quelques exemples montrent déjà que la

réaction leucocytaire ne doit jamais passer pour un élément unique d'appréciation, et qu'elle n'a de valeur réelle qu'à la condition d'être rapprochée des autres signes cliniques. Et c'est là un fait — de très haute importance — sur lequel M. Federmann insiste à plusieurs reprises. Au début, dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures d'une appendicite, sera-ce d'après les données de l'examen leucocytaire que l'on pourra conclure à l'urgence de l'opération? Non, ce sera, toujours, d'après l'ensemble de l'examen clinique, d'après le pouls, la température, la diffusion de la douleur, le facies, et non point sur la foi de l'un ou l'autre de ces signes pris isolément. La leucocytose n'est qu'un des termes de cet ensemble; une leucocytose très élevée, dans les deux premiers jours, associée à des signes graves, est une raison de plus d'intervenir d'emblée; à elle seule, elle ne suffit pas à créer une indication; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'un taux leucocytaire supérieur à 20,000, le premier jour, et surtout le deuxième et le troisième jour, doit faire prévoir une suppuration ultérieure et annonce une forme sévère.

Lors d'appendicite circonscrite, enkystée, la leucocytose devient aussi un indice — complémentaire, mais souvent précieux — qui décèle l'abcès; et pourtant, ajoute M. Federmann, une leucocytose élevée et durable n'entraîne pas fatalement l'impossibilité du «refroidissement» et de la résorption du foyer; d'autre part, à une date plus tardive, l'absence de leucocytose ne signifie pas non plus qu'il n'y a pas de pus. Toutefois, au cours de cette période du « refroidissement », les variations de la courbe leucocytaire peuvent encore — associées aux autres symptômes — signaler la nécessité d'opérer : lorsque, à la fin de la première semaine ou plus tard, l'on constate une élévation marquée du nombre des globules blancs — et des accidents nouveaux ou aggravés — on peut être certain qu'il y a un gros foyer suppuré, qu'une attente plus longue serait périlleuse, et qu'il faut agir.

C'est dans ces termes, et avec ces restrictions, que l'examen leucocytaire prolongé peut être utilisé en clinique, et cela, surtout, comme moyen de diagnostic ou de pronostic : en ce qui concerne les indications opératoires, sa valeur est médiocre, conclut M. Federmann. On ne saurait douter, malgré cela, qu'il ne représente, dans la clinique de l'appendicite, un moyen adjuvant fort utile. Un moyen adjuvant et complémentaire, *Hilfsmittel*, rien de plus : cette conclusion sera peut-être une désillusion pour quelques-uns, mais non pour ceux qui connaissent, par expérience, l'inanité des formules simplistes. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 2-3 et XIII, 2.) — L.

L'obésité en tant que signe de dégénérescence, par M. E. H. Kisch.

Il y a quelques années, M. Kisch a eu l'occasion de remarquer que, chez les femmes atteintes d'obésité héréditaire, la lèvre supérieure est couverte de poils très développés, tandis que la moustache fait complètement défaut chez les jeunes hommes prédisposés à la lipomatose généralisée et qui présentent, d'ailleurs, d'autres caractères de féminisme. De plus, il a noté que chez nombre de fillettes obèses la menstruation s'établit d'une manière très précoce et que, dans les deux sexes, l'obésité infantile s'accompagne d'une croissance exagérée de tout le corps.

Porté à voir dans ce gigantisme — tout comme dans le masculinisme, le féminisme et la précocité du développement sexuel — des signes somatiques de dégénérescence, l'auteur a, depuis lors, examiné à cet égard, d'une façon systématique, 488 obèses. Dans un premier groupe de 14 enfants (8 garçons et 6 fillettes) dont l'âge variait entre neuf et quinze ans et chez lesquels la prédisposition héréditaire à l'adipose s'était manifestée dès la naissance, les stigmates de dégénérescence étaient absolument constants. Il en fut de même pour 32 sujets (20 femmes et 12 hommes) âgés de seize à cinquante ans et chez lesquels l'obésité avait également commencé à se développer dès l'enfance. Par contre, dans un troisième groupe de 213 cas (106 hommes et 107 femmes), où la lipomatose, tout en étant héréditaire, n'avait cependant débuté qu'à un âge avancé et sous l'influence de causes occasionnelles, M. Kisch n'a pu déceler la présence de signes de dégénérescence que 28 fois. Enfin, sur 229 individus (100 hommes et 129 femmes) chez lesquels il s'agissait d'obésité acquise en dehors de toute prédisposition héréditaire, 3 seulement présentaient des stigmates de dégénérescence nettement accusés.

Se basant sur ces constatations, l'auteur estime que, dans les cas où la lipomatose héréditaire se déclare dès la première enfance, elle doit être considérée comme une manifestation de dégénérescence; mais cette proposition ne saurait en aucune façon s'appliquer à l'obésité acquise, voire même à l'obésité héréditaire à début tardif.

M. Kisch a, en outre, remarqué que la lipomatose héréditaire juvénile crée une prédisposition particulière à l'égard de certains états morbides, notamment à l'égard du diabète sucré, lequel ne manquerait pas de survenir dans tous les cas de cette catégorie, le plus souvent entre trente et quarante ans. Chez les sujets atteints d'obésité héréditaire à manifestations tardives, le diabète ne se montrerait que dans la moitié des cas; quant à la lipomatose acquise, elle s'en compliquerait seulement dans 15 % des cas.

Comme autre manifestation de dégénérescence, l'auteur a souvent noté, chez les femmes obèses dès l'enfance, la stérilité : alors que normalement le rapport entre le nombre des unions stériles et celui des unions fécondes est de 1 à 9, on le voit, en ce qui concerne les femmes atteintes d'obésité héréditaire à début juvénile, s'élever à 1 pour 4. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mai 1904.) — L. CH.

Recherches sur les actions biologiques réciproques du sang maternel et du sang fœtal, et sur les substances immunisantes du lait maternel, par M. F. Schenk.

Les théories récemment émises sur l'origine fœtale de l'éclampsie devaient naturellement attirer l'attention sur la teneur relative des sangs maternel et fœtal en hémolysines, alexines et agglutinines. C'est à l'étude de ce point qu'est consacré le travail de M. Schenk.

Comme on le sait, le sang contient des substances capables d'empêcher dans une certaine mesure l'action dissolvante des bactéries sur les globules rouges : ce sont les antihémolysines. L'auteur a donc tout d'abord recherché la teneur relative du sang maternel et du sang fœtal en ces substances antihémolytiques : dans ses expériences, il s'est servi du staphylocoque et du vibrion de Paris. Il a ainsi constaté que l'antistaphylolysine et l'antivibriolysine se trouvaient en quantités égales chez la mère et chez le fœtus, car, pour une même dose de culture, l'hémolyse se produisait dans les deux cas avec des dilutions semblables de sang. Les antihémolysines passent donc de la mère au fœtus sans subir aucun arrêt au niveau du placenta.

En ce qui concerne le pouvoir qu'a le sérum d'une espèce animale de dissoudre les érythrocytes d'une autre espèce, le sang maternel jouit de propriétés hémolytiques plus énergiques que celui du fœtus. Il en est de même du pouvoir agglutinant qui, chez la mère, est plus développé que chez le fœtus. D'autre part, les globules rouges maternels sont plus vite agglutinés que ceux de l'enfant : ils contiennent donc plus d'agglutinines. Les propriétés bactéricides du sérum fœtal sont également moins prononcées que celles du sérum maternel : c'est ainsi que le premier de ces sérums est presque sans action sur une dose de bacilles typhiques qui est au contraire détruite par le second. A l'inverse de ce qui existe pour les antihémolysines, le sang maternel est donc plus riche que le sang du fœtus en hémolysines, en agglutinines et en alexines.

Dans une seconde série d'expériences, M. Schenk a recherché si l'isoagglutination pouvait s'opérer de la mère au fœtus, ou inversement. Dans 20 épreuves où l'on fit agir le sérum de l'enfant sur les globules rouges de la mère, les résultats furent toujours négatifs. Dans 20 autres expériences de sens contraire, l'agglutination se produisit 4 fois, mais, sur ces 4 cas, 3 fois la mère avait eu assez récemment quelque maladie grave (pneumonie, ostéomyélite, variole). On peut donc dire que, d'une manière générale, le sang de la mère bien portante n'agglutine pas le sang du fœtus. D'autre part, dans 146 essais divers où le sérum d'un fœtus avait été mis en contact avec les globules d'une femme gravide autre que la mère, l'agglutination ne fut obtenue que 2 fois, si l'on élimine les cas où les érythrocytes avaient été empruntés à l'une des 3 femmes précitées. L'agglutination du sang d'une parturiente par celui d'un fœtus étranger est donc extrêmement rare. Enfin, sur 50 femmes ayant fourni du sérum pour 326 épreuves d'agglutination à l'égard des globules fœtaux, le résultat ne fut positif que dans 74 épreuves, soit 22.6 %; et sur ces 74 épreuves, 53 furent faites avec le sérum de 7 femmes ayant subi antérieurement ou subissant encore quelque maladie grave. De ces recherches hématologiques, il résulte donc que, malgré les différences observées, le sang maternel et le sang fœtal se comportent l'un par rapport à l'autre comme le sang d'un seul et même individu.

Dans le lait se rencontrent également des antihémolysines. Au premier abord, il est assez naturel de penser qu'elles proviennent du sang. Toutefois, dans les expériences entreprises par l'auteur sur 6 nourrices, 9 chèvres et une vache laitières, le lait contenait en outre certaines antihémolysines, notamment une antivibriolysine qui n'existait pas dans le sang. Il est donc probable que la présence de cette dernière substance était due à l'activité propre de la glande mammaire et, de fait, on retrouvait cette antivibriolysine dans l'extrait préparé avec la glande débarrassée autant que possible du lait et du sang qu'elle renfermait. Les recherches comparatives exécutées sur le sang de la chèvre et sur celui de son chevreau prouvent également que l'absorption du lait amène dans le sang du jeune chevreau la présence de certaines antihémolysines qui disparaissent après le sevrage. Quant aux propriétés bactéricides du lait, elles sont fort médiocres; sur quatre espèces microbiennes expérimentées, elles n'étaient guère prononcées qu'à l'égard du bacille typhique.

Le lait possède aussi des propriétés agglutinantes, mais l'agglutination — de la mère au fœtus — ne se produisit que 49 fois sur 485 épreuves, soit dans 10 % des cas environ ; or, ces 49 cas positifs concernaient justement des femmes ayant des antécédents pathologiques. Par contre, le lait qui contient du colostrum réalise l'agglutination dans 56 % des cas. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, février, mars et avril 1904.) — R. DE B.

De la pentosurie survenant comme anomalie familiale, par M. M. Bial.

Appelé à donner ses soins à une femme qui lui avait été adressée avec le diagnostic de glycosurie (0.3 % de sucre dans les urines) et chez laquelle on ne constatait aucune lésion organique, M. Bial, en analysant minutieusement le liquide urinaire, fut à même de se rendre compte qu'il s'agissait, en réalité, d'un cas de pentosurie. Or, chez un des frères et chez la sœur de cette malade, considérés aussi comme diabétiques (diabète familial), l'auteur retrouva également de la pentose dans les urines, sans qu'il y eût, d'ailleurs, la moindre trace de glucose.

Ces faits méritent d'être retenus, non seulement parce qu'ils montrent combien il est facile de commettre l'erreur de diagnostic qui consiste à confondre une simple et inoffensive pentosurie avec le diabète, mais encore en raison du caractère familial de cette anomalie chez les trois sujets en question. Connu depuis longtemps pour le diabète, ce caractère familial a été récemment noté aussi dans une anomalie très rare des échanges des substances albuminoïdes, la cystinurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mai 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

De la bronchoscopie, par M. A. Schwyzer.

Il nous paraît intéressant de signaler l'observation relatée dans le présent travail : elle donne un exemple des services qu'on peut attendre de la bronchoscopie.

Un petit fragment d'os avait pénétré dans le larynx d'une femme de quarante-huit ans. Durant les cinq semaines qui suivirent cet accident, la patiente souffrit d'une toux et d'une expectoration continues. Après trois ou quatre

jours de traitement par des inhalations balsamiques, on fit une tentative de bronchoscopie par le larynx, mais il survint une crise de suffocation telle qu'il fallut y renoncer. D'autre part, comme la malade était atteinte de goitre, on pensa qu'il serait utile de la débarrasser de cette tumeur, afin d'éliminer cette cause possible de dyspnée. La strumectomie fut donc exécutée et amena une certaine amélioration. Toutefois, la toux persistant, on se résolut, quinze jours après l'opération, à faire une trachéotomie, longue de 2 centimètres, afin de permettre l'introduction d'un bronchoscope. La trachée une fois ouverte, il se produisit une violente quinte de toux; cependant, en attouchant méthodiquement la muqueuse avec une solution de cocaïne et d'adrénaline, l'examen des voies aériennes put se poursuivre. A cet effet, la malade avait été couchée sur un plan horizontal, les épaules légèrement soulevées par un coussin.

Après avoir exploré à plusieurs reprises la trachée et ses deux branches de bifurcation, on revint à la bronche droite, dont la rougeur un peu plus intense semblait indiquer la direction prise par le corps étranger; l'auscultation était d'ailleurs en faveur de cette localisation. On avait enfoncé le tube explorateur de toute sa longueur (15 centimètres), quand on crut reconnaître dans une des bronches secondaires un corps étranger à extrémité pointue : il siégeait à 3 centimètres environ de l'extrémité de l'instrument. On parvint à glisser un crochet derrière le corps étranger; mais, comme la muqueuse parut venir avec lui, on remplaça le crochet par une pince. Le corps étranger fut ensuite retiré en même temps que le bronchoscope, car son diamètre était supérieur au calibre de l'instrument (c'était celui d'une sonde n° 24); un petit fragment de muqueuse fut ramené avec le corps étranger.

Ces recherches avaient été très laborieuses : elles avaient duré deux heures un quart, ayant été constamment gênées par le mucus, les mouvements respiratoires, les battements — très impressionnants — des gros vaisseaux, si bien qu'on avait dû les faire avec beaucoup de prudence. Par contre, on fut surpris de la facilité relative avec laquelle on pouvait déplacer les bronches et amener un tube droit et rigide à s'engager dans les principales ramifications de la trachée. Ces recherches ne causèrent que peu ou pas de dyspnée et la malade supporta assez bien cette longue et pénible opération.

Il est à noter, à propos de ce fait, combien les sensations subjectives peuvent égarer en pareille occurrence : la patiente localisait ses douleurs à la pointe du cœur, alors que le corps étranger se trouvait dans une situation symétriquement opposée, à 18 centimètres de la plaie trachéale. (*Ann. of Surgery*, février 1904.) — R. DE B.

L'excrétion insuffisante de l'urée dans la goutte et la lithémie, par M. R. K. MACALESTER.

Au cours d'une série de recherches sur les rapports qui existent entre l'acide urique et l'urée chez les sujets atteints de goutte, l'auteur a été à même de se convaincre que la diminution de la quantité d'urée éliminée avec les urines est absolument constante dans les affections goutteuses chroniques, et cela alors même que celles-ci ne s'accompagnent ni de néphrite, ni de cachexie. Ce défaut d'excrétion de l'urée serait tout à fait caractéristique des états morbides dont il s'agit, à telle enseigne qu'il présenterait une certaine valeur diagnostique.

D'après les recherches de M. Macalester, la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures reste, chez les individus atteints de goutte chronique, à peu près normale; par contre, le poids spécifique diminue. Quant au taux de l'urée, il subit un abaissement considérable, qui le met non seulement au-dessous du taux physiologique, mais encore au-dessous du chiffre que l'on note habituellement dans les maladies chroniques avec diminution de l'urée. La *quantité totale* d'urée éliminée dans les vingt-quatre heures est, chez le goutteux, de beaucoup inférieure même à celle que l'on trouve dans le mal de Bright, et si la *proportion* de l'urée est dans cette dernière affection au-dessous de ce qu'elle est dans la goutte, cela tient tout simplement à la polyurie concomitante.

L'auteur serait porté à croire que la perturbation des échanges organiques, dont semble relever cette insuffisance d'excrétion de l'urée, est due à des troubles fonctionnels du côté du foie, et cela d'autant plus qu'il a souvent noté, chez ses patients, des symptômes cliniques qui paraissaient précisément devoir faire mettre en cause cet organe. Ces résultats, du reste, cadrent bien avec la théorie hépatique de la goutte, défendue par Murchison.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, les constatations faites par M. Macalester méritent d'être retenues, puisque l'analyse de l'urine peut, le cas échéant, faciliter le diagnostic différentiel entre la goutte et le rhumatisme chronique, affection dans laquelle la composition chimique du liquide urinaire ne s'écarte pas sensiblement de la normale. (*Med. Record*, 16 avril 1904.) — L. CH.

Sclérose et ossification des veines, par M. C. BECK.

On sait que les lésions des veines reproduisent en quelque sorte celles des artères. C'est ainsi que la *phlébosclérose*, caractérisée par une dégénérescence fibreuse de la tunique interne des vaisseaux veineux, est presque aussi fréquente que l'artériosclérose. D'autre part, on a maintes fois signalé la présence, dans l'épaisseur des veines, d'incrustations calcaires que l'on a décrites sous le nom de *phlébolithes*. Mais ce qui est moins connu, c'est que les parois veineuses peuvent subir une véritable transformation osseuse, comme l'auteur a eu l'occasion de s'en assurer en examinant une veine saphène excisée par M. Weiss, chez une femme âgée de cinquante-six ans, qui, depuis une trentaine d'années, était atteinte de varices, avec ulcère et attaques fréquentes de thrombophlébite suivie de phlébite oblitérante. En présence de ces complications inflammatoires répétées, on se décida à pratiquer la résection des portions variqueuses. La consistance très dure des segments épaissis des vaisseaux extirpés engagea M. Beck à les soumettre à un examen radiographique, et c'est ainsi qu'il fut à même de se rendre compte de la dégénérescence osseuse subie par les veines.

On comprend que, en pareille occurrence, les procédés usuels de traitement des varices (bas élastiques, injections périvasculaires, ignipuncture, etc.) seraient plutôt nuisibles qu'utiles; la seule intervention qui puisse assurer la guérison est la résection veineuse. Quant au diagnostic de l'ossification des veines, il ne saurait être fait au moyen de la palpation, les portions ossifiées ne différant guère d'avec les vaisseaux ayant simplement subi la dégénérescence fibreuse. Aussi convient-il, en pareille occurrence, de ne pas négliger l'examen radioscopique. (*New York Med. Journ.*, 23 avril 1904.) — L. CH.

Cirrhose de l'estomac, par M. J. G. SHELDON.

On a décrit jadis, sous le nom de cirrhose de l'estomac, une affection aboutissant à une rétraction telle de l'organe que les dimensions en deviennent des plus restreintes. Beaucoup d'anatomo pathologistes modernes pensent que cette affection est d'origine ou de nature cancéreuse. Un certain nombre de faits semblent pourtant démontrer qu'il n'en est pas toujours ainsi, et l'observation relatée par M. Sheldon prouve le bénéfice que les sujets porteurs de pareilles lésions peuvent retirer d'une intervention chirurgicale.

Un homme de cinquante-deux ans était malade depuis quatorze ans. L'affection avait débuté par des aigreurs, de l'anorexie, quelques vomissements; après une période d'exacerbation, puis d'amélioration, ces symptômes revinrent plus marqués, et il s'y joignit une douleur continue à renforcements paroxystiques dans la région de l'estomac. Le patient vomissait presque constamment et le plus souvent tout de suite après ses repas; quelquefois il rejetait des aliments ingérés deux ou trois jours auparavant; il existait, en outre, de la constipation chronique. Ces troubles avaient naturellement déterminé un amaigrissement considérable.

L'examen objectif du malade ne révélait rien d'anormal; l'analyse du contenu stomacal, après le repas d'épreuve, montra une réaction acide, sans acide chlorhydrique ni acides organiques libres. A cette occasion, on remarqua que l'estomac ne tolérait qu'une très petite quantité de liquide à la fois et, en le dilatant avec de l'acide carbonique, on ne put arriver à délimiter ses contours, ce qui surprit beaucoup, car on s'attendait à trouver une gastrectasie. L'examen du sang révéla simplement de l'anémie.

On fit une laparotomie, dans la pensée qu'il s'agissait d'une tumeur du pylore, mais on ne constata rien de tel; l'estomac était seulement très petit : il mesurait en longueur 15 centimètres et en largeur 5 centimètres. On établit une gastro-entéro-anastomose avec le bouton de Murphy: ce faisant, on fut frappé de l'épaisseur des parois stomacales, qui avaient près d'un centimètre; la muqueuse était unie et atrophiée; les dimensions de l'orifice pylorique ne purent être appréciées, mais elles étaient vraisemblablement fort restreintes, vu celles de l'estomac.

Les suites opératoires furent excellentes : l'alimentation, reprise avec prudence, put se poursuivre sans encombre; au bout de trois mois, le malade avait regagné 13 kilos 1/2 et, près d'un an après l'opération, son état se maintenait aussi satisfaisant que possible. (*Ann. of Surgery*, mars 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du diabète par des injections intrarectales de sucre.

Partant de cette considération que le diabète est dû à ce que le sucre échappe à la combustion parce qu'il subit une fixation d'une façon ou d'une autre, M. le docteur J. Arnheim, assistant de M. le professeur J. Lazarus, médecin de l'hôpital israélite de Berlin, a eu l'idée de recourir à des injections intrarectales d'une solution de sucre chez un diabétique en imminence de coma. Voici comment procéda notre confrère :

Ayant introduit dans le rectum, à 8 ou 10 centimètres au dessus de l'anus, un tampon imbibé d'huile, en vue d'isoler entièrement la dernière portion du tube digestif, M. Arnheim injecta dans la poche ainsi formée une solution renfermant 35 grammes de dextrose pour 100 grammes d'eau. Le tampon fut retiré six heures plus tard.

A la suite de cette injection, on vit l'acétone diminuer d'abord dans l'urine, puis en disparaître entièrement le deuxième jour. Les hydrates de carbone ayant ensuite été supprimés de l'alimentation du malade, l'acétonurie reparut. On injecta alors dans le rectum 50 grammes de dextrose : cette fois encore l'acétone disparut de l'urine au bout de quarante-huit heures. Il en fut de même lors d'un troisième essai. Aussi notre confrère estime-t-il — quelle que soit d'ailleurs l'explication à donner du phénomène — que si les observations faites par lui se confirment chez d'autres malades, il y a là un procédé de traitement du diabète, qui mérite de fixer l'attention en raison de son efficacité.

Emploi prophylactique de la morphine dans les grands traumatismes du cerveau.

D'après l'expérience de M. le docteur J. A. MacDougall (de Cannes), la morphine — administrée à la dose de 0 gr. 01 centigr. en injections sous-cutanées que l'on répète toutes les six ou huit heures pendant quinze jours, voire même trois semaines — serait susceptible de donner d'excellents résultats dans les grands traumatismes cérébraux. Elle aurait notamment pour effet d'abaisser la température que l'on voit habituellement s'élever à la suite des délabrements étendus du cerveau; elle régulariserait en outre le pouls et préviendrait les complications de la convalescence.

Notre confrère a employé ce mode de traitement dans 3 cas, dont 2 avaient trait à des coups de feu de la région frontale droite, le troisième concernant une lésion de l'hémisphère gauche consécutive à une fracture de la base du crâne par chute d'un lieu élevé. Chez ces 3 malades, l'administration de la morphine, indiquée de par l'état fébrile et les signes d'irritation encéphalique (ralentissement du pouls, dyspnée, etc.), fut suivie, dans l'espace de deux jours, d'une défervescence complète et d'une amélioration notable de l'état général.

TRAVAUX ORIGINAUX

La rétention de l'urée dans l'organisme malade.

Les physiologistes et les médecins ont consacré à l'urée d'innombrables travaux qui ont eu pour principal objet d'étudier l'origine et le lieu de formation de cette substance, son taux d'excrétion au cours des maladies, ses relations avec le régime alimentaire, ses rapports de proportion avec les autres principes de l'urine. Nous laisserons ici ces différents points à peu près complètement de côté, et nous envisagerons surtout ce que devient dans l'organisme l'urée une fois formée, comment elle s'élimine, comment elle est retenue dans certains états morbides, et les conséquences de divers ordres qui peuvent résulter de sa présence en excès.

I

Rappelons seulement en quelques mots l'origine de l'urée. On sait qu'elle se forme en abondance dans l'organisme normal. Elle dérive de la désintégration des albuminoïdes dans les tissus; elle provient encore, pour une part assez importante, de la transformation intrahépatique de corps ammoniacaux résultant de la nutrition cellulaire ou formés dans l'appareil digestif; elle résulte probablement aussi de la transformation intra-hépatique de l'acide urique et des urates élaborés dans les tissus.

La quantité d'urée excrétée par l'urine dépend pour la plus large part de l'alimentation. Plus le régime est riche en albumine, plus l'excrétion d'urée est abondante. A l'état de jeûne, l'urée urinaire décroît pendant quelques jours, puis reste constante, car le maintien de la vie cellulaire provoque d'une façon continue la désassimilation des albumines et la formation d'urée à leurs dépens. Lorsque l'alimentation est suffisante, et en particulier suffisamment azotée, si le régime est fixe, l'excrétion d'urée demeure également fixe : l'excrétion d'azote à l'état d'urée est sensiblement égale à l'ingestion d'azote sous forme d'aliments protéiques (1). L'organisme est alors en *équilibre azoté*, et si l'on augmente les aliments protéiques, l'excrétion d'urée s'accroît parallèlement, de manière à maintenir cet équilibre. La notion de l'équilibre azoté et de sa réalisation par la fixité du régime est de première importance dans toutes les recherches expérimentales qui portent sur l'excrétion de l'urée, tant chez l'animal que chez l'homme : nous aurons souvent à l'invoquer par la suite.

C'est à l'état d'urée que sort de l'organisme la majeure partie de l'azote éliminé. Une petite partie de cet azote s'échappe avec les matières fécales et provient des résidus alimentaires et de la desquamation intestinale. Une autre partie passe dans l'urine sous d'autres états que l'urée : créatinine, acide hippurique, purines (acide urique et bases alloxuriques), etc.; mais presque toujours l'urée reste notablement plus abondante que ces autres corps azotés. Elle représente, en effet, à l'état normal, 84 % de l'azote urinaire (rapport azoturique).

Le rein est sans contredit, pour l'urée, la voie d'élimination de beaucoup la plus importante. Il y a néanmoins d'autres voies accessoires, dont l'intérêt n'apparaît guère qu'à l'état morbide, lorsque le rein devient insuffisant. Ainsi, les glandes de la peau peuvent en excréter : on connaît les sueurs d'urée, abandonnant par la dessiccation un dépôt pulvérulent sur la peau, chez les urémiques et les cholériques. Le tube digestif en élimine également en plusieurs de ses parties. Par la salive, dans un cas d'urémie, où la rétention d'urée était considérable, MM. Debove et Dreyfous (1) ont pu obtenir, après une injection de pilocarpine, une élimination de 5 grammes d'urée dans 400 c.c. de salive; M. Barié (2) en a trouvé 8 gr. 22 centigr. dans 850 c.c. de salive, chez un malade atteint de stomatite urémique (3).

L'estomac concourt aussi à débarrasser l'organisme de cette substance, car les vomissements des urémiques en contiennent habituellement une certaine quantité (4) : M. Lœper a indiqué les chiffres de 1 gr. 40 et 1 gr. 70 centigrammes, et Charcot et Gréhant celui de 2 gr. 50 centigr. ‰. De même, l'urée s'échappe encore par l'intestin où, en présence des ferments, elle se décompose et forme du carbonate d'ammoniaque, décomposition qui peut, du reste, avoir lieu aussi dans la bouche et dans l'estomac, et à laquelle on doit attribuer un rôle dans la genèse des lésions irritatives du tube digestif. Enfin, par la respiration peuvent s'exhaler, sous forme d'expiration ammoniacale, les produits gazeux de cette décomposition.

II

Produit de désassimilation, l'urée offre le type de la substance inassimilable, que l'organisme se hâte de rejeter. Ce qui prouve cette hâte, c'est la facilité avec laquelle le rein, qui en est le principal émonctoire, sépare du sang l'urée qui s'y trouve. En effet, chez l'homme sain, le sang renferme environ 0 gr. 50 centigr. seulement d'urée pour 1,000, et l'urine en contient 20 ‰, soit 40 fois plus. Cet écart, à première vue, paraît disproportionné, mais il s'explique si l'on calcule que, dans l'espace de vingt-quatre heures, 130 litres de sang environ circulent dans les reins, soit 65 grammes d'urée, dont 30 grammes (près de 50 %) s'éliminent.

Tout autre est l'excrétion du chlorure de sodium, corps également inassimilable, mais qui, loin d'être un déchet, est au contraire indispensable au maintien de l'équilibre de composition des humeurs. Tandis, en effet, qu'il circule en vingt-quatre heures, dans les reins, la quantité considérable de 520 grammes de chlorures, il ne s'en échappe par l'urine que 15 grammes environ dans le même temps (3 %). On peut dire, en somme, qu'il pénètre dans les reins 8 fois moins d'urée que de chlorures, mais qu'il en sort 2 fois plus; autrement dit, le travail de soustraction qu'accomplit le rein à l'égard des divers principes du sang est 16 fois plus actif pour l'urée que pour les chlorures.

Le mécanisme de l'excrétion est, d'ailleurs, fort différent pour les chlorures et pour l'urée. Suivant la théorie de M. von Korányi, généralement admise, les chlorures, éminemment diffusibles, traversent les glomérules, et l'urine glomérulaire, qui n'est guère que de l'eau salée, se concentre ensuite dans le reste du système canaliculaire du rein, tandis que s'opère dans les tubes contournés un échange moléculaire donnant lieu, pour une sécrétion de molécules d'urée, à une résorption équivalente de molécules chlorurées. La membrane glomérulaire, mince vernis cellulaire, dont la constitution physique rappelle celle des séreuses, est, comme celles-ci, perméable surtout à l'eau salée; l'épithélium des canalicules du rein fonctionne, par contre, comme une muqueuse absorbante et sécrétante; en particulier, l'épithélium des *tubuli* rappelle, par sa constitution morphologique, celui des organes glandulaires et des muqueuses sécrétantes. Les récents travaux de M. le professeur J. Renaut (1) et de ses élèves MM. Regaud et Policard permettent de penser qu'il se fait à travers cet épithélium, par le moyen de grains de ségrégation décrits par ces auteurs, un travail de sélection qui sépare du sang l'urée pour la rejeter dans la cavité des tubes.

Pour le dire en passant, le mode tout spécial suivant lequel s'éliminent les chlorures, le double trajet de sortie et de rentrée partielle qu'ils accomplissent à travers les membranes perméables du rein, fait qu'il n'est guère possible d'apprécier, par l'épreuve de la chlorurie provoquée, ni la perméabilité générale du rein aux diverses substances, ni même sa perméabilité particulière aux chlorures; car une élimination insuffisante de chlorures par l'urine pourrait être l'effet aussi bien d'une perméabilité imparfaite des glomérules que d'une perméabilité excessive des tubes (2).

Quant à la perméabilité du rein à l'urée, il est moins difficile de l'apprécier. On peut, à cet effet, instituer une épreuve d'élimination provoquée, *épreuve d'azoturie alimentaire*, qui se fait au moyen de l'ingestion d'une dose de 20 grammes d'urée. Mais il est bon, au préalable, d'avoir obtenu chez le sujet l'état d'équilibre azoté par un régime fixe, maintenu depuis quelques jours. Dans ces conditions, et réserve faite de la quantité d'urée qui a pu se décomposer dans le tube digestif et qui ne paraît pas bien importante en général, l'épreuve donne des résultats assez démonstratifs. Elle nous a permis de constater que, chez le sujet sain, l'urée ingérée s'élimine très promptement, tandis que chez le brightique atteint de sclérose rénale, l'élimination est retardée, amoindrie et prolongée.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux qu'avait obtenus M. Kornblum (3) en faisant varier le régime : dans ses expériences, l'augmentation de l'azote alimentaire produisait moins vite l'élévation de l'urée dans l'urine chez le brightique que chez le sujet sain, et inversement la diminution de l'azote des aliments était suivie moins rapidement de l'abaissement de l'urée urinaire. En somme, au lieu de donner l'urée toute faite, comme dans l'épreuve que nous avons utilisée, M. Kornblum la faisait produire à l'organisme en fournissant les matériaux de sa formation.

III

Un autre procédé destiné à la recherche de la perméabilité rénale à l'urée a été proposé par M. Gréhant (4) : il consiste à doser comparativement, avec une précision très grande, l'urée du sang et celle de l'urine. Comme, à l'état normal, l'écart est grand entre ces deux chiffres, et comme, à l'état pathologique, le chiffre de l'urée sanguine peut s'élever notablement et celui de l'urée urinaire s'abaisser beaucoup, cette comparaison est susceptible de donner des résultats bien plus nets que si elle se faisait pour une série d'autres substances. Malheureusement elle exige un dosage très précis et la mise en œuvre d'une technique un peu trop complexe pour les besoins courants de la clinique. En pratique, on peut, d'ailleurs, se con-

(1) D'après les recherches récentes de M. E. Maurel (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 23 avril 1904), pour une ration moyenne d'entretien chez l'homme sain, on retrouve dans l'urine à l'état d'urée tout l'azote alimentaire, sauf environ 0 gr. 10 centigr. (équivalant à 0 gr. 20 centigr. d'urée) par kilogramme du poids du corps.

(1) M. Debove et F. Dreyfous. Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie. (*Mémoires de la Soc. méd. des hôp.*, séances des 28 nov. et 26 déc. 1879, p. 95.)

(2) E. Barié. De la stomatite urémique. (*Arch. gén. de méd.*, oct. et déc. 1889.)

(3) La sialorrhée s'obtient expérimentalement par l'injection d'urée dans les veines : nous l'avons constatée chez les animaux.

(4) La présence d'urée dans les vomissements a été signalée dès 1811 par P. H. Nysten. (Recherches de physiologie et de chimie pathologiques, p. 263. Paris, 1811.)

(1) J. Renaut. Pouvoir sécrétoire et signification glandulaire des épithéliums des tubes contournés du rein et valeur thérapeutique de leurs préproduits solubles dans l'eau. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 déc. 1903.)

(2) En outre, plus que toute autre substance, le chlorure de sodium subit dans les tissus ou les séreuses une rétention qui est susceptible de restreindre son élimination par l'urine, en dehors même de toute influence rénale.

(3) H. Kornblum. Ueber die Ausscheidung des Stickstoffs bei Nierenkrankheiten des Menschen im Verhältnis zur Aufnahme desselben. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1892, CXXVII, 3.)

(4) N. Gréhant. Mesure de l'activité physiologique des reins par le dosage de l'urée dans le sang et dans l'urine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv. 1904.)

tenter des résultats fournis plus simplement par d'autres procédés d'exploration.

Si, en effet, les chlorures, dont les propriétés et le rôle biologique sont essentiellement différents, s'éliminent par le rein suivant un mode tout autre que l'urée, celle-ci, par contre, paraît s'éliminer à peu près suivant le même mode que divers corps dont l'organisme cherche également à se débarrasser d'une façon rapide. Ainsi M. Gréhant et M. Nicloux (1) ont fait remarquer le parallélisme qui existe sous ce rapport entre la glycérine et l'urée. Le bleu de méthylène nous paraît pouvoir faire l'objet d'une comparaison semblable (2).

C'est ce qui résulte de recherches dans lesquelles, chez des sujets soumis à un régime fixe, nous avons donné, plusieurs jours de suite, des doses constantes et simultanées de bleu (0 gr. 05 centigr.) et d'urée (20 grammes). Pour le bleu, la comparaison des quantités introduites et excrétées ne souffrait aucune difficulté. Pour l'urée, en raison de la fixité du régime, on pouvait compter, avec une approximation suffisante, l'excès d'excrétion comme provenant de l'urée ingérée en nature. De plus, par la répétition quotidienne des doses, le bleu devenait pour quelque temps une substance habituelle de l'organisme et pouvait ainsi être mis plus exactement en parallèle avec l'urée.

Or, en examinant les courbes d'élimination de ces deux corps chez des sujets sains et chez des malades atteints de néphrite interstitielle, il est facile de voir que le bleu et l'urée se comportent à peu près de même (*fig. 1*). Chez le sujet sain, la courbe monte rapidement, elle se maintient en plateau tant que dure l'ingestion de bleu et d'urée, puis lorsque celle-ci prend fin, elle tombe brusquement. Chez le brightique, l'ascension est plus lente, le plateau moins net, la descente traînante.

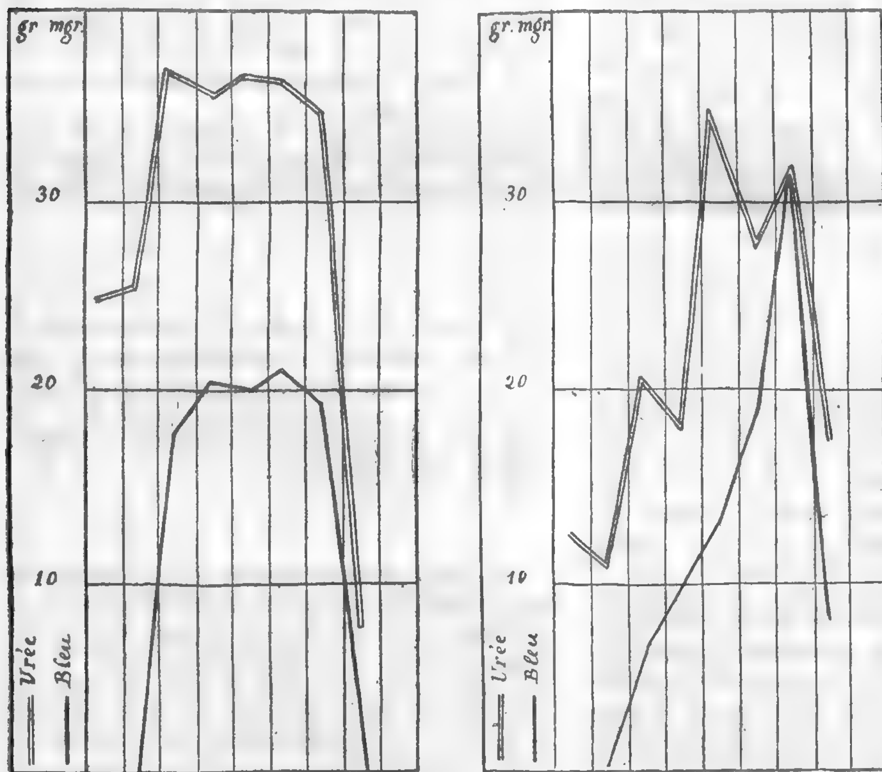


Fig. 1. — Elimination comparée du bleu de méthylène et de l'urée.

Le tracé de gauche se rapporte à un sujet sain, celui de droite à un malade atteint de néphrite interstitielle. Les deux sujets, soumis à un régime fixe, ont absorbé quotidiennement, pendant cinq jours, 0 gr. 05 centigr. de bleu de méthylène et 20 grammes d'urée.

On est donc fondé à admettre que l'épreuve du bleu de méthylène rend assez bien compte de la capacité sécrétoire du rein pour l'urée.

Une autre donnée importante ressort de ces expériences : c'est l'existence d'une accumulation d'urée en cas d'élimination insuffisante. Dans l'organisme du brightique, pour le bleu comme pour l'urée, à la dose nouvellement introduite chaque jour, s'ajoute le reliquat de la veille : c'est donc comme si l'on donnait une dose plus forte, et le rein, recevant plus, excrète davantage, sans améliorer pour cela son fonctionnement. Aussi la courbe d'élimination peut-elle, au bout de quelques jours, s'élever aussi haut, et même plus haut, que chez le sujet sain. Mais on commettrait une grave erreur si l'on croyait à ce moment, en présence du chiffre élevé de l'urée, que l'élimination rénale se fait bien et que le rein est parfaitement perméable à l'urée. Les parties ascendante et descendante de la courbe montrent clairement qu'il n'en est rien. Il importe donc d'être averti des effets de l'accumulation, qui masque l'imperméabilité rénale, et en définitive, pour apprécier l'aptitude du rein à éliminer l'urée, on ne peut se borner à comparer la quantité qui passe dans l'urine à celle que doivent produire les aliments : il faut de toute nécessité faire une épreuve spéciale.

IV

Une autre cause rend encore cette appréciation malaisée : c'est que l'état morbide peut, parfois d'une façon variable d'un jour à l'autre, modifier la désassimilation des tissus, et par conséquent la production de l'urée dans l'organisme.

C'est particulièrement dans les maladies aiguës qu'il est, pour cette raison, difficile d'estimer la rétention d'urée. En effet, l'état fébrile active la désassimilation, et c'est ce qui explique l'ascension de l'urée urinaire au début des pyrexies. L'épreuve de l'ingestion d'urée ne donne pas toujours, non plus, des résultats absolument nets, parce qu'une élimination abondante d'urée consécutivement à cette ingestion pourrait coïncider soit avec une recrudescence de l'urée produite par l'organisme, soit avec une décharge résultant du passage dans le sang de l'urée retenue dans les tissus.

Il paraît, en effet, bien vraisemblable qu'il se produit, principalement aux environs de la défervescence, des décharges d'urée, qui ne peuvent être imputées ni à l'alimentation, ni à de brusques recrudescences de la désassimilation, mais qui témoignent bien plutôt d'une accumulation antérieure, c'est-à-dire d'une rétention, tant elles sont comparables aux décharges critiques par lesquelles prend fin la rétention d'autres substances, comme les chlorures.

Les recherches de Huppert (1) dans la fièvre récurrente et celles de Engel (2) et de Fr. Müller (3) dans la fièvre typhoïde montrent qu'il se produit, pendant la convalescence de ces maladies, une rétention d'azote, c'est-à-dire que l'azote excrété reste inférieur à l'azote introduit par les aliments. M. Svenson (1) a constaté que cette rétention est précédée, au début de la convalescence de la fièvre typhoïde, d'une décharge d'urée, l'excrétion d'azote étant supérieure à l'ingestion ; puis, quelques jours après, se produit la rétention d'azote qui diminue ensuite. Le même auteur a vu que, dans la pneumonie, la défervescence thermique est suivie de près par une débâcle d'urée, parfois considérable (dans un cas, 40 gr. 80 centigr. d'azote le lendemain de la défervescence), qui se poursuit pendant quelques jours et à laquelle succède également une rétention d'azote, plus importante que dans la fièvre typhoïde.

Dans la période d'état des maladies aiguës, il nous paraît fort probable que la rétention de l'urée est chose fréquente, si nous en jugeons par les quelques résultats que nous avons obtenus au moyen de l'épreuve de l'ingestion, chez des sujets maintenus au régime lacté et ingérant chaque jour la même quantité de lait. En effet, dans 2 cas de fièvre typhoïde, l'un en pleine période d'état, l'autre à la fin de cette période, l'épreuve n'a pas fait monter l'excrétion d'azote dans les urines des vingt-quatre heures suivantes. Il en a été de même dans 1 cas de rhumatisme aigu, dans 1 cas de pneumonie mortelle, et dans 1 cas de pleurésie aiguë.

Dans l'asystolie, la rétention de l'urée peut s'observer, comme nous nous en sommes assurés par l'épreuve de l'ingestion. Les urines étant rares, la proportion de l'urée est souvent élevée, mais le total de l'excrétion quotidienne reste faible. Il est des cas, cependant, où, à la suite de l'épreuve, on voit augmenter le volume de l'urine, ainsi que l'excrétion de l'urée et même des chlorures : l'urée agit alors comme un médicament diurétique ; nous y reviendrons plus loin.

Dans les néphrites chroniques, en général, comme nous l'avons déjà signalé, l'ingestion d'urée démontre l'existence de la rétention. Elle permet, lorsqu'on la répète plusieurs jours de suite, d'observer la lenteur de l'ascension et de la descente de la courbe d'élimination, ainsi que le phénomène de l'accumulation. Il est même des cas où aucune ascension de la courbe ne paraît suivre l'ingestion. Par contre, on peut voir aussi l'urée produire un effet diurétique et provoquer une sorte de crise urinaire.

Ce n'est pas seulement l'épreuve de l'azoturie provoquée qui démontre l'insuffisante perméabilité du rein malade à l'urée. Lorsqu'il existe des lésions d'un seul rein et qu'on recueille séparément l'urine de chaque côté, il n'est pas besoin de régime fixe, ni d'épreuve spéciale ; car les deux reins recevant un sang également riche en urée, la différence d'excrétion ne peut dépendre que des différences d'irrigation vasculaire et de perméabilité des membranes. Or, le cathétérisme des uretères et, plus récemment, la séparation intra-vésicale des urines ont mis pleinement en évidence le déficit d'excrétion d'urée du côté malade, que la lésion consiste, d'ailleurs, en pyélonéphrite suppurée, en tuberculose rénale, en atrophie scléreuse. C'est même l'urée qui, de tous les éléments normaux de l'urine, paraît donner la meilleure idée de la valeur fonctionnelle du rein malade. A cet égard on constate entre l'urée et les chlorures une différence frappante : en général, l'excrétion des chlorures est notablement moins diminuée que celle de l'urée, d'où cette conclusion que les reins atteints de diverses lésions chroniques laissent ordinairement mieux passer les chlorures que l'urée. Voici, par exemple, un cas personnel de sclérose atrophique d'un rein, dans lequel la séparation, faite par M. Luys, a donné les résultats suivants :

---

(1) M. Nicloux. Injection de glycérine dans le sang ; élimination par l'urine. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 4 juillet 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 224.)

(2) Ch. Achard et G. Paisseau. L'élimination comparée du bleu de méthylène et de l'urée. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 28 mai 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 174.)

(1) H. Huppert. Ueber den Stickstoffumsatz bei Febris recurrens. (*Arch. der Heilkunde*, 1869, p. 503.)

(2) C. Engel. Ueber die antifebrile und antizymotische Wirkung des Antipyrin; ein Beitrag zur Lehre von der Entfieberung, *in* Mitteilungen aus der med. Klinik zu Würzburg, 1886, p. 116.

(3) Fr. Müller. Stoffwechseluntersuchungen bei Carcinomkranken. (*Verhandlungen des 8. Congresses für innere Medicin*, 1889, p. 396, et *Semaine Médicale*, 1889, p. 139.)

(1) N. Svenson. Stoffwechselversuche an Reconvalescenten. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1901, XLIII, 1-2.)

Rein sain : urine recueillie en quarante-cinq minutes, 106 c.c.; urée, 6 gr. 40 centigr. ‰; chlorure de sodium, 4 gr. 91 centigr. ‰.

Rein malade : urine recueillie en quarante-cinq minutes, 5 c.c.; urée, 1 gr. 28 centigr. ‰; chlorure de sodium, 2 gr. 04 centigr. ‰.

V

Lorsque l'urée s'élimine imparfaitement, et qu'il y a, par conséquent, rétention d'urée dans l'organisme, on peut voir la proportion de cette substance s'élever dans le sang. Du moins cette élévation paraît-elle se produire avec plus de fréquence et à un degré relativement plus considérable que pour les chlorures. On sait, en effet, que lorsqu'il y a rétention de chlorures dans l'organisme, la proportion de ces sels dans le sang n'en reste pas moins fixe et ne subit qu'un accroissement faible et passager. Cela tient sans doute à ce que les phénomènes de régulation s'accomplissent avec une facilité toute particulière pour les chlorures, à cause de leur diffusibilité plus grande. D'ailleurs, pour l'urée elle-même, une série de facteurs tendent à rétablir son taux normal dans le sang : ainsi agissent la dilution régulatrice et l'augmentation de la masse du sang qui en résulte, l'élimination par les voies supplémentaires, la dérivation dans les tissus, enfin, l'amoindrissement de l'uréopoièse. Aussi cette rétention d'urée ne peut-elle être exactement mesurée par l'analyse chimique du sang. Son existence peut seule être affirmée lorsque le taux de l'urée sanguine est considérablement accru, sans que la proposition inverse puisse être tenue pour vraie.

Le dosage de l'urée dans le sang nécessite certaines précautions. Récemment, M. Gréhant en a perfectionné la technique, de manière à obtenir des résultats d'une grande précision. Toutefois, cette rigueur n'est pas toujours indispensable pour les recherches cliniques, lorsqu'il s'agit seulement de tenir compte des écarts importants ou de suivre chez un même sujet les variations du taux de l'urée sanguine. Le procédé de l'hypobromite, plus simple et plus expéditif, est alors suffisant et donne des résultats comparables (1). D'autre part, la presque totalité de l'urée sanguine est contenue dans le sérum (2) : or, il est bien plus facile d'opérer sur le sérum que sur le sang complet. Pour ces motifs, nous avons fait les dosages de l'urée dans le sérum, au moyen de l'appareil d'Yvon. En prenant quelques précautions particulières, on peut se dispenser d'extraire l'urée par l'alcool et introduire directement le sérum dans l'appareil, pour opérer comme sur l'urine, ce qui est beaucoup plus rapide et plus facile (3).

Nous avons procédé de même pour les sérosités. Dans les deux cas, le sérum et les sérosités étaient mesurés en volume, et il était tout à fait inutile de les calculer en poids, la différence étant négligeable. Toutefois, si l'on voulait avoir une idée approchée du taux de l'urée dans le sang complet, il faudrait se rappeler qu'il y a en poids 55 % environ de sérum dans ce sang, de telle sorte que les chiffres trouvés dans nos analyses de sérum doivent être divisés par deux pour donner approximativement l'urée du sang complet.

Enfin, une remarque générale doit être faite à propos des dosages de l'urée par les différents procédés : c'est que le dégagement d'azote qui sert de mesure provient non seulement de l'urée, mais de quelques autres corps, tels que la créatine et la créatinine, qui peuvent exister dans les liquides analysés. Dans la plupart des cas, ces autres corps ne sont qu'en très petite proportion, mais comme, à poids égal, ils dégagent plus d'azote que l'urée, on ne doit peut-être pas les négliger complètement.

L'augmentation de l'urée dans le sang, ou *hyperazotémie*, peut exister dans les maladies aiguës. Picard, qui évaluait à 0 gr. 16 centigrammes ‰ le taux normal, donnait la moyenne de 0 gr. 25 centigr. dans les maladies fébriles. Cette augmentation a été notée aussi par M. Lœper et par nous-mêmes : nous avons obtenu pour le sérum des chiffres supérieurs à 1 gramme dans la fièvre typhoïde, la pleurésie, la pneumonie. Chez un pneumonique en pleine période d'état, nous avons trouvé dans le sérum le taux de 2 gr. 14 centigr., qui s'est abaissé à 1 gr. 15 centigr. lorsque la défervescence fut complète.

Dans l'asystolie, sur 7 cas, nous avons aussi obtenu dans le sérum 6 fois des chiffres dépassant 1 ‰, et même, dans 2 de ces cas, l'urée atteignait le taux de 2 ‰.

Dans les cirrhoses avec ascite, sur 5 cas examinés, 3 fois elle dépassait 1 ‰ et 2 fois 2 ‰; dans l'un de ces 2 derniers cas, il s'agissait d'ictère grave terminal.

Mais c'est surtout dans les néphrites chroniques que l'hyperazotémie paraît être fréquente et susceptible d'atteindre un très haut degré. Sur 10 malades, nous n'avons observé qu'une fois dans nos analyses de sérum un chiffre faible : 0 gr. 33 centigr. Chez les 9 autres, 13 analyses nous ont toujours donné des chiffres dépassant 1, dont 6 fois des chiffres dépassant 2. Chez 2 de ces malades, morts en crise urémique, le taux d'urée s'est élevé respectivement à 3 gr. 14 et 3 gr. 86 centigr., et chez un autre, saigné 2 fois, également pour une urémie mortelle, l'urée atteignit les chiffres fort élevés de 4 gr. 78 centigr. et 5 gr. 14 centigr.

Rappelons à ce sujet que M. Lœper a constaté comme chiffre maximum 2 gr. 40 centigr., qu'une observation de MM. Debove et Dreyfous, concernant un cas d'urémie par cancer utérin, signale dans le sang le chiffre de 4 gr. 40 centigrammes, que Quinquaud, chez un urémique moribond, a trouvé 4 gr. 75 centigr. d'urée ‰, et MM. Jaccoud et Berlioz, dans un cas de néphrite aiguë, jusqu'à 5 grammes d'urée ‰ de sang.

Ces faits cliniques sont tout à fait d'accord avec ce que révèle l'expérimentation. Dès 1823, Prévost et Dumas établirent expérimentalement que l'extirpation des reins déterminait l'accumulation de l'urée dans le sang. M. Gréhant confirma pleinement cette donnée; voici par exemple une de ses expériences, faites sur le chien :

	Urée ‰ dans le sang.
Avant l'extirpation des reins.	0 gr. 88 centigr.
4 heures après	2 gr. 93 —
27 heures après	2 gr. 76 —

Les expériences effectuées par l'un de nous avec M. Lœper ont aussi mis en évidence cette ascension du taux de l'urée sanguine après la ligature des uretères et du pédicule vasculaire des reins. Elles ont montré, de plus, que cette ascension n'est pas indéfinie et qu'au bout de quelque temps, la courbe de l'urée sanguine tend à s'abaisser, ce qui paraît dû à la fois à un phénomène de régulation et à un amoindrissement de la formation de l'urée. Comme exemple, nous citerons l'expérience suivante, faite sur un lapin :

	Urée ‰ dans le sang.
Avant la ligature des reins	0 gr. 50 centigr.
3 heures après	2 grammes.
24 heures après	3 —
48 heures après	1 gr. 90 centigr.
72 heures après	1 gr. 90 —

Il est à remarquer que, si le taux de l'urée sanguine augmente habituellement dans les néphrites et arrive même à être décuplé chez certains urémiques, on ne saurait attribuer à cet excès d'urée les accidents de l'urémie. En effet, le taux de l'urée sanguine peut être assez élevé chez certains malades, sans que l'urémie apparaisse, et d'autre part on peut voir des urémiques dont le sang ne renferme pas une proportion très considérable d'urée. Nous avons observé une malade atteinte de néphrite interstitielle, chez laquelle, après neuf jours d'ingestion quotidienne de 20 grammes d'urée, le taux de cette substance dans le sérum atteignit le chiffre fort élevé de 4 gr. 41 centigr. ‰; or, cette femme n'éprouva que quelques malaises et des vomissements. Inversement, nous avons vu de petits accidents urémiques, sous forme de dyspnée, apparaître chez une brightique dont le sérum ne renfermait que 1 gr. 71 centigr. d'urée ‰.

L'urée, d'ailleurs, ne possède pas une toxicité très élevée. Au taux où elle se trouve dans la plupart des cas d'hyperazotémie, elle peut encore être assez bien tolérée. Les expériences de MM. Lesné et Ch. Richet fils montrent même qu'elle peut, comme d'autres substances fort peu nuisibles, telles que le chlorure de sodium et le sucre, amoindrir l'effet toxique des poisons avec lesquels on l'injecte aux animaux. Dans les recherches que l'un de nous a faites *in vitro*, avec M. Lœper, l'urée en solution isotonique avec le sérum s'est montrée toxique pour les éléments anatomiques, mais son action était fort atténuée lorsqu'elle était mélangée, à parties égales, avec une solution de chlorure de sodium.

L'excès d'urée dans le sang ne saurait donc être considéré comme la cause de l'urémie. Mais il n'en a pas moins une signification importante, car on y peut voir l'indice d'une rétention simultanée d'autres corps plus toxiques.

VI

Ce n'est pas seulement dans le sang que s'élève, en cas d'obstacle éliminatoire, la proportion d'urée, mais aussi dans les tissus. Chez l'animal, après ligature du pédicule des reins, M. Lœper a trouvé dans les muscles le taux de 1 gr. 33 centigr. ‰. Chez des urémiques, MM. Debove et Dreyfous mentionnent 0 gr. 365 milligr. dans le foie et 1 gr. 727 milligr. dans le cerveau; M. Lœper, 1 gr. 65 centigr. dans le cerveau et, dans un cas d'anurie par cancer utérin, 2 gr. 10 centigr. dans le foie, 0 gr. 84 centigr. dans le cerveau et 0 gr. 90 centigrammes dans les muscles. Dans un fait récent, M. Gréhant a trouvé 1 gr. 55 centigr. dans les muscles.

Dans un cas de broncho-pneumonie aiguë, M. Lœper a signalé dans les muscles 1 gr. 10 centigrammes ‰.

Chez les cholériques, C. Voit a vu le taux de l'urée des muscles surpasser celui du sang.

Dans les sérosités normales ou pathologiques, l'augmentation de l'urée peut se faire également sentir. Ainsi, le liquide céphalo-rachidien des urémiques en contient davantage, d'après Comba; l'un de nous, avec M. Lœper, a trouvé le taux de 0 gr. 40 centigr. au lieu de 0 gr. 15 à 0 gr. 35 centigr. chez les sujets sains.

Dans les sérosités pathologiques, le taux de l'urée est, à vrai dire, fort variable suivant les cas, et aucune indication n'en peut être tirée pour le diagnostic de la maladie qui a produit l'épanchement. C'est ce qui se dégage des ana-

(1) La différence des résultats fournis par les deux procédés est, d'ailleurs, peu considérable. Dans un échantillon de sang que nous lui avons remis, M. Gaillard a trouvé 0.73 ‰ par le procédé de Gréhant et 0.80 par celui de l'hypobromite.

(2) Dans 20 c.c. de sang complet, M. Gaillard a trouvé 0 gr. 35 centigr. ‰; or, le sérum fourni par 50 c.c. de ce même sang lui a donné 0 gr. 32 centigr. ‰, et le caillot, qui avait retenu d'ailleurs une certaine quantité de sérum, n'a donné que 0.09 ‰.

(3) Il importe, pour faire la lecture après le dégagement d'azote, de faire tomber la mousse qui se forme pendant la réaction dans les liquides albumineux. On y parvient en ajoutant quelques gouttes d'alcool, qu'on mélange ensuite dans toute la masse du liquide afin d'éviter le dégagement de vapeurs d'alcool. Nous avons pu nous assurer, avec M. Gaillard, par la comparaison de diverses solutions titrées d'urée, additionnées ou non d'albumine, que le dosage se faisait ainsi avec précision. Le dosage fait directement sur le sérum donne généralement un chiffre un peu plus fort que le dosage fait sur l'extrait alcoolique.

lyses de MM. Boy-Teissier et Rouslacroix (1) et de celles de M. Ulrici (2).

Nous avons nous-mêmes fait des constatations semblables :

Dans la sérosité d'œdème, le taux minimum d'urée a été de 0 gr. 14 centigr. ‰ chez une asystolique, et le taux maximum de 1 gr. 35 centigrammes chez un brightique.

Dans l'ascite, nous avons eu le minimum de 0 gr. 39 centigr. chez 2 cirrhotiques et le maximum de 1 gr. 85 centigr. chez une asystolique. Dans un hydrothorax chez une asystolique, nous avons constaté 0 gr. 50 centigr. d'urée ‰. Dans des liquides pleurétiques, le taux a oscillé entre 0 gr. 33 et 1 gr. 28 centigr.

Il n'est pas sans intérêt de comparer l'urée des sérosités avec celle du sang et surtout du sérum sanguin. En règle générale, les sérosités renferment moins d'urée que le sérum. Pourtant sur 12 malades chez lesquels nous avons fait cette comparaison, nous avons rencontré une exception : dans un cas de néphrite saturnine avec œdème abondant, la sérosité renfermait 1 gr. 35 centigr. ‰ d'urée, et le sérum seulement 0 gr. 92 centigr.

Il est plus intéressant d'étudier les variations que fait subir à la composition des sérosités l'épreuve de l'ingestion d'urée.

Dans le liquide céphalo-rachidien, seule sérosité qu'il soit facile de recueillir chez un sujet sain, nous avons vu le taux de l'urée passer de 0 gr. 23 à 0 gr. 31 centigr. après l'ingestion de 20 grammes d'urée.

Dans les épanchements pathologiques des diverses séreuses, les résultats ont été assez variables. Pourtant, le plus souvent, le taux de l'urée s'est trouvé plus ou moins accru après l'épreuve. Sur 21 examens, nous avons observé 14 fois cet accroissement. Parmi les 7 cas dans lesquels il y eut diminution, 3 fois celle-ci était insignifiante et inférieure à 0 gr. 10 centigr.; elle a atteint 0 gr. 50 centigr. dans 2 ascites cirrhotiques et dans l'œdème d'une amylose rénale. Quant à l'augmentation, elle a été inférieure à 0 gr. 10 centigr. dans 3 cas, et a dépassé 0 gr. 50 centigr. dans l'œdème d'une asystolie par lésion mitrale (0 gr. 71 centigr.) et dans l'œdème d'une asystolie d'origine aortique (0 gr. 90 centigrammes).

Il est à remarquer que les variations dans le sérum et les sérosités se font souvent en sens inverse : c'est ce qui s'est produit 6 fois sur 9 cas où nous avons fait cette comparaison. Les 3 cas où la variation a été de même sens concernent : 1° une cirrhose biliaire dans laquelle l'ingestion de 20 grammes d'urée pendant quatre jours, suivie d'ailleurs d'une excrétion urinaire assez bonne, fit baisser le taux de l'urée de 0 gr. 50 centigr. dans l'ascite et de 0 gr. 61 centigrammes dans le sérum sanguin; 2° une cirrhose alcoolique, dans laquelle l'ingestion d'une dose unique de 20 grammes d'urée provoqua une augmentation de 0 gr. 22 centigr. dans l'ascite comme dans le sérum sanguin; 3° une asystolie hépatique dans laquelle, également à la suite d'une dose unique, l'urée monta de 0 gr. 09 centigr. dans l'ascite et de 0 gr. 32 centigrammes dans le sérum.

Parmi les cas de variations inverses, il y eut diminution dans les sérosités et augmentation dans le sérum sanguin chez 3 malades atteints de cirrhose alcoolique, de néphrite interstitielle et de néphrite saturnine. L'augmentation dans les sérosités avec diminution dans le sérum sanguin a été observée chez 3 malades atteints de pleurésie, d'asystolie et de néphrite interstitielle.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de ces variations qui, d'une façon générale, n'ont pas une grande importance. En effet, celles qui sont légères sont comprises dans les limites des erreurs possibles de dosage. Les autres peuvent être attribuées à des causes multiples. Théoriquement, il est vraisemblable que l'absorption d'une forte dose d'urée élève le taux de ce corps dans le sang d'abord, puis dans les sérosités, mais cette élévation n'a lieu que d'une façon momentanée et pendant un temps qui varie suivant l'activité des émonctoires et la facilité des actions régulatrices, telles que les changements dans la masse du sang et des sérosités, les échanges entre les liquides de l'organisme. Aussi est-il pratiquement malaisé de saisir le moment de cette élévation, puisqu'elle n'existe que lorsque l'absorption est déjà suffisante et que la régulation n'est pas encore accomplie.

On conçoit donc sans peine que l'analyse ne donne pas constamment une augmentation de l'urée dans le sang et les sérosités après l'épreuve d'ingestion. D'autre part, les échanges qui ont lieu successivement entre le sang et les sérosités rendent compte des variations inverses qui sont souvent notées entre l'un et les autres. Il paraît plus difficile, au premier abord, d'expliquer les cas où l'épreuve est suivie d'une diminution d'urée à la fois dans le sérum sanguin et dans les sérosités; mais il y a lieu, sans doute, d'invoquer alors l'action diurétique exercée par l'urée chez les sujets normaux et chez un certain nombre de malades, d'autant plus que le sujet qui nous a fourni ce résultat eut précisément une élimination d'urée assez bonne.

VII

La rétention de l'urée dans l'organisme paraît théoriquement devoir entraîner certaines conséquences qu'il importe de rechercher. Tout d'abord, dans le sang, la présence d'un excès d'urée pourrait accroître la concentration moléculaire et produire une élévation de la pression vasculaire.

En ce qui concerne la concentration, les variations du point cryoscopique dans le sang et dans les sérosités ne nous paraissent pas mériter plus d'importance que les variations du taux de l'urée, et cela pour les mêmes motifs, à cause des phénomènes de régulation.

Il est permis toutefois de se demander si, lorsque la concentration sanguine est augmentée dans les cas de lésions rénales chez l'homme, cette élévation, inconstante d'ailleurs, n'est pas due pour une part à l'accumulation d'urée dans le sang. Toujours est-il que chez les animaux atteints de néphrites toxiques expérimentales, MM. Richter et Roth ont établi que cet excès de concentration résulte de ce que les produits de désassimilation sont augmentés, et non les chlorures. De même, dans l'anurie provoquée par la ligature du pédicule des reins chez le lapin, l'un de nous a constaté, avec M. Lœper, que l'élévation de la concentration sanguine n'est pas due aux chlorures, dont le taux reste fixe, mais plutôt à l'urée, dont le taux s'accroît.

La pression artérielle, que les chlorures en excès font monter, comme l'ont démontré les intéressantes recherches de M. Laufer et de MM. Ambard et Beaujard (1), paraît susceptible d'être influencée aussi par l'excès d'urée. Ainsi nous avons vu (*fig. 2*), chez une malade atteinte de néphrite interstitielle, la tension passer de 21 à 30, après ingestion de 20 grammes d'urée; puis, l'ingestion étant continuée quotidiennement, la diurèse survint avec élimination plus abondante de l'urée et des chlorures, et la pression retomba à 21 et descendit même les jours suivants à 18. Quelque temps après, une nouvelle ingestion quotidienne de 20 grammes d'urée fit encore monter la pression de 17 à 21 et 27. Dans un autre cas de néphrite interstitielle, la tension s'éleva de 15 à 19 après cinq jours d'ingestion de 20 grammes d'urée, pour redescendre ensuite à 16 et 17 après cessation de l'urée.

Mais ces modifications, qui sont probablement liées à des changements dans la masse du sang, sont difficiles à saisir, parce qu'elles n'ont lieu que pendant un temps limité et qu'elles sont peu considérables. Elles sont, en tout cas, moins nettes et moins régulières que celles auxquelles donne lieu le chlorure de sodium.

Dans les tissus, la présence d'un excès d'urée pourrait théoriquement provoquer, par un effet de dilution régulatrice, un afflux d'eau salée. En effet, dans les expériences faites par l'un de nous avec M. Gaillard (1) chez les animaux, l'injection d'une solution d'urée, comme de tout autre corps du reste, provoquait, en même temps qu'un courant d'absorption, un courant inverse de transsudation des chlorures. Ainsi l'excès d'urée dans les tissus provoque leur hydratation saline, et dans les épanchements séreux l'accroissement de leur volume. C'est là un fait que nous avons pu vérifier au lit du malade. Chez une femme atteinte d'une ascite cirrhotique dont le régime déchloruré avait amené la résorption à peu près complète, nous avons injecté dans le péritoine 6 grammes d'urée dans 30 c.c. d'eau, après avoir retiré par ponction exploratrice un peu de liquide. Quelques heures après l'injection, il était facile de constater que le ventre s'était développé et que l'épanchement avait notablement augmenté. Or, une nouvelle ponction exploratrice pratiquée à ce moment permit de reconnaître que le liquide contenait plus d'urée qu'avant l'injection (0 gr. 71 centigrammes au lieu de 0 gr. 50 centigr. ‰), mais une proportion de chlorures égale (6 gr. 60 centigrammes) : ce qui veut dire qu'il y avait eu dans la séreuse afflux non pas seulement d'eau, mais d'eau chlorurée.

On est ainsi amené à concevoir que, chez un sujet en état de rétention d'urée, l'œdème puisse se produire à la suite du passage de l'urée en

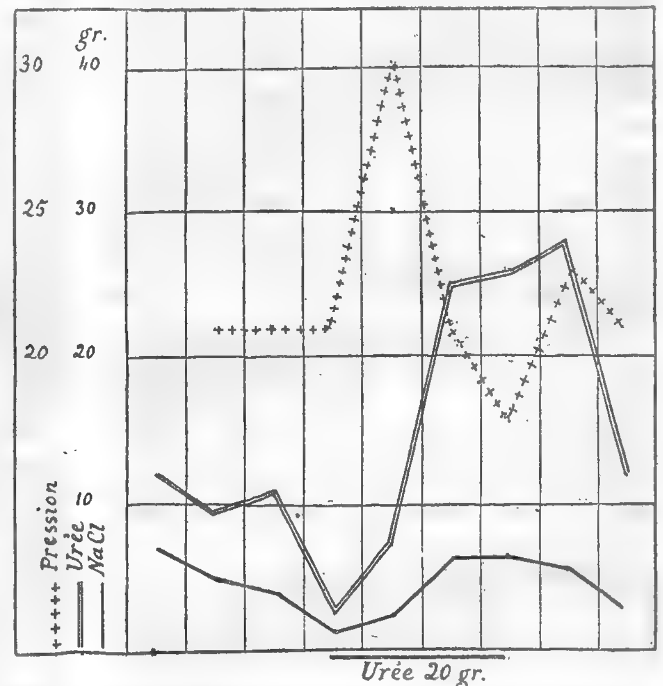


Fig. 2. — Elévation de la pression artérielle, produite par la rétention de l'urée.

Ingestion d'urée pendant quatre jours, dans un cas de néphrite interstitielle : la pression monte au début, tant que l'urée est retenue; puis, lorsque survient la diurèse, elle s'abaisse.

(1) Boy-Teissier et A. Rouslacroix. La valeur des sérosités d'œdème au point de vue bio-chimique. (*Presse méd.*, 27 sept. 1902.)

(2) H. Ulrici. Ueber den Harnstoffgehalt von Transsudaten und Exsudaten. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 avril 1903.)

(1) Ambard et Beaujard. Hypertension artérielle et rétention chlorurée. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 20 fév. 1904.)

(1) Ch. Achard et L. Gaillard. Rétention locale des chlorures à la suite des injections de diverses substances. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 24 oct. 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 355.)

excès dans les tissus. C'est, en effet, ce que nous avons pu voir chez une femme atteinte de néphrite interstitielle avec accidents urémiques. Le régime déchloruré étant demeuré sans action, nous donnâmes de l'urée à la dose de 20 grammes pendant trois jours : l'albuminurie diminua, mais la diurèse ne s'établit pas et de l'œdème apparut à la face. Des accidents convulsifs survinrent et la malade succomba. Or, une saignée avait été faite et l'analyse du sérum donna, avec 7 gr. 10 centigr. de chlorures ‰, le taux considérable de 4 gr. 80 centigr. d'urée. Voilà donc un exemple d'œdème survenu sans hyperchloruration — et même au cours du régime déchloruré — à l'occasion d'une rétention d'urée.

Dans un autre cas, également chez une malade atteinte de néphrite interstitielle, et qui était soumise à un régime fixe, l'ingestion d'une dose quotidienne de 20 grammes d'urée pendant neuf jours, sans aller jusqu'à produire un œdème visible, a donné lieu à une augmentation de poids (*fig. 3*). On ne saurait incriminer ici une insuffisante élimination des chlorures, car, pendant la période d'ingestion d'urée, la moyenne de l'excrétion chlorurée atteignit 8 gr. 70 centigr. par jour, tandis qu'elle n'était que de 6 gr. 60 centigr. en dehors de cette période. Quant à l'urée, son excrétion moyenne s'éleva à 37 gr. 50 centigr. au lieu de 29 grammes, dépassant seulement la quantité naturellement éliminée de 8 gr. 50 centigr., alors que le supplément ingéré était de 20 grammes. Dans le sérum, enfin, le taux de l'urée passa, du début à la fin de l'expérience, de 1 gr. 33 à 1 gr. 78 centigr.

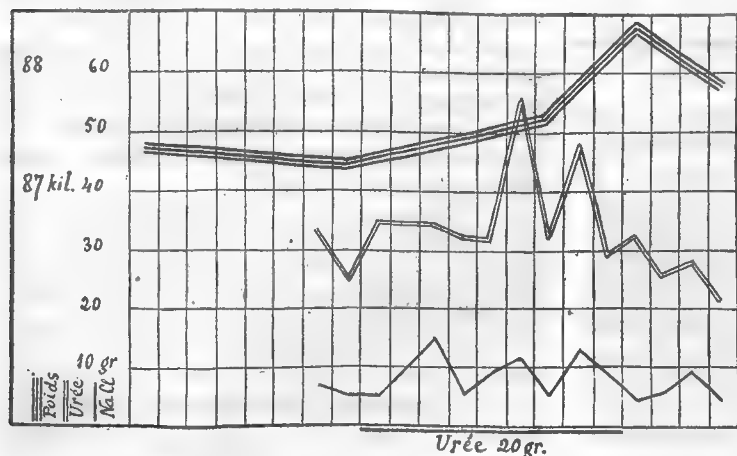


Fig. 3. — Accroissement du poids, produit par la rétention de l'urée. (Ingestion d'urée pendant neuf jours dans un cas de néphrite interstitielle.)

Ces faits cliniques, joints aux faits expérimentaux, nous paraissent établir que la rétention de l'urée peut entraîner une hydratation de l'organisme, allant parfois jusqu'à la production de l'œdème. La rétention des chlorures peut ainsi n'être que la conséquence secondaire d'une rétention primitive d'urée. Si le liquide, quelle que soit la cause de l'œdème, a toujours une composition assez uniforme, c'est en raison des phénomènes de régulation humorale dans lesquels les chlorures jouent le principal rôle, l'eau de dilution apportant toujours avec elle une certaine proportion de chlorures.

Sans doute, la quantité d'urée qui passe dans les tissus n'est pas considérable, mais si le phénomène se poursuit d'une façon continue, et si d'autres produits de désassimilation que l'urée sont également retenus, on conçoit qu'il s'agisse là d'un facteur d'hydropisie qui ne soit point négligeable.

VIII

Lorsque cesse la rétention et qu'il se produit une débâcle d'urée, la théorie indique que les tissus et les sérosités doivent se décharger d'abord de leur excès d'urée dans le sang, puis que le sang doit à son tour se décharger de son excès d'urée dans l'urine. Mais il est évident que le taux de l'urée dans les sérosités et dans le sang ne peut pas plus donner la mesure de la décharge d'urée qu'il ne pouvait donner celle de la rétention.

Néanmoins, en provoquant des débâcles d'urée, au moyen de médicaments diurétiques, nous avons pu observer quelques faits qui sont bien en harmonie avec ces vues théoriques.

L'administration de la digitale, suivie d'un bon effet diurétique, chez une femme asystolique, fit baisser le taux de l'urée dans la sérosité d'hydrothorax (de 0 gr. 71 à 0 gr. 50 centigrammes ‰) et le fit monter dans le sérum (de 0 gr. 21 à 0 gr. 54 centigr.). En même temps que l'urée, les chlorures s'élevèrent dans le sérum (de 6 gr. 50 centigr. à 7 grammes), ainsi que la concentration moléculaire (de — 0°65 à — 0°69). L'un de nous avait déjà signalé, avec M. Lœper, cet accroissement de la concentration du sang au moment d'une diurèse critique; c'est là un fait qui se concilie fort bien avec la conception du mécanisme régulateur de la composition du sang. Mais, si le sang peut renfermer un excès de molécules au début de la diurèse médicamenteuse, en général, quand l'effet diurétique est complet, il subit à son tour un abaissement de son taux d'urée. Ainsi, chez la malade dont il vient d'être question, lorsque la diurèse se fut accomplie, l'urée du sérum descendit de 2 grammes à 0 gr. 91 centigr. Voilà des résultats qui tendent à montrer que, pendant la crise artificiellement produite par la digitale, la rétention cesse d'abord dans les tissus et ensuite dans le sang.

D'autre part, lorsque la digitale reste sans effet diurétique, on peut observer, comme nous l'avons vu chez un autre cardiaque, des phénomènes inverses : augmentation de l'urée dans l'œdème (de 0 gr. 28 à 0 gr. 51 centigr.) et diminution dans le sérum (de 2 grammes à 1 gr. 33 centigr.). En même temps la concentration du sérum diminua (de — 0°71 à — 0°67), ainsi que le taux des chlorures (de 7 gr. 50 à 5 gr. 80 centigr.).

Avec la théobromine, on peut observer des faits du même genre qu'avec la digitale. Chez le premier des sujets asystoliques dont nous venons de parler, la théobromine, à la dose de 2 grammes pendant trois jours, ne produisit qu'une diurèse lente et modérée. Or, pendant trois jours, l'urée monta dans la sérosité d'œdème (de 0 gr. 34 à 0 gr. 91 centigr.), et ne s'abaissa (à 0 gr. 16 centigr.) — comme les chlorures, d'ailleurs — que lorsque l'effet diurétique se prononça plus nettement, le quatrième jour. Chez un brightique, qui eut une bonne diurèse sous l'influence de la théobromine donnée trois jours de suite à la dose de 2 grammes, l'urée baissa dans la sérosité d'hydrothorax (de 1 gr. 28 centigr. à 0 gr. 84 centigr.), et très notablement dans le sérum (de 3 gr. 14 à 1 gr. 50 centigrammes), sans changement des chlorures. Par contre, chez un autre brightique, alors qu'aucune action diurétique ne se manifesta, malgré la dose de 2 grammes de théobromine administrée pendant quatre jours, l'urée du sérum demeura sensiblement stationnaire (de 1 gr. 45 à 1 gr. 54 centigr.).

Il est à noter que l'urée elle-même peut déterminer des effets analogues, lorsqu'elle agit comme diurétique. Nous y avons déjà fait allusion en parlant des variations inverses qui se produisent dans les sérosités et dans le sérum, après l'épreuve de l'ingestion d'urée, et nous avons signalé, en outre, l'abaissement de l'urée à la fois dans la sérosité et dans le sérum, dans un cas où l'élimination se faisait bien. Nous pouvons citer d'autres faits. Chez une femme asystolique, la dose quotidienne de 10 grammes d'urée pendant six jours provoqua la diurèse, l'augmentation des chlorures et un accroissement de l'urée urinaire supérieur à la dose ingérée : en effet, pendant cette période d'ingestion, le volume quotidien des urines fut, en moyenne, de 1,460 c.c. au lieu de 500; l'excrétion chlorurée s'éleva à 2 grammes au lieu de 0 gr. 50 centigr., et celle de l'urée atteignit 25 gr. 9 décigr. au lieu de 10 gr. 9 décigr., dépassant ainsi de 5 grammes la quantité calculée, en admettant que la totalité du supplément d'urée introduit dans les voies digestives dût se retrouver dans l'urine. L'action diurétique est donc bien évidente. Or, pendant ce temps, le taux de l'urée diminua dans la sérosité d'œdème (de 0 gr. 72 à 0 gr. 63 centigrammes), ainsi que celui des chlorures (de 6 grammes à 5 gr. 3 décigr.). Dans un cas de néphrite interstitielle, où l'urée à la dose de 20 grammes pendant quatre jours fut sans effet notable le premier jour, puis s'élimina en abondance, entraînant avec elle une diurèse chlorurique, nous avons vu, avant l'effet diurétique, l'urée du sérum s'élever (de 1 gr. 60 à 1 gr. 90 centigr.), en même temps que montait la pression artérielle.

L'action nettement diurétique de l'urée, dans les exemples que nous venons de citer, pourrait être invoquée à l'appui de l'emploi thérapeutique de cette substance, préconisé par M. Klemperer, spécialement dans la cirrhose atrophique. Néanmoins, si l'urée produit parfois cet effet diurétique, il s'en faut qu'il s'agisse d'un phénomène constant. En étudiant, en effet, les éliminations de chlorure et d'urée pendant la période d'ingestion d'urée et en dehors de cette période, chez divers sujets, soumis à un régime fixe, nous avons pu voir qu'il existait à cet égard de grandes différences. Sur 3 sujets normaux, le premier élimina les deux tiers de l'urée ingérée, le deuxième les trois quarts, le troisième la moitié; les chlorures ne furent pas modifiés chez le premier, augmentèrent chez le deuxième et diminuèrent chez le troisième. Un cirrhotique élimina la moitié de l'urée ingérée sans changement des chlorures. Chez un cardiaque asystolique, la moitié de l'urée s'élimina et les chlorures baissèrent. Enfin, chez 8 brightiques, l'excrétion d'urée oscilla entre le dixième seulement de la dose ingérée et sa presque totalité; quant aux chlorures, ils restèrent stationnaires 2 fois, augmentèrent 3 fois et diminuèrent 3 fois.

D'autre part, l'accumulation de l'urée non éliminée peut, dans certains cas, élever notablement le taux de l'urée sanguine : nous en avons déjà cité plus haut un cas, chez une femme brightique qui eut de l'œdème de la face. Chez une autre, également atteinte de néphrite interstitielle, l'ingestion d'urée, prolongée pendant huit jours à la dose de 20 grammes, amena des troubles digestifs et un grand excès d'urée dans le sérum (de 1 gr. 52 à 4 gr. 41 centigrammes).

En somme, on voit que si l'urée peut être légitimement employée comme diurétique chez certains malades, il convient toujours d'en surveiller l'emploi par un examen méthodique des éliminations urinaires.

IX

Lorsque la rétention d'urée prend fin, soit spontanément, soit sous l'action des médicaments, on observe une crise urinaire, caractérisée par la polyurie avec azoturie. Parfois, et particulièrement chez les cardiaques et les brightiques soumis à la digitale ou à la théobromine, la décharge d'urée s'accompagne de décharges d'autres substances, notamment des chlorures (*fig. 4*).

Mais il n'y a pas toujours un synchronisme obligatoire entre les décharges d'urée et celles de chlorures. Souvent même, l'élimination de ces deux corps est tout à fait dissociée.

Dans les maladies aiguës, le fait n'est pas rare, et l'un de nous a déjà insisté sur ce point

avec M. Laubry (1). Ainsi, dans un cas de fièvre typhoïde, au vingt-sixième jour, une polyurie marquée et des décharges d'urée de 97 grammes coïncidaient avec une élimination de 2 grammes de chlorures, et la décharge de chlorures ne se produisit qu'au trente-deuxième jour. Dans un cas d'ictère infectieux, étudié très attentivement par M. Chauffard (2), au dixième jour, l'urée atteignit les chiffres énormes de 146 et 133 grammes, alors que les chlorures étaient réduits à 0 gr. 55 centigr.

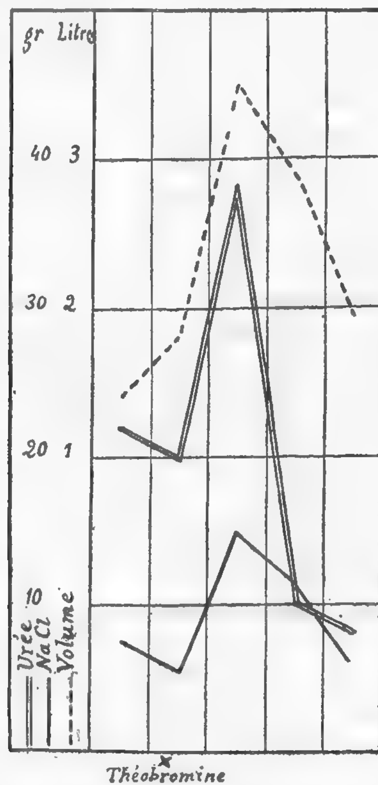


Fig. 4. — Diurèse provoquée par la théobromine, dans un cas de néphrite interstitielle : simultanéité des décharges d'urée et de chlorures.

Récemment, MM. Widal et Javal (3) ont étudié cette élimination dissociée dans les néphrites et ont donné de ce fait une interprétation qui invoque une perméabilité dissociée du rein aux divers corps. Cette hypothèse nous paraît se concilier difficilement avec ce que nous avons dit plus haut sur la nécessité de précautions spéciales pour déterminer la perméabilité du rein à l'urée et sur le défaut de rapport entre l'élimination des chlorures par l'urine et l'état de la perméabilité rénale.

Enfin, même lorsqu'il s'agit de crises urinaires provoquées par les médicaments diurétiques, on peut observer une dissociation analogue entre l'urée et les chlorures excrétés. Ainsi, chez une cardiaque, alors que la digitale agissait lentement et tardivement, nous avons vu, à deux reprises, la décharge d'urée précéder celle des chlorures (*fig. 5*).

Il nous paraît donc que, spontanément ou par l'action médicamenteuse, la rétention d'urée peut cesser avant celle des chlorures, et cette antériorité assez fréquente de la crise azoturique sur la crise chlorurique pourrait être donnée comme un argument en faveur de l'opinion qui considère la rétention d'urée comme une cause éventuelle de rétention secondaire des chlorures.

X

En somme, de l'ensemble des faits expérimentaux et cliniques que nous venons de passer en revue, il ressort que l'urée peut être retenue dans l'organisme à l'état pathologique.

Parmi les facteurs de cette rétention, les causes rénales paraissent être les plus fréquentes et les plus puissantes; les causes circulatoires jouent aussi leur rôle, par la gêne qu'elles apportent soit à l'arrivée de l'urée sanguine aux émonctoires, soit au passage de l'urée des tissus dans le sang. Enfin, une part doit, sans doute, être faite encore à des causes interstitielles, à des troubles nutritifs qui exagèrent la formation de l'urée dans les tissus.

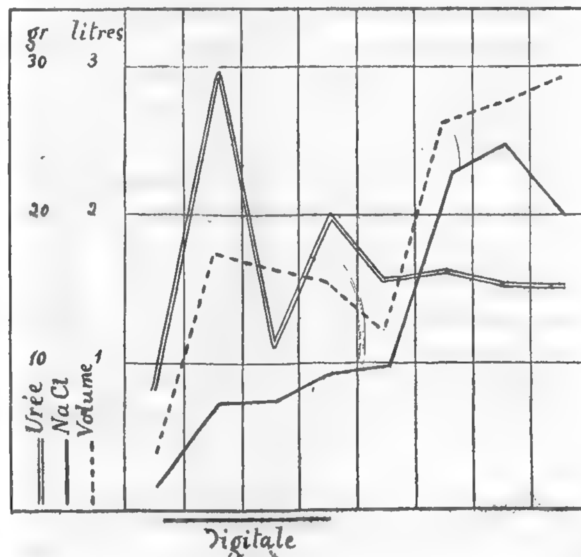


Fig. 5. — Diurèse provoquée par la digitale, dans un cas d'asystolie : la décharge d'urée précède celle des chlorures.

L'urée qui ne peut s'échapper par les émonctoires s'accumule plus ou moins passagèrement dans le sang, qui arrive parfois à en contenir une proportion très supérieure à la normale. Cet excès du taux de l'urée sanguine est surtout prononcé dans l'urémie, à tel point que ce taux est, dans certains cas, décuplé; mais il n'est certainement pas la cause de l'urémie : on doit plus justement le considérer comme le témoin de la rétention d'autres corps plus toxiques.

Les conséquences de cet excès d'urée dans le sang sont plutôt d'ordre physique. Il tend à augmenter la concentration du sang, et, par l'effet de la dilution régulatrice qui survient alors, à en accroître la masse, ainsi qu'à élever la pression vasculaire. Puis, toujours par l'effet des phénomènes régulateurs, une dérivation peut se produire du sang vers les tissus, et cette dérivation provoque une série de phénomènes secondaires. L'urée entraîne avec elle de l'eau chlorurée : d'où la rétention secondaire d'une certaine quantité de chlorures, capable de produire l'hydratation saline des tissus, de se traduire par l'augmentation du poids du corps et d'aboutir enfin à l'œdème. Si le taux de l'urée s'élève dans les liquides qui baignent les cellules, la nutrition des tissus peut être plus ou moins troublée, car l'urée, bien que peu toxique, est néanmoins plus nuisible pour les éléments anatomiques que le chlorure de sodium, au même degré de concentration. Peut-être aussi résulte-t-il de cet encombrement des tissus par l'urée un ralentissement dans la production de cette substance et une élaboration moins avancée des molécules protéiques, c'est-à-dire une formation de corps azotés à plus grosses molécules et à toxicité plus forte.

Lorsque cesse la rétention, les tissus se déchargent de leur excès d'urée dans le sang, et celui-ci s'en décharge à son tour dans l'urine. Les conséquences de la rétention d'urée prennent alors également fin, notamment la rétention secondaire des chlorures, et l'on voit ainsi la crise chlorurique suivre la crise azoturique. Les médicaments diurétiques peuvent produire ces décharges critiques, et l'urée elle-même en est parfois capable, ce qui justifie son emploi thérapeutique, sous la condition expresse de surveiller attentivement les éliminations urinaires.

Toute cette série de phénomènes biologiques auxquels donne lieu l'excès d'urée rappelle de près ceux qui résultent de l'excès de chlorures. Il y a néanmoins des différences qui tiennent à l'adaptation de l'organisme au rôle différent de ces deux corps.

Tous deux, en tant que molécules dissoutes à un certain degré de concentration dans les humeurs, sont des générateurs d'énergie physique. Suivant le taux de leur dissolution, ils font varier la pression osmotique des humeurs, leur masse, et la tension vasculaire. Seulement le chlorure de sodium, par son abondance dans la plupart des milieux et par la petitesse de ses molécules, à laquelle ses solutions doivent une pression osmotique relativement plus forte que celle des autres principes normaux de l'organisme, possède sous ce rapport plus de puissance. On est donc en droit de dire que l'action physique de ces deux corps s'exerce dans le même sens et produit des effets analogues, mais avec une différence très appréciable de degré. Cette différence, toutefois, n'implique pas que l'excès d'urée ne puisse jouer un rôle important dans la pathogénie de divers troubles morbides, car la plupart des forces mises en jeu dans l'accomplissement des actes biologiques tirent leur puissance bien moins de leur intensité que de la continuité de leur action.

Une différence plus importante entre l'urée et le chlorure de sodium consiste en ce que la première de ces substances est pour les éléments anatomiques moins inoffensive que la seconde. L'urée est un déchet dont l'organisme se hâte de se débarrasser; il n'en tolère donc dans ses humeurs qu'une proportion minime, et des traces en sont déjà de trop. Le chlorure de sodium, au contraire, bien qu'inassimilable comme l'urée, est une substance utile et même indispensable : l'organisme n'en rejette que l'excédent, mais en conserve soigneusement dans ses milieux nourriciers une abondante provision, qui atteint numériquement les deux tiers des molécules dissoutes.

Grâce à cette abondance et à la petitesse de ses molécules, le chlorure de sodium est la substance le plus facilement échangeable à travers les membranes vivantes. C'est le corps le plus aisément mobilisable, soit pour rétablir dans les humeurs le degré normal de la concentration moléculaire, soit pour ramener la composition des milieux à un état plus favorable à la vie cellulaire. Aussi est-il la substance régulatrice par excellence, celle qui agit le plus efficacement pour rétablir dans l'organisme l'équilibre physico-chimique. C'est précisément à ce titre qu'il intervient dans les cas de rétention d'urée.

Ch. Achard,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

G. Paisseau,
Interne des hôpitaux de Paris.

(1) Ch. Achard et Ch. Laubry. Crises chloruriques et dosage des chlorures urinaires. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 20 juin 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 214.)

(2) A. Chauffard. Recherches de physiologie pathologique dans un cas d'ictère infectieux. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 119.)

(3) Widal et Javal. La dissociation de la perméabilité rénale pour le chlorure de sodium et l'urée dans le mal de Bright. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 19 déc. 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 419.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1904.

Origine et prophylaxie de l'appendicite.

M. Lucas-Championnière lit sur ce sujet un travail dans lequel il montre que l'appendicite, même lorsqu'elle est due à la grippe, ce qui paraît être le cas habituel, se développe à peu près uniquement dans les pays où l'on use et abuse de l'alimentation carnée. Une statistique des plus démonstratives à cet égard est celle de la Roumanie : sur 22,000 malades des campagnes, dont les habitants se nourrissent presque exclusivement de végétaux, on n'a trouvé qu'un seul cas d'appendicite; tandis qu'on constate en moyenne un cas de cette affection sur 221 malades des villes, où l'on mange de la viande en grande quantité.

L'orateur relate un certain nombre de sta-

tistiques analogues recueillies en France, en Belgique, en Algérie, au Tonkin, en Nouvelle-Calédonie, etc. De l'ensemble de ces observations, il tire la conclusion que le régime alimentaire carné joue un rôle considérable dans le développement de l'appendicite et que les meilleurs moyens prophylactiques à employer contre cette affection sont : la restriction des aliments carnés, l'usage plus abondant — ou exclusif de temps à autre — des végétaux et, avant tout, les purgations périodiquement répétées, celles-ci constituant la médication préventive de choix contre les infections intestinales.

Traitement des anévrysmes par des injections de sérum gélatiné.

M. Lancereaux montre deux malades qui étaient atteints de tumeurs anévrysmales de l'aorte et qui ont guéri à la suite de l'emploi des injections sous-cutanées de sérum gélatiné. La solution dont se sert actuellement l'orateur contient 25 grammes de gélatine et 7 grammes de chlorure de sodium pour 1,000 grammes d'eau distillée; elle doit être stérilisée à l'autoclave sous pression à 110° ou 115°. Une injection de 200 grammes de cette solution est pratiquée tous les quatre ou cinq jours.

M. Reynier dit avoir également observé la disparition complète et définitive d'un anévrysme du sinus caverneux et d'une tumeur anévrysmale de l'aorte sous l'influence des injections de sérum gélatiné.

M. Monod présente une femme de cinquante-trois ans qui était atteinte depuis dix ans d'un épithélioma de la face, lequel a complètement disparu à la suite d'un traitement par les rayons de Röntgen, continué pendant trois mois. Avant le traitement, l'examen histologique d'un fragment de la tumeur avait démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 juin 1904.

Sur l'action toxique des vers intestinaux.

MM. L. Jammes et **L. Mandoul.** — La question d'une action toxique que les vers intestinaux seraient susceptibles d'exercer ayant été résolue de façons contradictoires, nous avons fait à ce sujet des expériences ayant consisté à injecter à des animaux, par diverses voies (sous-cutanée, intrapéritonéale, intraveineuse, intrarachidienne ou intracérébrale), le suc provenant de la trituration de corps de *Tænia inermis*, *expansa* et *serrata*, ainsi que d'*Ascaris vituli* et *megalocephala*; or, jamais les animaux ainsi traités n'ont présenté le moindre signe d'intoxication.

D'autre part, les observations que nous avons faites sur les nombreux enfants soignés au dispensaire de Toulouse depuis le mois de décembre 1890 nous ont permis de constater que ce n'est que dans une faible proportion (2 % environ) que les enfants « parasités » offrent des troubles imputables à l'action des helminthes.

Enfin, l'un de nous (L. Jammes) a absorbé à diverses reprises des œufs d'ascaride lombricoïde et d'oxyure vermiculaire; par six fois il a obtenu ainsi le développement d'adultes de ces deux espèces dans son tube digestif, sans qu'aucune action toxique se soit manifestée.

Cela étant, nous estimons qu'on ne saurait attribuer les troubles que produisent parfois les vers intestinaux à l'existence de substances toxiques. Nous estimons que ces troubles, quand ils surviennent, sont essentiellement dus à des causes mécaniques (irritation de la muqueuse provoquée par la présence des parasites), auxquelles peut s'ajouter, en ce qui concerne les ascarides, l'action de la substance volatile irritante dont les effets sur les muqueuses ont été maintes fois signalés. En d'autres termes, les vers ne doivent pas être considérés comme la cause efficiente des troubles qui peuvent coïncider avec leur pullulation dans le tube digestif, mais comme leurs agents provocateurs.

La méthode de résonance pour la détermination de la fréquence des oscillations nerveuses.

M. A. Charpentier. — Ayant pu constater que l'augmentation de luminosité d'un écran en communication avec un nerf est encore accrue quand cet écran est mis en rapport avec un corps sonore dont le nombre de vibrations correspond approximativement au nombre des oscillations nerveuses, j'ai appliqué cette méthode à la détermination de la fréquence de ces mêmes oscillations. J'ai reconnu de la sorte que le renforcement *maximum* est obtenu avec une corde ou un diapason dont la hauteur de son est comprise entre le sol dièze et le la du quatrième octave, c'est-à-dire qui donnent de 800 à 860 vibrations; ces chiffres correspondent donc aux limites normales de fréquence des oscillations nerveuses.

Il est à remarquer que ces limites sont les mêmes dans des espèces animales aussi dissemblables que la grenouille, le chien et l'homme.

MM. Ch. Porcher et **Ch. Hervieux** adressent une note relative à des expériences d'où il résulte que l'injection sous-cutanée de scatol ne provoque jamais l'élimination d'indican par les urines, mais fait apparaître un chromogène qui paraît correspondre à la substance colorante décrite sous les noms d'uroséine, de purpurine, d'urohématine, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1904.

De la ligature de la carotide primitive.

M. Quénu. — A propos de l'opinion que M. Guinard a émise dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 203) sur la prétendue innocuité de la ligature de la carotide primitive, je puis vous citer un fait personnel, où la ligature de ce vaisseau a été suivie d'un accident immédiat, pour lequel on ne saurait, par conséquent, incriminer l'infection. Il s'agissait d'une hémorrhagie consécutive à une ulcération de la carotide primitive, déterminée par une adénopathie cancéreuse ulcérée du cou, secondaire à un épithélioma de la langue. Je fus appelé d'urgence auprès du malade pour pratiquer la ligature de la carotide; au moment même où je serrai le fil, le patient, qui me parlait encore quelques instants auparavant, tomba dans le coma et fut frappé d'une hémiplégie à laquelle il succomba peu après.

M. Lejars. — M. Siegrist (de Bâle) a publié une statistique portant sur 997 observations de ligature de la carotide primitive, avec 371 morts. Pour 80 seulement de ces faits, nous avons des renseignements sur les causes du décès; or, dans la plupart de ces 80 cas malheureux, il y avait coexistence d'une autre affection cardio-vasculaire susceptible d'exercer une fâcheuse influence, et ce n'est que pour 16 d'entre eux que la ligature seule peut être incriminée. Les cas de mort ont surtout été observés quand la ligature était faite pour des anévrysmes, pour des lésions de la carotide, consécutives à l'extirpation de grosses tumeurs du cou, pour des hémorrhagies de la carotide, etc.

De l'ensemble de ces observations, on peut conclure, en modifiant un peu l'opinion exprimée par M. Guinard, que, chez un individu sain, ayant un système cardio-vasculaire intact, la ligature de la carotide primitive ne doit pas entraîner d'accidents cérébraux, en dehors de l'infection.

M. Le Dentu. — Dans un cas d'exophtalmos pulsatile spontané, j'ai fait la ligature d'une carotide primitive; la malade est tombée rapidement dans le coma et a succombé au bout de trois ou quatre jours avec tous les signes d'un ramollissement aigu.

M. Terrier. — Je partage l'opinion de M. Guinard sur l'innocuité de la ligature de la carotide primitive. J'ai eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois cette opération — notamment, dans un cas, sur le champ de bataille —, sans observer le moindre accident immédiat. Je crois qu'il est surtout très important de ne pas comprendre dans la ligature les filets du sympathique.

M. Chavasse. — J'ai eu à lier une fois la carotide primitive, pour une plaie par coup de feu; or, au moment où je serrai le fil, le malade eut une attaque épileptiforme.

M. Tuffier. — J'ai fait la ligature simultanée des carotides primitive, externe et interne, pour un anévrysme de la carotide primitive; il n'y a pas eu d'accident immédiat, mais la malade, qui était d'ailleurs syphilitique, a succombé quarante jours plus tard à des accidents de gangrène pulmonaire.

Fistule vésico-rectale par corps étranger.

M. Schwartz. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Jacomet (de Douai), au sujet d'un cas de fistule vésico-rectale, consécutive à une ulcération produite par un corps étranger, chez un enfant de douze ans; après avoir présenté des accidents diarrhéiques, le jeune malade avait rejeté par le rectum un petit pinceau. Grâce à l'injection d'une solution de bleu de méthylène dans la vessie, notre confrère put constater l'existence d'une fistule vésico-rectale, sans qu'il y eût d'ailleurs passage des matières fécales dans la vessie. La guérison a été obtenue, après la taille hypogastrique, par un simple avivement suivi de drainage.

Au point de vue pathogénique, il n'a pas été possible de savoir si le corps étranger avait été introduit par les voies digestives ou par l'urèthre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 juillet 1904.

Nanisme expérimental.

MM. Charrin et **Le Play.** — En poursuivant nos expériences relatives à la production d'insuffisance de développement par l'injection de produits intestinaux (stérilisés par des tyndallisations successives), nous avons pu éclairer le mécanisme de ces accidents.

Par l'examen des photographies, des squelettes complets montés, des os séparés que nous présentons, il est aisé, au point de vue de ce développement, d'apprécier les énormes différences qu'offraient les animaux qui ont fourni ces pièces. Pourtant, série par série, les témoins et ceux dont comparativement on retardait l'évolution appartenaient toujours à une même portée et ont vécu dans des conditions identiques. Néanmoins, les poids de ces témoins atteignaient et dépassaient 1,300 grammes quand ceux des avortons s'arrêtaient à 400 grammes environ. Les radiographies indiquent que, chez ces avortons, les os, plus transparents, contiennent moins de matériaux solides, moins de chaux et de phosphore.

L'action de ces poisons du tube digestif porte sur l'ensemble des échanges (diminution de l'alcalinité, imperfections du métabolisme) et des tissus. Aussi, par surcroît, ces expériences mettent en lumière l'influence des produits de l'intestin sur l'état du foie, des reins, du sang, etc., etc. Mais ce sont surtout les détériorations des viscères (corps thyroïde, organes génitaux, etc., etc.), aptes par eux-mêmes à actionner l'évolution de l'économie, qui achèvent de montrer la complexité du mécanisme de ces arrêts de développement.

Tous les extraits, tels ceux de parenchyme hépatique, ne sont pas capables d'engendrer ces anomalies. Toutefois, nous avons décelé des principes actifs aussi bien dans les intestins de nouveau-nés sains que dans ceux de sujets malades; la production de ces troubles évolutifs est liée à l'état de la muqueuse digestive, qui contient des éléments propres à atténuer ces principes nuisibles; altérée, elle cesse d'intervenir suffisamment.

En somme, si l'on se souvient qu'avec M. Gley nous avons obtenu des nains en imprégnant les ascendants de toxines variées, on reconnaîtra que l'expérimentation reproduit les principaux types des insuffisances de développement : les uns en rapport avec des gastro-entérites, les autres en rapport avec des infections des générateurs (parasyphilis, tuberculose, etc.).

Recherches cliniques sur l'hyperexcitabilité électrique des muscles et des nerfs dans la cholémie.

MM. Gilbert, Lereboullet et **Weil.** — Après nous être assurés que la bilirubine et les sels biliaires à faibles doses sont des excitants rapides et indiscutables du muscle chez la grenouille, nous avons recherché l'état de l'excitabilité électrique chez des malades atteints d'af-

fections biliaires diverses, toutes accompagnées de cholémie. A l'aide d'une technique appropriée, nous avons toujours constaté une hyperexcitabilité manifeste, qui le plus souvent était plus marquée pour les muscles que pour les nerfs. Sur 4 sujets, nous avons pu pratiquer l'examen électrique à des périodes différentes de la maladie, alors que le sérum sanguin contenait des proportions diverses de bilirubine, et nous avons remarqué que l'hyperexcitabilité diminuait en même temps que la richesse du sang en bilirubine.

Ces constatations sont bien en faveur du rôle direct joué par la cholémie dans la production de l'hyperexcitabilité musculaire. Toutefois, l'intensité de cette hyperexcitabilité n'est pas toujours exactement proportionnelle à l'intensité de la cholémie, et la prédisposition individuelle doit intervenir pour expliquer ces variations d'un sujet à l'autre. L'anémie, la cachexie, la prédisposition névropathique sont susceptibles d'agir pour diminuer ou augmenter l'excitabilité, mais il s'agit là d'éléments secondaires et inconstants, et c'est la cholémie qui semble bien la cause principale de l'hyperexcitabilité constatée. Celle-ci s'associe d'ailleurs à l'hyperexcitabilité mécanique des muscles volontaires et à l'hyperexcitabilité des muscles lésés, ainsi qu'en témoignent la fréquence et l'intensité du phénomène dit « de la chair de poule » chez les cholémiques.

Sur la non-toxicité des liquides d'œdème.

M. Boy-Teissier (de Marseille). — J'ai essayé, dans plusieurs séries d'expériences, de déterminer le degré de toxicité des liquides d'œdème d'origine mécanique, toxique ou dyscrasique. Or, je n'ai pas pu provoquer la mort d'un lapin par l'injection intraveineuse de plus de 300 grammes de liquide d'œdème; d'autres animaux ont résisté à plus de 500 grammes injectés en deux jours dans le péritoine. En outre, des lapins ont reçu 10, 15 et 20 c.c. de sérosité d'œdème dans les veines et le double dans le péritoine, sans en éprouver le moindre inconvénient.

On peut conclure de ces faits, d'une part, que le liquide des œdèmes a un pouvoir toxique des plus faibles et, d'autre part, que les accidents attribués à la résorption des œdèmes doivent être rattachés à une autre cause qu'à la rétention de substances toxiques contenues dans ces liquides.

Cysticerque sous-conjonctival.

M. Terrien. — Les observations de cysticerque sous-conjonctival ne sont pas fréquentes : de Græfe, sur 80,000 malades, n'a rencontré que 5 fois cette affection. Dans un cas qu'il m'a été donné d'observer récemment, l'examen et la mensuration des crochets démontrèrent qu'il s'agissait d'un *Tænia solium* et par conséquent d'un *Cysticercus cellulosæ*.

Au point de vue clinique, l'affection était caractérisée par une production kystique, rosée, rénitente, presque diaphane, présentant au centre un disque blanc jaunâtre et adhérant en arrière à la sclérotique.

Tuberculose humaine transmise à une vache.

M. Huon (de Marseille). — Une vache soumise à l'épreuve de la tuberculine donne une réaction nulle; elle est ensuite isolée de tout contact avec d'autres animaux et confiée aux soins d'un employé, qui, au bout d'un an, succombe à une tuberculose subaiguë. Quelques jours après, cette vache ayant été de nouveau soumise à l'épreuve de la tuberculine, celle-ci donne une réaction positive. L'animal étant mort, on constata à l'autopsie une tuberculose nettement localisée aux ganglions bronchiques et pulmonaires, ainsi qu'à la séreuse pleurale.

L'homme qui soignait cette vache ayant la mauvaise habitude de cracher par terre, il est probable que les crachats ont été les agents de transmission de la maladie.

Adaptation de la section thoracique à la surface cutanée.

M. Maurel. — J'ai pu m'assurer que, pendant la croissance, la section thoracique s'adapte à la surface cutanée, de telle manière qu'il y a toujours de 4 à 5 centimètres carrés de section thoracique pour 1 décimètre carré de surface cutanée. J'ai en outre constaté, au moyen de nombreux tracés stéthographiques, qu'à la suite des pleurésies accompagnées d'une forte rétraction de la paroi costale, l'organisme tend à conserver ce rapport : le côté sain s'agrandit jusqu'à ce que la proportion de 4 centimètres carrés par décimètre carré de surface cutanée soit rétabli.

Influence de la splénectomie sur les leucocytes du sang.

MM. Nicolas et **Dumoulin.** — Après la splénectomie, nous avons constaté, chez le chien, une augmentation du nombre des globules blancs, qui ne reviennent à leur taux normal qu'au bout de plusieurs mois. On constate, en outre, une diminution immédiate des lymphocytes, suivie d'une élévation passagère de ces éléments, laquelle fait place enfin à un abaissement marqué et prolongé. Quant aux polynucléaires, leur variation de nombre est toujours peu marquée.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du lupus par les radiations uraniques de Becquerel.

On sait que M. le docteur Danlos, médecin des hôpitaux de Paris, a obtenu d'excellents résultats thérapeutiques en traitant le lupus par le radium (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 373, et 1902, p. 229 et 404). Or, d'après les recherches instituées dans le service de M. le professeur Gailleton, à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, par M. le docteur Bouveyron, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de ladite ville, des applications longtemps prolongées de substances *faiblement* radio-actives, telles que le nitrate d'uranium ou de thorium, la pechblende, etc., auraient sur le lupus une action aussi efficace que celle du radium. C'est ainsi que, dans un cas de lupus de la partie supérieure du bras, qui résistait depuis un an et demi aux traitements les plus divers (pointes de feu, photothérapie, ablation sanglante, etc.) et où la lésion — un placard couvrant une surface un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs — se présentait parsemée de tubercules en évolution, sillonnée d'épais tractus chéloïdiens, profondément infiltrée et saillante comme un macaron, notre confrère a obtenu en quinze jours une diminution notable de l'infiltration, par l'application continue d'un pansement renfermant 5 grammes de nitrate d'uranium, substance dont l'activité radiante est de 5,200 à 19,000 fois plus faible que celle des échantillons de radium qui ont été utilisés par M. Danlos. Le vingtième jour, les tubercules avaient tous disparu et l'on ne constatait plus que quelques tractus chéloïdiens au niveau de la cicatrice. La guérison était complète un mois après le début du traitement; le quarantième jour, il ne restait qu'une cicatrice rosée, fine et lisse dans toute son étendue.

Pendant ce temps, un placard lupique de même âge et de même étendue, siégeant sur la joue droite et laissé sans traitement, afin qu'il pût servir de point de comparaison, n'avait fait qu'empirer : il semble donc bien légitime d'attribuer aux radiations émanées du nitrate d'uranium la guérison du lupus du bras.

Quant au mode d'action de ce traitement, on peut remarquer que le sel d'uranium, étant appliqué au contact immédiat des téguments, agit par la totalité des radiations qu'il émet, tandis que le tube ou la boîte dans lesquels on est obligé de renfermer le radium arrêtent tout au moins le faisceau α des rayons qui en émanent. Il convient de noter également que les pansements relativement imperméables permettent d'emmagasiner l'émanation des sels radio-actifs et, partant, d'utiliser l'activité radio-inductrice de cette émanation.

Le sucre à hautes doses contre l'amaigrissement des névropathes.

S'inspirant des travaux de M. le professeur Chauveau, qui font du sucre l'aliment type, M. le docteur E. Toulouse, médecin de l'asile d'aliénés de Villejuif, a eu l'idée de combattre l'amaigrissement des névropathes par la suralimentation sucrée. Les doses de sucre, administrées par notre confrère *en outre* de l'alimentation ordinaire, ont varié de 50 à 500 grammes par jour. Avec une quantité de 200 à 300 grammes, l'accroissement quotidien de poids serait en moyenne d'une cinquantaine de grammes, mais, dans certains cas, il a été beaucoup plus élevé : il a même quelquefois atteint 500 grammes, c'est-à-dire un chiffre supérieur à la quantité de sucre ingérée. Des malades soumis à la suralimentation sucrée pendant plusieurs mois consécutifs ont ainsi augmenté du tiers de leur poids initial.

Le lait paraît être l'aliment le plus propre à exalter le pouvoir d'engraissement du sucre. Aussi convient-il d'instituer le régime lacté quand on veut obtenir de la suralimentation sucrée le maximum d'effet utile.

Ajoutons que le sucre à hautes doses est généralement fort bien toléré, et ne passe dans les urines que si le sujet est diabétique. En vue de prévenir des accidents éventuels, notre confrère pratique l'épreuve de la glycosurie alimentaire chaque fois qu'il se propose d'instituer le régime de la suralimentation sucrée, l'urine étant examinée une heure, deux heures et quatre heures après l'ingestion du sucre; en outre, au cours du traitement, il convient de faire l'analyse des urines chaque semaine : or, sur une soixantaine de malades ainsi traités, 2 seulement ont eu de la glycosurie pendant les périodes de suralimentation sucrée.

Le sulfate de quinine en applications locales contre la fièvre des foins.

On sait que von Helmholtz a préconisé les injections nasales avec une solution de quinine à 0.10 pour 30 contre la fièvre des foins. Or, si ce moyen thérapeutique ne donne le plus souvent que des résultats momentanés et imparfaits, cela tiendrait, d'après un médecin américain, M. le docteur Henry D. Fulton (de Pittsburg), à ce que, employé de la sorte, le médicament n'agit que d'une façon intermittente sur la muqueuse nasale. C'est pourquoi notre confrère associe aux pulvérisations, dans le traitement de la fièvre des foins, l'usage d'une pommade à la quinine.

Les pulvérisations nasales sont répétées deux ou trois fois par vingt-quatre heures, avec une solution saturée de sulfate de quinine dans l'eau stérilisée. En outre, on applique sur la muqueuse pituitaire, toutes les six heures — au besoin même toutes les quatre heures —, une pommade contenant 2 grammes de sulfate de quinine pour 30 grammes de vaseline. Afin d'éviter l'apparition des symptômes pendant la nuit, il convient de faire une application au moment du coucher et une autre à deux ou trois heures du matin.

En procédant ainsi, on parviendrait généralement à arrêter d'emblée le coryza; l'irritation concomitante des conjonctives, des trompes d'Eustache et de la muqueuse palatine ne tarderait pas à s'amender également.

Traitement de la myiase nasale par les courants continus.

Dans un cas de myiase nasale, où l'œdème de la face s'était peu à peu étendu aux muqueuses et menaçait de provoquer une crise mortelle de suffocation, M. le docteur H. Vaz (de São Paulo) a obtenu d'excellents effets par l'emploi de courants continus de faible intensité. L'électrode négative étant appliquée sur le front, une anode terminée en olive fut introduite dans la bouche — les arcades dentaires étant maintenues écartées par des plaques de liège — et mise en contact avec la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx, puis promenée pendant cinq minutes sur les différents points de la cavité pharyngienne et du larynx sus-glottique. Dès la première application du courant, on vit s'échapper vingt-six larves des fosses nasales; deux autres applications galvaniques, pratiquées à trente minutes d'intervalle, firent ensuite sortir encore d'autres larves. On termina par quelques lavages à l'eau boriquée chaude, en vue d'entraîner mécaniquement ceux des parasites qui avaient pu échapper à l'action du courant électrique. L'œdème disparut bientôt et le malade guérit complètement.

TRAVAUX ORIGINAUX

La dénutrition par persistance de la sécrétion lactée.

I

Etroitement liée, au point de vue fonctionnel, avec l'appareil génital, la glande mammaire de la femme, d'abord de tous points semblable à celle de l'homme, ne commence à s'en séparer qu'à l'époque de la puberté pour participer dès lors à toutes les phases de l'activité des organes génitaux internes. Fonction essentiellement intermittente, la sécrétion lactée a pour excitants physiologiques habituels d'abord la présence du fœtus dans l'utérus et, ensuite, les succions exercées par l'enfant sur le mamelon. Est-ce à dire que ces conditions normales résument toute l'histoire de l'activité de la glande mammaire? Il s'en faut, car, en dehors d'elles, diverses excitations peuvent aboutir au même résultat. Pour être plus ou moins rares, ces anomalies n'en sont pas moins bien connues et classées. Elles ont notamment fait, il y a plus de vingt ans, l'objet d'une étude d'ensemble publiée par M. R. Duval (1), qui établissait, pour la sécrétion mammaire *non puerpérale* chez la femme adulte, les cinq catégories suivantes : 1° celle où l'activité glandulaire est mise en jeu par la fonction menstruelle; 2° celle où elle est stimulée par une tumeur du sein; 3° les cas où l'écoulement laiteux se montre au cours d'une affection de l'appareil utéro-ovarien; 4° ceux où il est provoqué par des excitations mécaniques ou psychiques ne dépendant d'aucune modification matérielle des organes; 5° les cas de sécrétion mammaire après la ménopause.

J'ai eu récemment l'occasion de constater qu'il est une autre anomalie de la sécrétion lactée, anomalie qui, loin de constituer une simple curiosité pathologique, présente un intérêt pratique incontestable, car elle est susceptible d'entraîner des conséquences fâcheuses pour la santé de la femme, et mérite à ce titre d'être étudiée de très près.

II

Voici tout d'abord l'observation qui a attiré mon attention sur ce sujet.

Une jeune primipare, qui, en raison de l'insuffisance manifeste de sa sécrétion lactée, s'était vue obligée, dès les premiers jours, de recourir à l'allaitement mixte, est appelée, cinq mois après son accouchement, à se séparer pendant quelques semaines de son bébé et à procéder, en conséquence, à un sevrage brusque. Au bout de deux jours, ses seins étant très engorgés et douloureux, elle les vide en exerçant, elle-même, des succions au moyen d'une téterelle. Elle se livre à cette pratique pendant une quinzaine de jours, d'abord plusieurs fois par jour, puis, au fur et à mesure que la sécrétion semble diminuer, moins fréquemment. L'activité de la glande mammaire continue, cependant, à se manifester, quoique d'une façon très modérée : non seulement il suffit d'exercer sur le sein une légère pression pour voir se produire un écoulement laiteux, mais encore, le matin, la femme remarque souvent que sa chemise a été, pendant la nuit, mouillée par le lait. Cette sécrétion lactée augmentait, d'ailleurs, quelque peu sous l'influence de la moindre fatigue, voire même à l'occasion d'un simple exercice physique, tel qu'une marche prolongée. Relativement peu incommodée par cet état de choses, cette femme jugea inutile d'entreprendre quoi que ce fût pour y remédier.

Sur ces entrefaites, et encore que vivant dans de très bonnes conditions hygiéniques, elle commença à maigrir et à présenter, de temps à autre, des palpitations cardiaques. Consulté pour ces troubles, son médecin habituel, à qui elle n'avait, du reste, rien dit au sujet de la persistance de la sécrétion lactée, crut avoir affaire à une anémie banale et conseilla l'emploi des toniques et un séjour au bord de la mer. Ce traitement étant resté sans effet, et la dénutrition ayant plutôt augmenté, la malade vint me trouver quelques mois plus tard. Comme le confrère qui l'avait vue auparavant, je fus frappé par les signes d'anémie, sans pouvoir d'abord trouver à cet appauvrissement du sang une explication plausible. Et, de fait, la patiente venait de passer plusieurs mois dans un pays très sain, vivant au plein air et évitant toute fatigue. La percussion et l'auscultation des poumons ne dénotaient rien d'anormal, pas plus que l'examen des organes abdominaux. Il n'existait pas de troubles du côté des organes génitaux; la menstruation, qui était réapparue peu de temps après le sevrage, se faisait depuis lors très régulièrement.

J'en étais là de mes investigations lorsque, après avoir ausculté le cœur, je ne fus pas peu surpris de remarquer que la pression exercée par le stéthoscope avait fait sourdre du mamelon gauche une gouttelette de liquide lactescent. En comprimant alors le sein entre mes doigts, je pus amener quelques nouvelles gouttes de liquide; répétée sur la glande mammaire du côté opposé, cette manœuvre donna le même résultat. En présence de cette constatation, la première hypothèse qui me vint à l'esprit fut tout naturellement celle d'une nouvelle grossesse; mais, outre que la malade avait eu ses règles quelques jours auparavant, elle ne présentait absolument aucun signe susceptible de faire croire à l'existence d'un état gravidique. Au surplus, en l'interrogeant au sujet de la sécrétion mammaire, inopinément constatée au cours de mon examen, je ne tardai pas à apprendre que cette sécrétion n'avait jamais discontinué depuis le sevrage de l'enfant, c'est-à-dire *depuis vingt-six mois*. Par pudeur, la patiente n'avait pas osé en parler, n'attribuant, d'ailleurs, aucune importance à cette particularité. Loin de partager cette manière de voir, je me demandai s'il n'existait pas quelque relation entre cette persistance de la sécrétion lactée et les troubles de la nutrition dont se plaignait la malade et qui avaient résisté au traitement purement symptomatique. Toutefois, avant d'essayer d'élucider cette question, je tins à me rendre compte de la nature de ladite sécrétion : l'examen microscopique que je pratiquai à cet effet décela, à côté de corpuscules du colostrum, de véritables globules du lait et quelques rares cellules épithéliales mal conservées; ces éléments figurés étaient, du reste, dissociés et isolés, tous caractères qui, conformément aux recherches de M. Palazzi (1), permettaient d'affirmer qu'il s'agissait, non pas d'une sécrétion survenue au cours d'une nouvelle grossesse, mais d'un cas de persistance du fonctionnement des glandes mammaires longtemps après l'allaitement.

Fort de cette constatation, et afin d'arrêter la sécrétion lactée, je prescrivis à la malade l'antipyrine — préconisée il y a une quinzaine d'années à titre d'antigalactogogue (Voir *Semaine Médicale*, 1890, Annexes, p. CXC) —, à la dose quotidienne de 1 gr. 50 centigr., divisée en trois cachets. Au bout de quelques jours, la patiente constatait que, même en exerçant des pressions énergiques sur les seins, on ne parvenait plus à amener aucun écoulement. Fait curieux, et que l'on ne saurait évidemment attribuer à une simple coïncidence, depuis lors les troubles présentés par cette femme allèrent en s'atténuant, et cela en l'absence de tout traitement médicamenteux; elle ne tarda pas à se remettre complètement et reprit même de l'embonpoint.

III

Voilà donc un cas qui semble singulier non seulement en raison de la persistance extraordinaire du fonctionnement des glandes mammaires, mais encore et surtout à cause du retentissement que cette anomalie a eu sur l'état général de la patiente.

Toutefois, pour si insolite que le fait paraisse au premier abord, il s'en faut qu'il soit absolument sans analogues.

Laissons de côté, pour le moment, la question des troubles de la nutrition, consécutifs à l'anomalie en question, pour ne nous occuper que du fait même de la persistance de la sécrétion lactée.

Que se passe-t-il à l'état normal? L'hypertrophie du tissu glandulaire et son activité fonctionnelle durent aussi longtemps que l'allaitement. Celui-ci une fois terminé, « les cellules continuent à sécréter pendant les quelques jours qui suivent la lactation, et les alvéoles reviennent ensuite lentement sur eux-mêmes. Beaucoup de cellules engraissées se détachent de la membrane propre et se transforment en un résidu qui est à peu près résorbé. La glande entre en régression et reste dans cet état jusqu'à ce qu'une nouvelle gestation la rappelle à l'activité » (1).

Telle est la loi générale, et, s'il est vrai qu'elle n'est pas sans souffrir d'exceptions, il n'en reste pas moins que ces écarts de la règle n'ont pas suffisamment attiré l'attention des auteurs, puisqu'on ne les trouve signalés ni dans la thèse de M. Duval, ni dans les travaux de M. Th. Landau (2) et de M. Temesváry (3). En fait d'anomalies de durée de la sécrétion, ce dernier auteur se borne tout simplement à rappeler que dans certains pays, comme la Hongrie, les femmes du peuple continuent à allaiter leurs enfants jusqu'à l'âge de trois ans, voire même au delà. Il va de soi que les faits de cette catégorie n'ont rien à voir avec le sujet qui nous occupe, puisque notre étude vise précisément le fonctionnement des glandes mammaires, persistant longtemps après que l'allaitement a pris fin ou encore en l'absence de tout allaitement : tel fut le cas de la malade observée par M. Tceitline (4), chez laquelle la sécrétion lactée durait depuis cinq ans, bien que cette femme n'eût jamais allaité. Il convient, toutefois, de remarquer que le fait relaté par l'auteur russe ne saurait, en réalité, être rapproché de notre observation, étant donnée l'existence, chez la patiente de M. Tceitline, d'une métrite disséquante.

Mais, sans tenir compte des cas de cette nature, où l'écoulement laiteux est tout simplement sous la dépendance d'une affection de l'utérus ou des ovaires, on doit reconnaître que la cessation de l'allaitement ne met pas toujours fin à l'activité glandulaire. C'est ainsi que M. Opitz — en s'élevant contre la distinction que l'on fait habituellement entre le « colostrum » et le « lait », suivant que le liquide en question contient ou non des corpuscules du colostrum — s'exprime textuellement comme il suit : « Nous voyons cependant des sécrétions abondantes se produire un an encore après la terminaison

(1) René Duval. De la sécrétion mammaire non puerpérale. (*Thèse de Paris*, 1881.)

(1) G. Palazzi. Sopra alcune differenze microscopiche fra la secrezione mammaria durante la gravidanza e quella finito l'allattamento. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, août 1894.)

Voir également le travail de M. E. B. Truman : The colostrum corpuscle of human milk. (*Lancet*, 1er sept. 1888.)

(1) L. Duclert. Etude histologique de la sécrétion du lait. (*Thèse de Montpellier*, 1893.)

(2) Th. Landau. Ueber einige Anomalien der Brustdrüsensecretion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 août 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 335.)

(3) R. Temesváry. Ueber einige Anomalien der Milchabsonderung. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 8 et 15 déc. 1894.)

(4) Tceitline. Un cas de fonctionnement des glandes mammaires durant depuis cinq ans, en l'absence de tout allaitement (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn*, janv. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 157.)

d'un allaitement normal, sécrétions qui contiennent des corpuscules du colostrum, mais ne se distinguent, macroscopiquement, en rien du lait » (1). D'autre part, en consultant le mémoire de M. Palazzi (2), on remarque que les recherches de cet auteur ont porté, en partie, sur la sécrétion mammaire de 3 femmes chez lesquelles la fin de l'allaitement remontait respectivement à sept, dix-sept et trente-deux mois.

Non seulement la sécrétion lactée peut durer fort longtemps, mais elle peut encore être très abondante, se traduisant par une véritable galactorrhée. On trouve dans la littérature médicale, et notamment dans les comptes rendus des diverses Sociétés savantes, la relation de quelques cas de ce genre, qui, pour n'être pas cités dans les travaux spécialement consacrés aux anomalies de fonctionnement des glandes mammaires, n'en méritent pas moins d'être connus.

Moir (3) a rapporté l'histoire d'une femme, qui, sans avoir nourri aucun de ses enfants, voyait cependant, après chacun de ses accouchements, la sécrétion lactée se prolonger jusqu'au troisième mois de la grossesse suivante : après la naissance de son second bébé, les glandes mammaires fonctionnèrent ainsi dix-huit mois; après le troisième accouchement, la sécrétion persista deux ans; après le quatrième, vingt-cinq mois, et après le cinquième, vingt-quatre mois environ, lorsque survint une fausse couche, à la suite de laquelle la patiente n'eut plus d'enfants.

L'observation relatée par Kneeland (4) concerne une femme de trente-cinq ans, accouchée depuis cinq ans et qui, après avoir nourri vingt-quatre mois — pendant lesquels elle avait, d'ailleurs, présenté de la galactorrhée — vit sa sécrétion lactée persister.

A la Société obstétricale de Londres, M. Gibbons (5) a communiqué un cas dans lequel les deux seins fonctionnèrent normalement pendant les premières semaines qui suivirent l'accouchement, puis le lait disparut du côté droit; peu après, la mère sevra son enfant, mais le sein gauche continua à donner 600 grammes de lait dans les vingt-quatre heures. Cette galactorrhée unilatérale dura onze mois pour cesser brusquement à la suite de la réapparition des règles.

IV

On sait que l'allaitement prolongé au delà d'un an ou de dix-huit mois n'est pas sans présenter des inconvénients plus ou moins graves pour la nourrice. C'est ainsi qu'on a depuis longtemps signalé des ménorrhagies « par superlactation » (Marion Sims). D'autre part, M. Sinclair (6) a pu établir que la cessation brusque d'un allaitement de trop longue durée est susceptible non seulement de déterminer une hyperémie de l'appareil utéro-ovarien, mais encore de favoriser, par involution exagérée de cet appareil, un prolapsus complet ou partiel de la matrice.

Ces accidents mis à part, il importe encore de tenir compte des désordres de l'état général (épuisement), voire même des troubles psychiques, que signalent, comme conséquences de la lactation prolongée, Ashwell (1), Hewitt (2), Hood (3), etc.

La simple persistance de la sécrétion lactée après la fin de l'allaitement peut-elle avoir les mêmes inconvénients?

Il est évident que, dans les cas où le fonctionnement prolongé des glandes mammaires revêt le caractère d'une véritable galactorrhée, cette hyperactivité glandulaire comporte absolument les mêmes suites que la galactorrhée puerpérale, laquelle peut, comme toute autre sécrétion pathologique, apporter un trouble profond dans les échanges organiques et aboutir à une dénutrition très marquée.

M. Nussbaum dit avoir observé « plusieurs cas dans lesquels le fonctionnement des glandes mammaires avait persisté pendant un ou deux ans environ après le sevrage, et où la sécrétion lactée était encore tellement accentuée qu'il se produisait une véritable galactorrhée. Appauvrissement considérable du sang, amaigrissement, sensation de faiblesse, nervosisme, telles furent les conséquences de cette déperdition persistante et considérable d'humeurs » (4).

Dans son travail, l'auteur allemand a relaté deux observations de cette espèce. La première a trait à une femme de trente-sept ans qui, après avoir nourri son sixième enfant jusqu'à l'âge de neuf mois, présenta durant un an et demi une forte galactorrhée bilatérale avec épuisement consécutif. Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans ayant eu, en tout, deux grossesses; comme le premier enfant, le second fut sevré à neuf mois, mais cette fois-ci la sécrétion lactée ne diminua point après le sevrage et, au bout d'un an, la patiente fut amenée à consulter M. Nussbaum pour anémie avec faiblesse, anorexie et symptômes d'un ulcère de l'estomac. Chez ces deux femmes, l'usage de laxatifs et d'antipyrine à doses fréquemment répétées, associé à l'emploi d'un pansement compressif des seins, ne tarda pas à tarir la sécrétion, après quoi les troubles de l'état général allèrent en s'atténuant et finirent par disparaître, sous l'influence d'un traitement approprié. Il convient, toutefois, de faire remarquer que, dans les deux cas en question, il existait des complications du côté des organes génitaux (endométrite catarrhale chez la première malade et rétroflexion de l'utérus avec métrite chez la seconde), de sorte qu'il se peut fort bien que ces faits rentrent tout simplement dans la catégorie des cas où l'écoulement lacté a pour excitant un état morbide de l'appareil utéro-ovarien. Quoi qu'il en soit, ils n'en font pas moins ressortir le caractère de gravité que peut revêtir le fonctionnement prolongé et *exagéré* des glandes mammaires.

Après avoir relaté ses deux observations, M. Nussbaum ajoute ce qui suit : « Dans la littérature, je trouve un cas de fonctionnement prolongé des glandes mammaires, publié par M. Tceitline, qui le considère comme unique. » Le fait relaté par l'auteur russe paraît, en effet, unique *en son genre*, à cause de la coexistence de la sécrétion lactée persistante avec une métrite disséquante (5). Mais, en ce qui concerne le fonctionnement prolongé des glandes mammaires, envisagé en lui-même, M. Nussbaum aurait pu — comme nous venons de le voir au cours de cet article — trouver dans la littérature médicale un certain nombre d'autres observations. Il y a plus : il aurait pu se rendre compte que les suites fâcheuses de cette sorte d'hyperactivité glandulaire n'avaient point échappé à l'observation des auteurs anciens. Et, de fait, dans un ouvrage, publié en 1859, Claude Bernard s'exprime de la façon suivante : « On a vu chez les femmes quelquefois la sécrétion lactée exagérée durer très longtemps et devenir une cause d'épuisement. On peut penser que la diminution d'action du grand sympathique puisse causer ces phénomènes en activant outre mesure la circulation dans l'organe. Cela paraîtrait en rapport avec l'influence qu'on dit avoir obtenue dans ces cas de l'emploi de l'électricité, qui est un agent de resserrement des vaisseaux par l'excitation portée sur la glande ou sur les nerfs sympathiques. » (1).

V

Dans le passage que nous venons de citer, tout comme dans les observations de M. Nussbaum, il n'est question que de l'épuisement causé par la sécrétion lactée *exagérée* non seulement comme durée, mais encore *comme quantité*. L'histoire de notre malade — et c'est là précisément ce qui en fait l'intérêt — prouve que le fonctionnement prolongé des glandes mammaires peut amener la dénutrition *alors même qu'il n'y a point de galactorrhée*.

Loin de nous la pensée de croire qu'il s'agisse ici d'un cas tout à fait exceptionnel. Nous estimons, au contraire, que le fait doit se présenter plus souvent qu'on ne serait tenté de le supposer au premier abord, et, s'il reste méconnu, c'est que les malades n'attirent pas l'attention du médecin sur cette sécrétion anormale, soit par sentiment de pudeur, soit que, peu incommodées par l'écoulement, elles n'y attachent aucune importance.

Quoi qu'il en soit, il nous a été possible de nous convaincre que notre observation n'est pas absolument isolée : nous avons, en effet, trouvé dans la littérature médicale une communication de M. Beltz (2), concernant une femme qui, après une première couche, n'avait nourri que quelques jours et chez laquelle la sécrétion lactée persista plus de deux années; à la suite d'un deuxième accouchement, après un allaitement de huit jours seulement, la sécrétion lactée — qui présentait la structure et la composition physiologique du lait — persista quatre ans *sans galactorrhée vraie, car le lait ne s'échappait pas spontanément*. Au moment des règles, la sécrétion, au lieu de diminuer, augmentait; à chaque époque menstruelle, il se produisait une montée de lait. « Cette femme — disait M. Beltz dans sa communication —, sans présenter d'affection caractérisée, éprouve des douleurs d'estomac, de reins, une faiblesse, une lassitude générale : elle offre un certain degré d'anémie. Nous pensons qu'il est utile de suspendre et de supprimer cette sécrétion lactée, cause probable de ces désordres fonctionnels. »

Le premier enseignement qui est à tirer de ces faits, c'est qu'il ne faut pas toujours faire fi du préjugé populaire qui exige que l'on fasse « passer le lait » de la nourrice au moment où elle cesse d'allaiter. Quelque absurdes que soient les histoires fantastiques des conséquences du *lait répandu*, on ne doit pas oublier la parole de Shakespeare : *There is some soul of goodness in things evil* (il y a quelque âme de bonté dans les choses mauvaises). Il peut aussi y avoir quelque chose de vrai même dans les pires préjugés.

D'autre part, la notion de l'existence possible d'une dénutrition par persistance de la sécrétion lactée mérite d'être retenue et d'être pré-

(1) Opitz. Ueber die Begriffe « Milch » und « Colostrum ». (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 août 1884, p. 515.)

(2) G. Palazzi. (*Loc. cit.*)

(3) Moir. Cases of prolonged lactation. (*Edinburgh Obstet. Soc.*, séance du 14 juin 1848, in *Monthly Journ. of Med. Science*, sept. 1848.)

(4) Kneeland. Prolonged secretion of milk. (*Boston Soc. for Med. Improvement*, séance du 22 sept. 1851, in *Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv. 1852.)

(5) Gibbons. (*Semaine Médicale*, 1887, p. 75.)

(6) W. J. Sinclair. Some effects of long-continued lactation upon the ovaries and uterus. (*Med. Times and Gaz.*, 4 sept. 1880.)

(1) S. Ashwell. On the morbid consequences of undue lactation. (*Guy's Hosp. Report*, 1840, V, p. 59-68.)

(2) G. Hewitt. Excessive lactation and its effects. (*Lancet*, 6 juillet 1867.)
Voir dans le même journal (3 décembre 1859, p. 562) une note intitulée : Exhaustion from suckling.

(3) W. C. Hood. Melancholia depending on prolonged lactation. (*Med. Times and Gaz.*, 23 avril 1853.)

(4) Nussbaum. Ueber lange anhaltende Funktion der Milchdrüsen. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 mai 1903.)

(5) Sur 20 observations de métrite disséquante que M. Tceitline a trouvé dans la littérature médicale, aucune ne fait mention de l'état des glandes mammaires (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 157).

(1) Cl. Bernard. Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme. T. II, p. 230. Paris, 1859.

(2) Beltz. Persistance de la sécrétion lactée. (*Bull. de la Soc. méd. de Reims*, [1875] 1876, n° 14, p. 72.)

sente à l'esprit du praticien toutes les fois qu'il a affaire à une femme atteinte d'anémie avec dépérissement sans cause apparente, et cela d'autant plus que, contrairement à la galactorrhée vraie, le fonctionnement prolongé *mais modéré* des glandes mammaires risque fort d'être passé sous silence par la malade. Il appartient, par conséquent, au médecin d'être familiarisé avec cette cause particulière de troubles de la nutrition et de savoir la dépister, s'il ne veut pas s'exposer à épuiser vainement tout l'arsenal thérapeutique que comporte le traitement symptomatique banal des anémies.

Dr L. Cheinisse (de Paris).

CHIRURGIE PRATIQUE

L'esprit d'asepsie dans le traitement des plaies.

Les guerres modernes auront, du moins, l'avantage, à coup sûr inescompté, de nous fournir des données nouvelles sur l'évolution des plaies, et sur la part exacte qui revient, dans cette évolution, à l'initiative thérapeutique. On sait quels étonnements suscitèrent les relations chirurgicales de la guerre anglo-boer, et la bénignité si remarquable des plaies par balles : dans 88 % des cas, d'après M. Küttner, les sétons des parties molles, quelle que fût leur longueur, guérissaient sans suppuration et sous un seul pansement, et cet heureux pronostic s'appliquait même aux plaies et aux fractures articulaires : les suppurations des jointures étaient rares, et, sur 92 blessés du genou, 28, près du tiers, reprenaient leur place, à l'avant, au cours de la campagne. Et voilà que les premières nouvelles, bien clairsemées encore, de la guerre russo-japonaise semblent témoigner dans le même sens.

Qu'il y ait là une propriété spéciale à la balle de petit calibre, enchemisée et animée d'une force de pénétration jusqu'alors inconnue, on n'en saurait douter; mais, pourtant, ces expériences de guerre ont démontré aussi que le premier pansement devait être simple, sec, stérile, et rien de plus; que, même lors de fracas étendu des os, toute exploration, tout rhabillage compliqué devaient être proscrits; qu'il fallait, en d'autres termes, tenir la plaie pour « pratiquement » aseptique, n'y pas toucher et l'occlure, et que même, à cette besogne d'occlusion primitive, le caillot, desséché et adhérent, pouvait suffire.

Nous sommes loin des doctrines, jusqu'alors régnantes, de la désinfection initiale des plaies, et c'est à ce point de vue que, tout en tenant compte des conditions particulières signalées plus haut, il est utile de tirer enseignement de ces faits de guerre pour la pratique de paix, et d'étendre, dans une certaine mesure, les conclusions qui s'en dégagent à d'autres traumatismes que les plaies par armes à feu.

La croyance à l'action bactéricide, *in vivo*, des antiseptiques n'est-elle pas encore le dogme commun? Toute plaie est infectée, dit-on; toute plaie doit être, avant tout, désinfectée : or, l'agent souverain de désinfection, c'est l'antiseptique. Et l'on traite le foyer traumatique, vivant, comme je ne sais quel terrain inerte, quel milieu de laboratoire, en l'irriguant de solutions chimiques diverses, d'autant plus nocives pour les cellules vivantes qu'elles le sont pour les microbes; le pansement humide, imprégné des mêmes antiseptiques, complété par un imperméable et fréquemment renouvelé, répond aux mêmes errements, déjà presque traditionnels.

Or, ne savons-nous pas, à l'heure présente, que les tissus vivants trouvent en eux-mêmes leurs meilleures défenses, et qu'à les dilacérer, les brûler, les paralyser, sous le prétexte d'une recherche et d'une destruction hypothétique des microbes, on court le risque de vicier et d'annihiler le processus naturel de guérison? Et, si l'on songe aux conditions dans lesquelles se réalise, en pratique courante, cette « antisepsie » primitive des plaies, ne peut-on dire sans paradoxe que, pour beaucoup d'entre elles, ce n'est pas le traumatisme, c'est le traitement qui crée l'infection?

L'occlusion initiale, pure et simple, eût mieux valu; et, d'ailleurs, les résultats obtenus par M. le docteur W. J. Van Stockum, chirurgien de l'hôpital municipal de Rotterdam, annoncés par lui au dernier Congrès français de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 353) et sur lesquels il revenait tout récemment, revêtent, sous ce rapport, une signification qu'on ne saurait méconnaître. Depuis 1900, notre confrère traite toutes les plaies, en y comprenant les fractures compliquées, par « l'embaumement » : on ne lave pas, on ne « désinfecte » pas, on ne touche ni à la plaie ni à la zone ambiante, mais, séance tenante, on verse dans le foyer traumatique une abondante quantité de baume du Pérou, et, par-dessus, l'on applique un pansement simple et absorbant. Ce pansement reste vingt jours en place. S'agit-il d'une fracture, on le complète par l'immobilisation avec des attelles ou un appareil plâtré; et si la fracture ne s'accompagne que d'une perforation étroite de la peau, on injecte le baume par cette perforation, sans l'agrandir, avec une seringue stérilisée. Or, sur 90 fractures ouvertes, ainsi traitées, 78 ont guéri sans le moindre incident; 8 ont guéri, également sans suppuration, mais après élimination de corps étrangers; 4 seulement ont suppuré, et, de ces 4 cas, un seul s'est terminé par l'amputation secondaire. Et M. Van Stockum préconise l'embaumement, ainsi réalisé, comme le meilleur pansement primitif à appliquer sur le champ de bataille.

Quoi qu'il en soit, et sans vouloir renoncer, hors des cas d'urgence extrême, à la détersion initiale, on ne saurait oublier qu'elle peut être souvent nocive et que, souvent aussi, le danger d'infection commence, pour la plaie, avec le contact humain. M. le docteur L. Ihrig (de Budapest) insistait, il y a quelques mois, sur ces « principes biologiques » du traitement des plaies; « l'infection, écrivait-il fort justement, est une vie dans la vie; elle procède du conflit de différents processus vitaux », et c'est pour cela qu'il faut s'efforcer de débarrasser le foyer traumatique des agents septiques, sans nuire à la vitalité des tissus, qui seront, eux, les meilleurs agents de guérison. En pratique, on ne touchera pas à la plaie; on la couvrira d'une compresse stérilisée, pendant le lavage et la détersion de la zone ambiante; elle-même, on ne la détergera qu'avec la solution salée physiologique, aux tampons stériles, sans frotter, sans curetter, sans faire saigner, en excisant nettement, aux ciseaux ou au bistouri, les lambeaux détachés et les haillons de tissus morts, en débridant, s'il le faut; ce sera une besogne minutieuse, précise — exclusivement mécanique. Le pansement qui suivra sera stérile aussi, sec, absorbant, et, grâce à cette dernière et indispensable propriété, il fournira, à la défense propre des cellules vivantes, le meilleur adjuvant.

L'année dernière, M. le docteur Carl Gontermann reprenait expérimentalement, dans le service de M. le docteur von Bergmann, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Berlin, l'étude de l'action comparée du pansement sec, stérile, et du pansement humide, antiseptique, et ses conclusions, entièrement confirmatives, d'ailleurs, de ce que nous apprend la clinique journalière, n'en valent pas moins d'être citées : on ne constate point une action « empêchante » des antiseptiques sur le développement des germes, dans les plaies; la teneur en germes des plaies accidentelles non suppurées est plus élevée sous le pansement antiseptique humide imperméable que sous le pansement aseptique, sec; les pansements humides ne sont nullement un moyen sûr de prévenir la suppuration dans les plaies; et cette conclusion, un peu inattendue, mais fort instructive, qu'il faut donner la préférence à la gaze iodoformée, à cause de son pouvoir spécial d'absorption, auquel se joint encore, ajoute l'auteur, une certaine action sur les microorganismes. A notre sens, c'est la première propriété qui est capitale, pour la gaze iodoformée, comme pour d'autres gazes dites antiseptiques, et, si elles donnent de bons résultats, ce n'est point à leur imprégnation chimique qu'elles le doivent, mais à l'excellence de leur tissu.

Qu'on ait donc de bonne gaze souple, poreuse, absorbante; qu'elle soit simplement stérilisée; qu'elle soit sèche, et qu'autour d'elle on dispose un manchon suffisant d'ouate hydrophile; que ce pansement soit bien maintenu et bien fermé, et l'on aura placé la plaie dans les conditions les plus rationnelles et les plus physiologiques d'une évolution régulière et d'une défense normale. Tout autre est ce pansement humide, à imperméable, qui crée au-dessous de lui un véritable milieu de culture, comme l'avait démontré, dès 1897, M. Préobrajensky, comme le démontre, tous les jours encore, l'observation clinique. Qu'il puisse être utile, dans quelques conditions, sur une plaie douloureuse ou déjà infectée, d'imprégner de sérum chaud ou d'eau oxygénée les couches profondes du pansement, on ne saurait le nier; mais si l'on enveloppe le membre, par-dessus, d'un imperméable, on supprime du coup l'évaporation et, par là même, le processus normal d'absorption à la surface de la plaie, et c'est une sorte de vase clos que l'on a réalisé. C'en est fini des taffetas gommés, du mackintosh et des baudruches : à le redire, on ne fait que répéter une vérité démontrée, depuis longtemps déjà, par l'étude de la biologie des plaies, mais l'erreur routinière exige ces répétitions.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

De la délimitation abdominale du foie et de la rate, au cas d'ascite.

On entend souvent dire — et l'on peut lire dans plus d'un écrit — qu'il est très difficile, sinon impossible, de reconnaître et de déterminer, au cas d'ascite, les bords antérieurs du foie et de la rate.

Cette proposition n'est vraie, dans l'hypothèse considérée, que si le médecin prétend tirer, des modes usuels d'examen et, plus spécialement, de la percussion, les renseignements cliniques dont il a besoin pour conclure.

Elle ne l'est plus, s'il a recours à la pression modifiée, à la palpation modifiée ou, plus exactement encore, à la pression et à la palpation combinées; auquel cas, l'exploration marginale des organes en question donne des résultats si nets, que leur délimitation en devient plus aisée qu'elle ne l'est en toute autre condition par les méthodes ordinaires.

Ce procédé a été beaucoup moins étudié en séméiologie splénique (encore qu'il convienne parfaitement à l'exploration de la rate) qu'en séméiologie hépatique. Je l'applique, depuis plusieurs années, à l'examen de l'un et de l'autre de ces organes chez les ascitiques. Il consiste, en ce qui concerne le foie :

Pour Murchison, en une pression avec la pointe des doigts, brusquement et perpendiculairement à la surface de l'abdomen;

Pour Rendu, en une dépression brusque de la paroi abdominale avec le plat de la main, refoulant la nappe de liquide et faisant sentir une surface dure et résistante, qui répond à la face convexe du foie;

Pour M. Labadie-Lagrave, en une palpation qui déprime brusquement la paroi abdominale.

C'est la *palpation saccadée* de M. Eichhorst et de M. Mayet; la *palpation saccadée et profonde* de M. Chauffard et, pour M. Létienne, une secousse qui provoque le « *phénomène du glaçon* ».

M. Bouzoud, dont la thèse de doctorat (1), inspirée par M. le docteur Roussel, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, est l'étude la plus complète que nous ayons de ce sujet, a décrit il y a trois ans ce mode d'exploration — ou, pour parler plus correctement, le phénomène qu'il permet de constater — sous le nom de « choc hépatique ».

Commentant une observation publiée par M. le professeur Dieulafoy dans les deux dernières éditions de son *Manuel de pathologie interne*, observation où il est dit qu'on « sentait le foie, en déprimant la paroi avec les doigts placés verticalement », M. Bouzoud croit justement « qu'il est préférable, en général, de rechercher le choc avec toute la surface palmaire des doigts ».

« On se placera, écrit-il, de préférence à gauche du malade. On appliquera doucement sur la région de l'hypocondre droit les doigts allongés, le pouce un peu écarté des autres. Puis, le talon de la main restant à peu près immobile, les quatre derniers doigts, serrés les uns contre les autres, exécuteront, autour des articulations métacarpo-phalangiennes, et avec ensemble, des mouvements brusques et alternatifs de flexion et d'extension..... Doit-on palper avec les deux mains ou avec une seule? L'une et l'autre manière peuvent être essayées tour à tour. L'observateur emploiera de préférence la main droite, s'il est placé à gauche du malade, et inversement. Contrairement à ce que Rendu conseille pour la palpation ordinaire, on procédera de haut en bas, afin de sentir le choc (s'il est possible de l'obtenir), avant que la paroi, déjà irritée par plusieurs dépressions brusques, ait réagi par la contraction de ses muscles. »

Le sujet sera d'abord examiné en décubitus dorsal. Si, dans cette position, l'épreuve était négative, on essaierait du décubitus droit et gauche. On pourrait, au cas d'orthopnée, examiner le malade en position assise.

Quoi qu'il en soit de ce détail, la manœuvre en question refoule le liquide ascitique et permet au doigt de l'explorateur d'arriver au contact du tissu hépatique sous-jacent.

Dans le mécanisme du choc hépatique, le foie ne joue pas le rôle actif que lui attribue M. Létienne par la comparaison qu'il en fait avec le phénomène du glaçon. Cet organe ne flotte pas sur le liquide ascitique, comme le glaçon sur l'eau, puisque la densité du foie est supérieure à celle de l'ascite; il y plonge et, d'autre part, les doigts de l'explorateur n'y perçoivent pas deux contacts distincts, ce qui devrait advenir s'il y avait choc en retour.

Ce serait donc du *choc rotulien*, plutôt que du *ballottement fœtal*, qu'il faudrait rapprocher le choc hépatique, si l'on tenait à établir un parallèle entre ce signe et d'autres faits cliniques.

C'est, si je ne me trompe, un caractère essentiel du mode d'exploration nécessaire à la recherche du phénomène en question, d'être un procédé *mixte* de pression et de palpation.

Il faut presser et palper, pour ainsi dire, en même temps.

Après un fréquent recours à ce genre d'examen, je crois pouvoir, à l'aide d'une métaphore, en donner une idée exacte, tout en me dispensant d'une description littérale de sa technique: le médecin, placé à droite ou à gauche du patient, d'une main ou des deux mains, *tambourine* sur l'abdomen du malade ou, mieux, en use comme d'un piano sur lequel il fait des gammes ou plaque des accords, de bas en haut suivant des lignes transversales ou obliques, parallèles au bord antérieur du foie, qu'il ne tarde pas à reconnaître.

On pourrait l'appeler, par un artifice mnémotechnique faisant image, le *procédé du piano*.

Des conditions qui influent sur la perception du choc, deux sont nécessaires : 1° ascite; 2° foie débordant les fausses côtes par augmentation de son volume ou par abaissement;

Trois sont simplement favorables : 1° consistance accrue du tissu hépatique; 2° épanchement ascitique moyen; 3° paroi abdominale mince et sans défense musculaire.

La notion de ces conditions permet de prévoir dans quelles circonstances pathologiques le choc hépatique sera perçu.

On l'a noté surtout, jusqu'à présent, dans le foie cardiaque et la cirrhose veineuse (hypertrophique) d'origine alcoolique.

Pour ma part, je l'ai perçu, et fait percevoir par plusieurs confrères : dans la *cachexie palustre* accompagnée d'ascite et d'hépatomégalie; dans un cas de *cirrhose* à étiologie mixte (paludisme et alcool), avec foie déformé et abaissé plutôt qu'augmenté de volume; dans 2 cas, diagnostiqués, de *cancer massif* du foie; dans 3 cas de *cancer nodulaire*. Chez ces 5 derniers malades, le volume du foie était tel que cet organe débordait, d'au moins quatre travers de doigt, le rebord des fausses côtes et pouvait être suivi jusque dans l'hypocondre gauche.

Même au cas de *cirrhose veineuse atrophique*, sans abaissement du foie, les résultats négatifs de la recherche du choc ne seraient pas dépourvus d'intérêt diagnostique; car, la percussion fixant les limites supérieures du foie, il ressortirait, de l'une et de l'autre constatation, qu'il y a diminution du volume de l'organe.

S'il est vrai que l'ascite et le développement du foie soient, pour la perception du choc par la palpation profonde et saccadée, deux conditions nécessaires, il était à présumer que le même procédé doit rendre possible et facile, *chez les ascitiques*, la détermination du bord antérieur de la *rate* augmentée de volume et indurée.

Il doit y avoir un *choc splénique*, comme il y a un choc hépatique, l'un et l'autre tributaires du même mode d'examen.

Cependant, de tous les auteurs classiques, Murchison est, que je sache, le seul qui ait signalé la pression ou palpation saccadée comme susceptible d'une application commune à un corps solide quelconque, foie, rate ou tumeur, contenu dans un abdomen ascitique : « Si, écrit-il (1), on exerce la pression avec la pointe des doigts, brusquement et perpendiculairement à la surface, on éprouve souvent la sensation d'un déplacement du liquide et on sent que les doigts viennent au contact de quelque corps solide, tel qu'un foie ou une rate augmentés de volume, ou une tumeur. »

Quant à M. Bouzoud, il n'a pas vu, dans les hôpitaux, d'exemple de *choc splénique*, mais il considère, comme vraisemblable, l'existence de ce signe et dit que M. Roussel en aurait observé quelques cas dans sa clientèle privée.

En ce qui me concerne, j'ai eu l'occasion de le constater chez des *paludéens cachectiques*, rapatriés de Madagascar, avec une grosse rate, un gros foie et de l'ascite.

Ajoutons, conformément aux remarques de M. Bouzoud, que l'ascite étant, pour le choc hépatique ou splénique, une condition *sine qua non*, ce choc devient, à son tour, un signe indirect d'ascite. Mais, quand on le perçoit, le diagnostic « ascite » est si évident par ailleurs, que ce n'est plus là, pourrait-on dire, qu'un renseignement de luxe.

L.-E. BERTRAND,
Médecin de la marine, correspondant de l'Académie de médecine.

(1) A. BOUZOUD. Du choc hépatique (étude de séméiologie du foie). (*Thèse de Lyon*, 1901.)

(1) CH. MURCHISON. Leçons cliniques sur les maladies du foie (traduit sur la 2e éd. anglaise par J. Cyr), p. 441. Paris, 1878.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1904.

Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum.

M. Quénu. — Dans la grande majorité des cas de rétrécissement syphilitique du rectum, l'établissement d'un anus iliaque me paraît constituer le traitement de choix. La suppuration, et la cachexie qu'entraîne celle-ci, sont, en effet, des conséquences tout à fait rebelles de la lésion chronique du rectum, sans parler des phénomènes d'infection secondaire, tels que ceux qui constituent le pseudo-rhumatisme articulaire, fréquemment symptomatique des rétrécissements du rectum. Grâce à l'anus iliaque, on voit la suppuration diminuer peu à peu et, parallèlement, l'état général s'améliorer. L'anus artificiel doit être définitif, mais, d'autre part, je crois qu'il y a intérêt à ne fermer l'orifice supérieur du bout inférieur que cinq ou six semaines après l'établissement de l'anus iliaque, de façon à utiliser d'abord ce bout inférieur pour pratiquer des lavages. On peut, grâce à cette manière de faire, espérer la transformation du rectum atrésié en un cordon fibreux presque imperméable.

Dans un petit nombre de cas seulement, on pourra pratiquer l'extirpation complète du rectum, après l'établissement préalable d'un anus iliaque. Voici une malade chez laquelle j'ai obtenu ainsi un résultat parfait, en pratiquant l'extirpation périnéale de 12 centimètres du rectum, et en abouchant à l'anus l'intestin abaissé; cinq semaines plus tard, j'ai fermé l'anus iliaque, sans aucune difficulté.

Gastrostomie pour imperforation de l'œsophage.

M. Demoulin. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Villemin: il s'agit d'un cas d'imperforation de l'œsophage, chez un nouveau-né, traitée au troisième jour par la gastrostomie; l'enfant vécut seulement cinq jours après l'opération. L'autopsie a démontré que, comme cela a lieu le plus souvent, le bout inférieur de l'œsophage s'ouvrait dans la trachée, le bout supérieur se terminant en cul-de-sac.

Je n'ai trouvé dans la science que deux autres interventions de ce genre, qui se sont terminées également par la mort. En raison de la communication du bout inférieur de l'œsophage avec les voies aériennes, qui est presque la règle, on peut conclure que la gastrostomie ne sert à rien dans le cas d'imperforation de l'œsophage, attendu qu'on ne peut arriver à assurer l'alimentation par la bouche stomacale. Peut-être, en pareil cas, serait-il préférable de pratiquer la jéjunostomie plutôt que la gastrostomie.

M. Broca. — Je crois pour ma part que toute tentative opératoire est inutile dans le cas d'imperforation de l'œsophage.

Guérison d'une fistule urétérale élevée par l'abouchement rectal.

M. Chaput. — Ayant, au cours de l'ablation d'un sarcome du bassin, réséqué très haut l'uretère droit adhérent à la tumeur, je fis la ligature du canal, dans le but d'atrophier le rein, et j'établis un drainage sacré, de sorte que, au bout de deux jours, il existait une fistule urétérale de la région sacrée. Je dérivai ultérieurement l'urine dans le rectum, et la plaie sacrée s'oblitéra rapidement.

J'estime qu'on ne peut guère compter sur la ligature atrophiante de l'uretère, mais que cette ligature a l'avantage de protéger pendant quelques jours la plaie contre le contact de l'urine.

La technique que j'ai employée me paraît préférable à la néphrectomie, à l'abouchement de l'uretère à la peau, ou à l'implantation de ce canal dans le côlon. D'autre part, j'ai opéré l'année dernière une malade atteinte de fistule urétéro-vaginale, en pratiquant l'abouchement de l'uretère dans l'anse sigmoïde; or, cette

femme continue à se bien porter; elle a plusieurs selles liquides par jour et ne présente pas de signes d'infection du rein.

M. Djemil-Pacha (de Constantinople) envoie une note, à propos de la récente discussion sur les sutures artérielles, dans laquelle il déclare avoir fait deux fois la suture de l'artère axillaire, et une fois la suture de l'artère iliaque externe, avec succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 1er et 8 juillet 1904.

Des effets du régime hyper et hypochloruré dans l'hystérie.

M. Vincent. — Le chlorure de sodium, absorbé en excès, n'a pas seulement une influence fâcheuse sur la muqueuse stomacale et sur le filtre rénal. Il paraît encore aggraver l'état des sujets atteints d'affections essentielles du système nerveux, telles que l'hystérie.

Si l'on fait prendre à des hystériques, outre le régime alimentaire habituel, de 12 à 15 grammes de chlorure de sodium par jour, on voit les troubles nerveux s'accentuer et parfois le nombre des attaques augmenter. Le chlorure de sodium paraît même avoir la propriété de faire apparaître les crises d'hystérie chez les sujets atteints de cette affection à l'état latent. En même temps, ces sujets accusent des douleurs gastriques vives, de l'insomnie, et les stigmates de la névrose s'accentuent notablement. En outre, on constate quelquefois des crises diarrhéiques et des vomissements qui soulagent le malade, par l'élimination de sel qu'ils déterminent.

Au contraire, sous l'influence du régime hypochloruré, les troubles stomacaux peuvent régresser et les crises convulsives disparaître.

Le chlorure de sodium en excès jouerait donc, vis-à-vis de l'hystérie latente, le même rôle que l'alcool, le plomb, le mercure, etc., et aggraverait les troubles nerveux déjà existants chez les hystériques avérés. Chez ceux qui sont en même temps hyperchlorhydriques, le régime alimentaire hypochloruré amène une détente sensible des symptômes gastriques et peut être un adjuvant précieux du traitement général.

M. Claude. — Ayant eu l'occasion d'observer les bons effets de la déchloruration dans certaines affections relevant d'un trouble fonctionnel du système nerveux (psychoses, asthme), dû lui-même à un état dyscrasique bien caractérisé (neuro-arthritisme), j'ai recherché si le chlorure de sodium pouvait faire varier, chez l'homme en état de bonne santé, les mutations nutritives. Dans ce but, j'ai fait deux séries d'expériences ayant consisté à analyser les urines d'un sujet adulte qui, tout en étant soumis au même régime alimentaire, a été privé de sel pendant cinq jours et en a absorbé au contraire 10 ou 12 grammes pendant les jours suivants.

J'ai pu m'assurer ainsi que, sous l'influence d'une alimentation ne contenant que le chlorure de sodium qui fait partie des aliments, le taux des chlorures des urines diminue progressivement; celui de l'urée baisse brusquement et remonte parfois certains jours; les phosphates sont augmentés et les rapports de l'acide phosphorique à l'urée et à l'azote total indiquent une exagération de la désassimilation ou de la déperdition phosphorique. Le coefficient d'utilisation azotée s'abaisse également d'une façon notable. La cryoscopie indique en outre une diminution globale des éliminations.

Ces constations, de même que les troubles de l'état général ressentis par le sujet pendant la déchloruration (lassitude, inaptitude au travail, crampes, troubles dyspeptiques), établissent que la proportion de chlorure de sodium par rapport à la quantité et à la nature des aliments absorbés n'est pas sans influence sur la nutrition, et qu'il y a lieu de rechercher dans les maladies générales la quantité de sel qu'il convient d'introduire dans une alimentation donnée pour le meilleur fonctionnement de l'économie.

Splénomégalie chez une cholémique avec cyanose et polyglobulie transitoires.

M. Rist. — Je vous présente, au nom de M. Guinon et au mien, une petite fille de dix ans, atteinte depuis plusieurs années d'une splénomégalie considérable dont l'apparition a été précédée d'un subictère chronique, qui persiste encore actuellement. Le foie n'est pas augmenté de volume. L'examen des urines y a démontré la présence des sels et des pigments biliaires. Ces substances existent également dans le sang; la résistance globulaire est accrue, ainsi que le pouvoir protecteur du sérum contre l'action hémolytique des sels biliaires. On constate, enfin, chez cette petite malade, une polyglobulie avec cyanose, phénomène qui n'avait pas encore été noté au cours des splénomégalies d'origine biliaire.

Cette splénomégalie nous paraît devoir être considérée comme étant fonction de la cholémie, c'est-à-dire comme une réaction d'immunisation contre l'intoxication biliaire; par conséquent, on ne saurait y voir l'expression d'une maladie de Banti.

M. Œttinger. — La plupart des cas qui ont été rapportés sous le nom de maladie de Banti sont assez dissemblables, et je crois qu'il y aurait lieu d'étudier de nouveau ce syndrome clinique qui me paraît mal défini.

La coexistence d'un ictère avec splénomégalie est en tous cas signalée dans plusieurs observations dénommées maladie de Banti.

J'ai, pour ma part, observé un malade qui présentait une rate très volumineuse avec légère ascite disparaissant par intervalles; or, cet homme — dès le début de sa maladie, qui remontait à cinq ou six ans — avait eu, durant plus d'un an, un ictère à répétition qui avait complètement disparu quand je l'observai pour la première fois.

Actuellement, et depuis plus d'un an, il offre le tableau clinique suivant : splénomégalie très accusée, légère ascite intermittente, anémie peu prononcée; quoiqu'il n'existe dans les urines ni pigments biliaires, ni urobiline, quoique le sérum sanguin ne contienne pas de bilirubine, et que l'analyse des urines ne décèle pas de modifications dans les rapports urologiques, je suis convaincu que le foie, tout en fonctionnant relativement bien, est légèrement touché. Il me paraît s'agir d'une affection ayant de nombreux points d'analogie avec la cirrhose biliaire hypersplénomégalique, mais qui s'en différencie par l'absence d'ictère; on pourrait peut-être expliquer ces différences en admettant un stade d'arrêt ou une régression dans l'évolution des lésions; en effet, depuis plus d'un an, la maladie n'a fait aucun progrès.

Pour ce qui concerne l'altération du sang, j'ai constaté, à côté d'une diminution du nombre des globules rouges (3,500,000), une leucopénie assez accusée avec légère mononucléose; le chiffre des globules blancs ne dépasse pas 2,500 à 3,000.

Insuffisance nasale fonctionnelle.

M. Lermoyez relate l'observation d'une jeune fille qui, jusqu'à l'âge de vingt et un ans, n'a pu respirer autrement que par la bouche, bien que ses fosses nasales fussent parfaitement perméables. C'est à la suite d'un rhume de cerveau, contracté à l'âge de quatorze ans, que cette malade a cessé de respirer par le nez, et ce trouble fonctionnel a ensuite persisté malgré la disparition de l'affection qui l'avait provoqué. L'orateur dit avoir déjà observé un cas analogue chez une jeune femme hystérique qui ne respirait que par la bouche, sous peine d'accidents syncopaux, quoique ses fosses nasales ne fussent le siège d'aucune altération. Il s'agit là d'une variété d'aboulie motrice systématisée, qu'on parvient en général assez facilement à faire disparaître par la rééducation des mouvements nécessaires à l'accomplissement de la fonction troublée.

A l'occasion de ces faits, l'orateur rappelle que, chez les neuf dixièmes au moins des enfants adénoïdiens, on constate une insuffisance fonctionnelle analogue du nez, car, même après avoir été correctement débarrassés de leurs végétations, ces enfants éprouvent une réelle difficulté à respirer par le nez, simplement parce qu'ils en ont perdu l'habitude. Aussi le traitement chirurgical des végétations adénoïdes doit-il être suivi, pour produire tous ses effets, de quelques séances de rééducation des fonctions nasales.

Kyste médian du cervelet, d'origine congénitale.

M. Ménétrier présente, en son nom et au nom de M. Gauckler, un kyste médian du cervelet, ayant à peu près le volume d'une mandarine et qui s'accompagnait d'une hydropisie ventriculaire due à la compression de la veine de Galien et de la partie inférieure de l'aqueduc de Sylvius. L'examen microscopique a démontré que ce kyste n'était pas de nature néoplasique, mais très probablement d'origine congénitale.

Une particularité clinique mérite d'être signalée, dans ce fait : le malade porteur de ce kyste tombait tantôt à droite et tantôt à gauche, mais jamais en arrière; cette double latéralité de la chute pourrait peut-être être considérée comme un signe de la localisation médiane des tumeurs du cervelet, susceptible de fixer le point sur lequel devrait porter, le cas échéant, l'intervention chirurgicale.

Sur un cas de rhumatisme chronique ankylosant d'origine tuberculeuse.

M. Barbier montre, en son nom et au nom de M. Français, un enfant de sept ans, qui est atteint de rhumatisme chronique déformant, ayant débuté il y a six mois par les articulations tibio-tarsiennes, avec fièvre, sueurs et amaigrissement. Actuellement, ce rhumatisme a envahi les hanches, les genoux, les épaules, la colonne cervicale et les extrémités des membres supérieurs : il s'accompagne d'une atrophie musculaire considérable avec déformation des jointures, déviation des membres et impotence fonctionnelle. Il existe en outre des adénopathies abdominales, axillaires et trachéo-bronchiques. Il faut noter, enfin, que l'épreuve de la tuberculine a fourni un résultat positif.

La radiographie ayant montré, d'autre part, l'intégrité des os, l'orateur conclut de ce fait que le rhumatisme tuberculeux déformant est surtout un rhumatisme fibreux, et que les déformations sont uniquement la conséquence de la rétraction des tissus fibreux péri-articulaires.

Ramollissement de l'hémibulbe droit par thrombo-artérite syphilitique.

M. Laignel-Lavastine présente, en son nom et au nom de M. Couzard, une femme de quarante-deux ans, syphilitique, qui, au septième mois d'une grossesse, fut prise brusquement d'aphonie avec troubles de la déglutition. Actuellement, on constate chez cette malade une paralysie avec atrophie de la moitié droite de la langue et du voile du palais, une paralysie de la corde vocale droite, un léger degré d'énophtalmie avec myosis du côté droit, une diminution de l'ouïe du même côté, et enfin une paralysie de la partie supérieure du trapèze droit.

L'orateur croit devoir rattacher ce complexus symptomatique à un ramollissement par thrombose d'origine syphilitique de l'artère centrale bulbaire supérieure droite, vaisseau qui irrigue les noyaux de l'hypoglosse et du spinal.

La température urinaire chez les tuberculeux.

M. Mantoux fait une communication dans laquelle il expose les avantages que présente, chez les tuberculeux du sexe masculin, la prise de la température urinaire, que l'on obtient en faisant uriner le malade sur le réservoir d'un thermomètre à maxima. Ce procédé fournirait des résultats plus précis que la prise des températures buccale et axillaire; il est, d'autre part, plus facile à employer que la prise de la température rectale, celle-ci donnant seule des indications plus exactes. Il faut savoir, toutefois, que la température des urines ne suit pas immédiatement les variations de température du corps, en raison du temps nécessaire au liquide urinaire pour s'échauffer ou se refroidir. C'est là, à certains égards, un inconvénient de la méthode, mais cette particularité offre, par contre, l'avantage de mettre à l'abri de la cause d'erreur due à l'élévation émotive de la température, qui se produit, chez certains tuberculeux, au moment où l'on se dispose à placer le thermomètre.

Sur la pathogénie du doigt hippocratique.

M. Béclère fait remarquer, à propos de la communication de MM. Bezançon et de Jong sur le doigt hippocratique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 204), que cette déformation est toujours la conséquence d'une lésion pulmonaire ou cardiaque provoquant la rétention,

dans le système veineux capillaire des extrémités digitales, des poisons dont l'élimination est assurée à l'état normal par les échanges pulmonaires.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juillet 1904.

Lésions des neurofibrilles, produites par la toxine tétanique.

M. Marinesco. — J'ai examiné, à l'aide de la méthode de Ramón y Cajal, la moelle de trois cobayes morts de convulsions tétaniques à la suite de l'injection de toxine sèche. La lésion des neurofibrilles porte essentiellement sur les cellules radiculaires et sur quelques cellules des cordons à fibrilles rouges; quant aux cellules à fibrilles noires, elles sont peu ou pas altérées.

On trouve dans les cellules radiculaires des lésions très variables comme aspect et comme intensité; la plupart représentent les différents stades du processus dégénératif des neurofibrilles. C'est ainsi que nous constatons la désintégration granuleuse des fibrilles, leur fragmentation, leur raréfaction et enfin leur dégénérescence complète. Toutes ces lésions peuvent se combiner entre elles, mais dans quelques cellules on trouve comme lésion prédominante soit la fragmentation des fibrilles, soit la dégénérescence granuleuse.

La lésion des neurofibrilles se continue dans les prolongements, quoique à un degré moins accusé.

Il y a lieu de se demander si ces lésions sont dues à l'action directe du poison tétanique sur les neurofibrilles ou bien si elles ne résultent pas de l'hyperactivité ou de la fatigue de la cellule. Ce qui plaiderait contre cette dernière opinion, c'est le fait que la fatigue la plus prolongée n'aboutit pas à des lésions aussi graves que celles que nous venons de décrire. Sans doute, le tétanos, comme tout autre poison convulsivant, détermine des lésions d'usure, mais il n'est guère vraisemblable que toutes les modifications des neurofibrilles soient dues exclusivement à l'hyperactivité cellulaire.

Absorption de la graisse par les leucocytes.

M. Ramond. — Une graisse quelconque, finement émulsionnée dans de l'eau légèrement alcalinisée, et injectée dans la cavité péritonéale de cobayes, provoque, dans les premières heures, un afflux considérable de polynucléaires pseudo-éosinophiles, mais qui n'absorbent pas les particules de graisse. Ces leucocytes semblent préparer la voie aux mononucléaires de tout diamètre, qui apparaissent dès la première heure, augmentent rapidement de nombre, si bien qu'au bout de vingt-quatre heures ils ont à peu près remplacé tous les polynucléaires; ce sont eux qui absorbent la graisse, et la digèrent plus ou moins rapidement, suivant sa qualité. Une injection ultérieure de la même graisse, par contre, amène d'emblée la production de la mononucléose, sans polynucléose préparatoire. L'organisme est pour ainsi dire vacciné vis-à-vis de cette graisse. Le sérum des animaux ainsi préparés, injecté à d'autres animaux, confère à leurs humeurs le pouvoir d'absorber d'emblée la même graisse par leurs mononucléaires. Cette réaction est spécifique, car une graisse différente, inoculée à un de ces animaux, provoque d'abord de la polynucléose; un mélange de la graisse spécifique et d'une autre graisse produit simultanément de la polynucléose et de la mononucléose.

Ces expériences, répétées un grand nombre de fois, peuvent avoir une double portée pratique : elles permettent de déceler, par les réactions humorales, une adultération possible d'une graisse quelconque, huile d'olive, par exemple; et ensuite, grâce à l'injection de sérums spécifiques, on pourrait peut-être favoriser la digestion cellulaire d'une partie de la graisse qui encombre les tissus des polysarciques.

Pseudo-tumeurs et lésions du squelette de nature parasitaire.

MM. Charrin et **Le Play.** — Voici des pièces provenant d'animaux auxquels nous avons injecté un champignon qui, fréquemment, se rencontre sur la vigne attaquée par le phylloxéra.

A la suite d'injections sous-cutanées ou intrapéritonéales, on voit se développer sous la peau ou dans les séreuses toute une série de nodosités de volume variable, les plus grosses pouvant atteindre les dimensions d'un œuf de pigeon. La disposition et le nombre de ces nodosités rappellent la carcinose; elles sont constituées par le champignon enveloppé dans un tissu formé par des leucocytes et des éléments fibreux. Il y a là des pseudo-tumeurs de nature à la fois parasitaire et inflammatoire. On retrouve dans ces tumeurs un pigment noir que le parasite produit dans les cultures, en sorte que cet aspect se complète par celui d'une carcinose mélanique.

Chez ces mêmes animaux, on rencontre des lésions du squelette, en particulier des nodosités costales. Cette constatation est spécialement intéressante en ce sens qu'avec un autre champignon (*Oospora Guinardi*), on provoque aussi des altérations osseuses. Celles-ci portent sur la forme (nodosités, courbures) et sur la constitution chimique (diminution de la chaux, du phosphore) des os. La radiographie montre, en outre, que ces os sont plus transparents.

On sait que ces parasites vivent volontiers aux dépens du sucre; chez l'animal, le foie est pour eux un milieu de prédilection. Il est probable que, comme *in vitro*, par la destruction des éléments hydrocarbonés, il se produit des acides capables d'attaquer le squelette.

Il existe enfin, dans divers organes, surtout dans le foie et les reins, des lésions parfois considérables, dont la distribution indique que le champignon doit agir par lui-même ou par ses toxines.

Sur l'agglutination du streptocoque.

M. Detot. — Nous avons cherché à déterminer l'agglutination de divers échantillons de streptocoques, en particulier du streptocoque recueilli dans la gorge des scarlatineux. Pour cela, nous avons examiné les réactions macroscopique et microscopique produites par le sérum de scarlatineux sur une culture homogène de streptocoque provenant de phlegmons, d'otites suppurées, de scarlatine, etc. Nous avons obtenu des résultats tantôt positifs, tantôt négatifs ou douteux. Aussi ne pensons-nous pas qu'on puisse actuellement appliquer le sérodiagnostic aux infections streptococciques, ni déduire des conclusions au sujet de la spécificité des streptocoques.

Structure du chancre syphilitique.

M. Bosc (de Montpellier) envoie une note dans laquelle il montre, d'une part, que le chancre syphilitique est constitué par une prolifération cellulaire pure, à la fois épithéliale et conjonctivo-vasculaire, et d'autre part que les lésions épithéliales de la pustule syphilitique d'inoculation présentent la série des modifications cellulaires et des dégénérescences qu'il a précédemment décrites dans la vaccine, la variole, la clavelée et qui existent à leur degré le plus élevé dans le cancer.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 juillet 1904.

Syphilis héréditaire à la deuxième génération.

M. Ed. Fournier. — On entend, par syphilis héréditaire à la deuxième génération, la syphilis héréditairement contractée d'un père ou d'une mère hérédo-syphilitique.

Cette syphilis de deuxième génération se manifeste-t-elle, comme l'hérédo-syphilis simple, par des accidents virulents en même temps que par des manifestations dystrophiques? Sur ce point, la plupart des auteurs ne se prononcent pas. M. Tarnowsky admet la possibilité d'accidents virulents, mais seulement dans le cas de « syphilis binaire », c'est-à-dire lorsque l'ascendant du sujet atteint de syphilis à la deuxième génération est non seulement hérédo-syphilitique, mais encore a contracté une syphilis acquise. Pour ma part, d'après l'étude des observations que j'ai relevées dans les travaux de MM. Jullien, Barthélemy, Finger et Tarnowsky, ainsi que des faits que j'ai pu recueillir moi-même, je suis convaincu que, si la syphilis héréditaire de deuxième génération produit le plus généralement des troubles dystrophiques, elle donne lieu aussi, bien que beaucoup plus rarement, à des accidents virulents.

J'ai réuni, en effet, 116 observations de ménages entachés d'hérédo-syphilis, avec renseignements précis sur leur descendance. Dans ces 116 ménages, on relève 366 grossesses, qui ont fourni comme résultats : 115 avortements, 59 naissances d'enfants décédés au bout de peu de temps, 192 naissances d'enfants ayant survécu. On voit déjà par ces chiffres que, même à la deuxième génération, la syphilis héréditaire exerce encore une influence désastreuse sur la natalité et détruit près de la moitié de la descendance.

Que sont maintenant devenus les 192 enfants survivants? 31 seulement sont restés sains; les 161 autres présentent des tares dystrophiques d'hérédo-syphilis et 22 d'entre eux sont atteints de lésions indéniables de syphilis virulente (roséole et syphilides papuleuses, 6 fois; gommes, 6 fois; syphilides palmaires ou plantaires, 4 fois; sarcocèle syphilitique, 4 fois; syphilides muqueuses, 2 fois). Quant aux accidents dystrophiques de la syphilis héréditaire de deuxième génération, ils sont identiques à ceux que provoque l'hérédo-syphilis simple, sauf que les tares oculaires y semblent plus fréquentes.

De l'étude de tous ces faits, on peut conclure que la syphilis héréditaire de deuxième génération exerce une influence très nocive sur la descendance : tuant plus des deux cinquièmes des enfants, elle produit des dystrophies chez 80 % des survivants, et des syphilides virulentes chez 14 %.

M. A. Fournier. — Les faits probants sont actuellement assez nombreux pour qu'on soit fixé sur la réalité de la syphilis de deuxième génération et sur sa nature virulente dans quelques cas. Je ne partage donc pas l'opinion de M. Tarnowsky, qui pense, comme vient de le rappeler M. Ed. Fournier, que la syphilis héréditaire de deuxième génération ne donne lieu à des manifestations virulentes que quand il s'agit de syphilis binaire. D'après M. Tarnowsky, la gravité de cette syphilis binaire est très variable : il admet des cas abortifs, où l'on voit un hérédo-syphilitique contracter un chancre infectant, sans avoir aucune autre manifestation dans la suite. Ne s'agit-il pas là plutôt d'une syphilide tertiaire chancriforme, de cette lésion identique, en apparence, au chancre, mais survenant au cours d'une syphilis parfois vieille de plus de vingt ans, et sans qu'il soit possible d'établir une contagion nouvelle?

M. Brocq. — L'existence des syphilides tertiaires chancriformes est démontrée non seulement par leur origine spontanée, mais encore par l'absence de l'adénopathie, qui fait si rarement défaut dans le chancre vrai.

M. A. Fournier. — L'absence d'adénopathie est en effet relevée dans 98 % des cas de syphilide tertiaire chancriforme.

M. A. Renault. — De plus, ces syphilides, comme toutes les lésions gommeuses, guérissent sous l'influence de l'iodure de potassium, ce qui n'est pas le cas pour le chancre infectant.

M. Sabouraud fait une communication sur les résultats que lui a fournis la radiothérapie dans le traitement des teignes; il en conclut à la supériorité de cette méthode sur tous les autres moyens thérapeutiques.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 29 juin 1904.

Convulsions cloniques des muscles du pharynx et du larynx.

M. Sinnhuber présente un homme qui, depuis un ictus survenu il y a quatre ans, est affecté d'incertitude dans la marche avec attitude particulière, rappelant celle des parkinsoniens, mais sans tremblement; il souffre en

outre de céphalées, et offre un affaiblissement des facultés intellectuelles. Au point de vue des antécédents, la syphilis est douteuse.

En dehors de ces phénomènes, la manifestation la plus curieuse que l'on constate chez ce malade consiste en des secousses rythmiques au niveau du cou, secousses qui ne sont pas synchrones avec les battements cardiaques et que l'on ne peut donc attribuer à des pulsations vasculaires; ces secousses — au nombre de 40 à la minute — s'observent également au niveau du voile du palais, du pharynx et des cartilages aryténoïdes; elles sont continuelles et persistent même pendant le sommeil. L'excitabilité électrique des régions atteintes est conservée; les réflexes pharyngés et laryngés font défaut.

L'orateur croit pouvoir attribuer ces divers symptômes à une lésion des régions postérieures du cerveau.

M. Oppenheim dit avoir constaté dans un cas les mêmes phénomènes; il a pu s'assurer que, chez son malade, les contractions du voile du palais et du larynx étaient synchrones, ce qui démontre que ces deux organes ont une innervation commune.

M. Martin Brasch est d'avis que les troubles mentaux présentés par le malade de M. Sinnhuber autorisent à porter le diagnostic de paralysie générale.

M. Max Rothmann déclare que les convulsions de ce genre s'observent parfois chez les hystériques.

M. P. Heymann dit avoir pu faire la même constatation; dans un cas, il a vu ces troubles disparaître à la suite d'une ovariotomie.

M. Sinnhuber fait observer que rien, chez son malade, ne permet de conclure à l'hypothèse de manifestations hystériques.

Paralysie générale juvénile.

M. P. Bernhard montre 3 garçons affectés de paralysie générale, ayant débuté respectivement à six ans et demi, sept ans et demi et neuf ans. Dans ces 3 cas, outre l'agitation et l'affaiblissement intellectuel, on note des troubles de la parole, d'origine bulbaire. Comme étiologie, la syphilis héréditaire est certaine pour 2 de ces petits malades, probable pour le troisième. A ce propos, l'orateur rappelle des statistiques établissant que la paralysie générale juvénile a son maximum de fréquence dans la quinzième année, c'est-à-dire pour la période de la vie où l'hérédo-syphilis peut le plus faire sentir son action, puis qu'elle décroît jusqu'à vingt-cinq ans.

Sur la diminution de fréquence des kystes hydatiques en Allemagne.

M. Orth fait une communication, à la suite des faits récemment exposés par M. J. Hirschberg (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 198), dans laquelle il déclare que, d'après les protocoles d'autopsie de l'Institut pathologique, les cysticerques du cerveau sont devenus beaucoup plus rares depuis 1875, cette diminution étant marquée surtout pour les cinq dernières années; par contre, la fréquence des échinocoques n'aurait pas varié dans le même laps de temps.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 4 juillet 1904.

Sur l'« infusion » intrapulmonaire d'une solution de tuberculine chez les tuberculeux.

M. Oestreich fait observer, à propos de la récente communication de M. P. Jacob sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 198), que les résultats constatés chez des vaches tuberculeuses, à la suite de l'infusion intrapulmonaire de solutions de tuberculine, ne sont pas absolument probants, attendu que l'enkystement spontané des foyers tuberculeux n'est pas rare chez ces animaux.

En ce qui concerne l'application de la méthode à l'homme, l'orateur ne la croit pas très légitime; les lésions tuberculeuses ont en effet pour conséquence d'oblitérer les ramifications bronchiques, et par suite d'empêcher la pénétration du liquide jusqu'au niveau du foyer morbide.

M. Westenhöffer déclare avoir fait l'autopsie d'une des malades traitées par M. Jacob; il a constaté une caverne au sommet droit; tout le poumon, de ce côté, était le siège de foyers d'hépatisation ou de caséification; à gauche, on remarquait des lésions de tuberculose miliaire, avec des foyers de broncho-pneumonie; les reins contenaient des métastases tuberculeuses; les autres organes étaient indemnes. Cette femme avait reçu en tout 5 infusions, dont les 3 dernières par une plaie de trachéotomie. L'orateur ajoute que ces lésions sont tout à fait semblables à celles que Virchow a jadis constatées chez les sujets traités par les injections sous-cutanées de tuberculine.

M. Litten est d'avis que, vu la quantité relativement faible de liquide introduit dans le poumon, vu sa rapide résorption, vu enfin l'absence d'action bactéricide de la tuberculine, on ne saurait attendre aucun résultat thérapeutique de cette méthode.

Quant aux améliorations observées chez les malades de M. Jacob, elles tiennent à ce qu'il s'agissait de tuberculeuses dans un état avancé de dénutrition; les malades de ce genre voient toujours leur état s'améliorer notablement pendant les trois ou quatre premiers mois, sous l'influence d'un traitement quel qu'il soit.

M. Max Salomon conteste la légitimité de tout traitement local appliqué à la tuberculose, qui est avant tout — et malgré sa localisation apparente au poumon — une infection générale. Il rappelle l'insuccès constant des thérapeutiques locales préconisées contre diverses infections générales, soit chroniques (syphilis), soit aiguës (diphtérie, fièvre typhoïde), à localisation primitive bien nette. Au reste, le nombre des malades soumis jusqu'ici aux infusions intrapulmonaires est beaucoup trop faible pour qu'on puisse déjà fonder quelque espoir sur cette méthode : qu'on se rappelle les centaines de tuberculeux qui avaient été présentés comme guéris par les injections sous-cutanées de tuberculine, et les désillusions qui ont suivi ces premiers succès apparents !

M. B. Lewy insiste sur la disproportion entre les doses « infusées » aux vaches par MM. Jacob et Bongert, et celles qu'ils ont administrées à l'homme; de sorte que, même si les améliorations constatées sur les animaux étaient réellement dues au traitement, il serait cependant illégitime d'en rien conclure relativement aux essais thérapeutiques sur l'homme.

M. Max Wolff signale, comme M. Oestreich, la possibilité de l'enkystement spontané des foyers tuberculeux du poumon chez la vache.

Neurofibromatose du système nerveux central.

M. A. Plehn relate l'observation d'une jeune femme de vingt-trois ans, qui offrait des troubles divers (céphalalgie, anorexie, amaigrissement, amblyopie) que l'on crut pouvoir attribuer à la syphilis; et une amélioration qui se produisit tout d'abord sous l'influence du traitement ioduré ne fit que confirmer cette opinion. Mais les symptômes ne tardèrent pas à reparaître et à s'aggraver, et la patiente mourut subitement.

A l'autopsie, on constata qu'il s'agissait d'une neurofibromatose étendue à tout le système nerveux central; la tumeur primitive siégeait dans les méninges cérébelleuses et avait donné naissance à deux séries de métastases, les unes ayant envahi l'ensemble des centres nerveux et empiétant même sur le système nerveux périphérique (ganglions rachidiens), les autres occupant les méninges cérébro-spinales. Sur les téguments existaient aussi quelques petits noyaux neurofibromateux.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le chimisme urinaire dans les maladies du pancréas, par M. P. J. Cammidge.

Une des notes dominantes des perturbations métaboliques, chez les sujets atteints d'une lésion du pancréas, est la dissociation de la graisse en acides gras et en glycérine; aussi retrouve-t-on, dans l'urine des « pancréatiques », une quantité anormale de glycérine puisée par le rein dans le sang circulant. Cela étant, l'auteur a basé, sur la recherche de cette glycérine, une méthode de diagnostic des affections pancréatiques, qui consiste essentiellement à transformer la glycérine en glycérose par un acide minéral (azotique, chlorhydrique ou sulfurique), la présence de la glycérose étant ensuite décelée par l'apparition des cristaux microscopiques que donne ce corps avec la phénylhydrazine. Voici comment il convient de procéder à cette recherche :

10 c.c. de l'urine à examiner — préalablement débarrassée, par les moyens usuels, du glucose et de l'albumine qu'elle peut contenir — sont filtrés, additionnés de 1 c.c. d'acide chlorhydrique concentré et portés à l'ébullition sur un bain de sable. On ajoute ensuite 10 c.c. de l'urine primitive, filtrée et étendue de son volume d'eau distillée; après refroidissement dans l'eau courante, on neutralise l'excédent d'acide en ajoutant progressivement 4 grammes de carbonate de plomb. Le filtrat, additionné de 2 grammes d'acétate de soude pulvérisé et de 0 gr. 75 centigr. de chlorhydrate de phénylhydrazine, est ensuite porté à l'ébullition pendant trois ou quatre minutes sur le bain de sable. Mis à refroidir dans un tube à essai, ce liquide, s'il renferme de la glycérose, laisse déposer un culot floconneux. Ce dépôt est complet au bout de une à vingt-quatre heures, suivant la gravité des cas; il se présente au microscope sous la forme de cristaux jaune d'or, agglomérés en rosaces.

Cette réaction, désignée par l'auteur sous le nom de *réaction A*, n'est cependant pas l'apanage exclusif des urines « pancréatiques » : on l'obtient également, en l'absence de toute lésion du pancréas, dans certains cas où existe un mouvement actif de désintégration organique, dans le cancer ou la pneumonie, par exemple. Mais si, au lieu d'opérer avec l'urine simplement filtrée, on se sert du liquide qui passe au filtre après qu'à deux volumes d'urine on a ajouté un volume d'une solution saturée de bichlorure de mercure, la réaction ne se produit que s'il y a une lésion du pancréas. L'expérience a même montré à M. Cammidge que la manipulation préparatoire par laquelle on commence cette seconde réaction, ou *réaction B*, empêche les cristaux caractéristiques de se former lorsque l'affection pancréatique est due à une simple inflammation, aiguë ou chronique, de l'organe, et c'est pour reconnaître ces cas particuliers que la réaction A mérite d'être conservée.

Quand les deux réactions donnent un résultat négatif, on peut, d'après l'auteur, conclure en toute certitude à l'absence d'une lésion du pancréas.

La présence de la réaction A, la réaction B étant négative, serait, d'après M. Cammidge, le signe constant d'une pancréatite en évolution et constituerait le plus souvent une indication formelle de l'intervention chirurgicale. En outre, suivant la rapidité avec laquelle les cristaux microscopiques se dissolvent dans une goutte d'acide sulfurique au tiers ajoutée sur la lame porte-objet, on peut distinguer deux cas : ou bien la dissolution est prompte et se fait en moins d'une demi-minute; on a alors affaire à une pancréatite *aiguë*; ou bien les cristaux mettent au moins une ou deux minutes à disparaître, et l'on se trouve en présence d'une inflammation *chronique* de l'organe.

Les réactions A et B ne se produisent avec la même urine que lorsqu'il s'agit d'un cancer du pancréas, généralement inopérable. La dissolution des cristaux dans l'acide sulfurique, en pareille occurrence, exige d'ordinaire de trois à cinq minutes. Parfois, cependant, la dissolution s'effectue plus rapidement, en une ou deux minutes; on doit soupçonner en ce cas soit une pancréatite ancienne avec destruction étendue du parenchyme, soit, plus rarement, une affection extra-pancréatique.

Les réactions en question présenteraient donc au point de vue du diagnostic une importance majeure : non seulement elles fourniraient les éléments du diagnostic d'existence d'une lésion du pancréas, mais elles permettraient même de différencier la pancréatite chronique, affection justiciable d'une intervention chirurgicale, d'avec le cancer du pancréas, lésion incurable, pour laquelle l'opération ne saurait que hâter l'issue fatale.

Ajoutons que les conclusions de l'auteur sont basées sur l'examen de 170 échantillons d'urine se rapportant à 111 cas de lésion pancréatique soupçonnée, le diagnostic ayant été contrôlé par M. Mayo Robson lors de l'intervention chirurgicale. (*Lancet*, 19 mars 1904.) — F. M.

Adénocarcinome greffé sur un fibromyome de l'utérus et ayant acquis par métaplasie les caractères d'un épithélioma pavimenteux, par M. Ch. P. Noble.

L'observation relatée dans le présent travail semble constituer un exemple encore unique d'invasion d'un fibromyome par un cancer ayant évolué vers le type de l'épithélioma pavimenteux.

Une femme de soixante-trois ans, vierge, souffrait depuis neuf mois d'une cystite à laquelle s'était ajoutée une leucorrhée fétide. Au toucher, le col utérin paraissait normal, tandis que le corps était hypertrophié et inégal. Un curettage permit de reconnaître l'existence d'une tumeur polypeuse intra-utérine, mais la curette ne ramena aucun débris cancéreux : aussi admit-on le diagnostic de fibromyome. On fit donc une hystérectomie supravaginale et le col, qui paraissait sain, fut laissé en place. Les suites opératoires furent bonnes et, depuis treize mois, la malade s'est toujours bien portée.

L'examen de la pièce montra que l'utérus était très hypertrophié et que sa cavité était remplie par une tumeur polypoïde, longue de 12 centimètres, large de 5, adhérant par un court pédicule à la partie gauche du fond de l'utérus. A la coupe, ce polype, de consistance ferme, offrait une coloration grisâtre, une surface unie et brillante. L'examen microscopique révéla dans l'épaisseur de cette tumeur de nombreux foyers formés de cellules ayant tous les caractères des cellules épidermiques : elles étaient aplaties, contenaient de la kérato-hyaline et présentaient par places une tendance évidente à former des perles épithéliales. Dans le stroma, on ne remarquait aucun symptôme d'inflammation aiguë.

En ce qui concerne l'origine de cet épithélioma, il faut noter l'absence de toute relation du polype avec l'épithélium cervical ou vaginal; mais, en un point où la tumeur était en contact avec la paroi utérine, la surface libre du néoplasme était recouverte par une grande quantité de cellules cylindriques, dont plusieurs étaient groupées suivant le type adénomateux. Ces formations envoyaient dans la profondeur des bourgeonnements papillaires; or, au fur et à mesure que ceux-ci s'enfonçaient dans l'épaisseur du polype, les cellules perdaient de plus en plus leur caractère cylindrique pour prendre l'aspect de cellules pavimenteuses, lesquelles se disposaient en globes perlés. Il est donc naturel de penser qu'il s'agissait d'un adénocarcinome transformé par métaplasie en épithélioma pavimenteux. Cette hypothèse trouve un nouvel appui dans ce fait que, sur le point opposé de la paroi utérine, on remarquait un nodule très net d'adénocarcinome. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars 1904.) — R. DE B.

Asphyxie traumatique, par MM. H. H. A. Beach et Farrar Cobb.

Le cas d'asphyxie traumatique qui fait l'objet du présent travail mérite d'être signalé, en raison des constatations microscopiques auxquelles il donna lieu.

Un homme de trente-deux ans fut pris dans un monte-charge et violemment comprimé au niveau de l'abdomen et de la partie inférieure du thorax pendant un laps de temps ayant pu durer de trois à cinq minutes. Au moment où on le dégagea, les assistants remarquèrent que la figure de cet homme se couvrit d'une teinte noire, que les yeux se mirent en état de protrusion, et qu'il s'écoula du sang par le nez et la bouche. Une heure après l'accident, le blessé offrait, en effet, une teinte bleu noirâtre sur toute la tête et la face. Au cou, cette coloration s'étendait en avant jusqu'au bord supérieur des clavicules, tandis qu'en arrière la peau était normale, sauf dans une aire triangulaire dessinant exactement l'emplacement des muscles trapèzes. Les conjonctives étaient le siège de chémosis et d'ecchymoses; le fond de l'œil était normal. En examinant de près la peau, on s'apercevait que sa coloration était due à la présence d'une infinité de petits points noirs, rouges ou bleus, répandus à sa surface en nombre infini, mais laissant entre eux de minimes intervalles de peau saine. Le blessé présentait, en outre, un vaste épanchement séro-hématique dans la région du flanc gauche, qu'il fallut plusieurs fois ponctionner et finalement inciser. Les huitième et neuvième côtes du même côté étaient enfin fracturées. Au troisième jour il se produisit une poussée de congestion pulmonaire : elle disparut en vingt-quatre heures et, après cet incident, la guérison se fit rapidement; la peau se décolora peu à peu, sans passer par les phases de coloration habituelles aux hématomes.

Au second jour qui suivit l'accident, on pratiqua une biopsie : elle montra que les veines et les capillaires étaient distendus au maximum, mais nullement rompus. La compression du thorax et l'arrêt de la respiration qui s'en était suivi avaient donc amené la congestion passive de tout le territoire veineux de la jugulaire interne. L'aspect particulier de la face dans l'asphyxie traumatique serait par conséquent dû à la distension des veines et non, comme on le croit généralement, à une ecchymose généralisée. (*Ann. of Surgery*, avril 1904.) — R. DE B.

Empoisonnement par le blanc d'œuf, par M. J. R. Clemens.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un enfant, âgé de quatorze mois, qui, au déclin d'une atteinte de coqueluche, fut pris brusquement de collapsus avec urticaire, tuméfaction considérable de la face et des oreilles, dilatation des pupilles et vomissements. Le dénouement fatal paraissait imminent, mais au moyen d'injections hypodermiques de strychnine on parvint à conjurer le danger; l'état du petit patient n'en inspira pas moins de sérieuses inquiétudes pendant les deux jours suivants. Comme on croyait devoir attribuer ces troubles insolites à l'emploi d'antipyrine et de vaporisations phéniquées, on supprima ces deux médications, ce qui n'empêcha pas l'enfant d'avoir, au bout d'une quinzaine de jours, une seconde crise absolument semblable à la première. Un mois plus tard, après avoir mangé un peu de flan, il présenta un accès d'urticaire avec vomissements et diarrhée. Cette fois-ci, la cause des accidents devenait facile à saisir, et cela d'autant plus que, quelques jours auparavant, l'enfant ayant absorbé un petit morceau de pain d'épices pour la confection duquel on avait utilisé deux œufs, on ne tarda pas à remarquer qu'il boitait et, en l'examinant, on constata que les deux pieds étaient très tuméfiés et couverts de pétéchies et d'ecchymoses s'étendant jusqu'à la partie moyenne des jambes. Le traitement consista dans l'administration d'un purgatif huileux, suivi de calomel à titre d'antidote; on prescrivit ensuite du salol et du sulfate de magnésie, et la guérison se fit sans encombres.

Fait à remarquer, chacune de ces attaques avait été précédée d'une période de dyspepsie avec selles décolorées, flatulence, indicanurie, etc., etc. Quelque temps avant chacune des deux premières crises, l'enfant avait reçu, à titre d'essai, un blanc d'œuf comme supplément à son lait. (*Med. News*, 16 avril 1904.) — L. CH.

Un nouveau signe de méningite basilaire, par M. G. W. Squires.

Le signe décrit par M. Squires consiste en une sorte de dilatation et de rétrécissement rythmiques de la pupille, que l'on observerait dans les conditions suivantes : le petit patient étant couché sur un lit ou sur une table, et sa tête reposant, la face en haut, entre les genoux du médecin, celui-ci saisit, avec chaque main, les côtés de la tête de l'enfant et pratique graduellement l'extension forcée de l'extrémité céphalique sur la colonne vertébrale; au cours de cette manœuvre, les pupilles se dilatent, le degré de cette dilatation étant en raison directe de l'intensité de l'extension de la tête. Dès que l'on procède, au contraire, à la flexion céphalique, on voit la fente pupillaire se rétrécir, et ce rétrécissement atteint son maximum au moment où le menton est ramené au contact du manubrium. La double manœuvre en question peut être répétée plusieurs fois à la minute, et à chaque reprise on constate le même phénomène pupillaire.

A en juger d'après l'expérience de l'auteur, le signe dont il s'agit serait absolument constant dans la méningite basilaire d'origine tuberculeuse et s'observerait fréquemment dès le quatrième ou le cinquième jour de la maladie. (*Med. Record*, 26 mars 1904.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Applications intravaginales de préparations hydrargyriques, chez les syphilitiques enceintes, pour prévenir l'avortement.

Depuis sept ans, MM. les docteurs Riehl, professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Vienne, et Hans Vörner (de Leipzig) ont recours à des applications intravaginales de préparations mercurielles, chez les femmes enceintes présentant des phénomènes de syphilis virulente, afin de prévenir l'avortement. Dans ce but, ils se servent d'un mélange à parties égales d'axonge et de lanoline renfermant de 12 à 15 % de mercure, proportion qui ne doit pas être dépassée sous peine d'exposer la malade à des phénomènes d'irritation locale au niveau de la muqueuse vaginale. 3 grammes de cette pommade suffisent généralement pour une application; il est rarement besoin de pousser la dose jusqu'à 4 ou 5 grammes, du moins lorsque — ce qui est la règle — on soumet la femme à un traitement quotidien; mais quand il n'est pas possible de répéter les applications chaque jour, on peut ne les pratiquer que tous les deux ou trois jours, en ayant alors soin d'augmenter proportionnellement la dose. On place le topique dans le vagin au contact immédiat de l'orifice externe de l'utérus, et on le fixe par un tampon bien appliqué; pour éviter que celui-ci n'absorbe la pommade qu'il est simplement destiné à maintenir en place, il est indispensable de l'imperméabiliser au préalable en l'imprégnant d'un mélange de 2 parties de glycérine pour 1 partie de tannin, ou encore de glycérine alunée.

Les applications locales dont il s'agit, sans aucunement remplacer le traitement hydrargyrique général, présenteraient au point de vue de la natalité une action réellement favorable : sur un total de 40 femmes, en effet, que comprend actuellement la statistique de M. Vörner, 36 sont arrivées à terme, proportion de succès beaucoup plus élevée que celle que donne le traitement général seul.

Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence.

Il y a deux ans, M. le docteur Denoyès faisait connaître, dans sa thèse inaugurale, les bons effets qu'il avait obtenus, dans le service de M. le docteur A. Imbert, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, en soumettant à l'effluviation de haute fréquence, selon la technique habituelle, 5 malades atteints de bourdonnements d'oreille. De son côté, M. le docteur H. Marquès, chef du laboratoire des cliniques à ladite Faculté, a repris dans le même service l'étude de ce mode de traitement, simplifié de la façon suivante : on promène, pendant cinq ou dix minutes — suivant que l'affection est uni ou bilatérale —, l'excitateur, enfermé dans un tube en verre, devant l'apophyse mastoïde.

Alors que l'effluve de haute fréquence n'exerce aucune action sur les bourdonnements consécutifs à des suppurations de l'oreille — ainsi que notre confrère l'a observé dans 2 faits personnels —, l'amélioration serait constante quand les bruits sont apparus à la suite d'une otite scléreuse. Les bourdonnements diminuent habituellement dès la sixième ou la dixième séance : ils commencent par ne disparaître que pour quelques instants; puis les périodes de répit se prolongent et peuvent s'étendre à tout l'intervalle de deux séances consécutives. Vers la vingtième séance, M. Marquès a noté dans tous les cas une légère rechute qui d'ailleurs cède bientôt, et cette fois-ci d'une manière définitive, si le traitement est continué assez longtemps.

Notre confrère a eu recours à ce moyen thérapeutique chez 6 malades atteints d'otite scléreuse, et chez tous ces applications ont été suivies d'une amélioration appréciable qui, pour l'un d'eux, se maintient depuis un an. Toutefois, 2 de ces patients ayant abandonné l'effluviation dès la première amélioration, une rechute n'a pas tardé à survenir.

Ajoutons que si l'effluviation de haute fréquence est susceptible de rendre des services contre les bourdonnements, son action sur l'acuité auditive semble absolument nulle.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur les localisations motrices spinales.

Je me propose d'exposer dans le présent travail les résultats des recherches que je poursuis depuis plusieurs années sur les localisations motrices spinales, par la méthode de la *réaction à distance* (1), recherches qui m'ont permis de localiser d'une façon certaine, ou à peu près certaine, la plupart des muscles des membres supérieurs et inférieurs, et des muscles du cou. Mes expériences ont porté principalement sur le chien (2), et ont consisté à couper des troncs nerveux ou des nerfs musculaires, à enlever des muscles, à sectionner des racines. D'autre part, j'ai également utilisé des documents anatomo-pathologiques provenant de névrite périphérique, d'amputation de membres et enfin d'un cas de névrome du médian.

I

La localisation du *sterno-cléido-mastoïdien* et du *trapèze* est facile à mettre en évidence, soit par la résection de la branche externe du spinal, soit par l'ablation de l'un et l'autre de ces muscles. La résection de la branche externe du spinal produit des altérations dans deux colonnes cellulaires : l'une est située, chez le chien, dans la partie inférieure du bulbe et dans les premier et deuxième segments cervicaux, l'autre occupe le deuxième, le troisième et le quatrième segment.

La première de ces colonnes cellulaires siège dans la portion bulbaire, là où il n'y a plus de noyau de l'hypoglosse, en avant et en dehors du canal épendymaire, entre le groupe antéro-interne de la corne antérieure et le noyau dorsal du pneumogastrique (*fig. 1*). Au niveau



Fig. 1. — Partie la plus inférieure du bulbe.
Ai, groupe antéro-interne; *Scm*, noyau du sterno-cléido-mastoïdien; *Ndr*, noyau dorsal du vague.

de la partie supérieure de la première cervicale (*fig. 2*), le noyau du sterno-cléido-mastoïdien affecte une situation à peu près identique, tandis qu'à sa partie inférieure et au niveau supérieur du deuxième segment cervical, il se localise à la partie presque centrale de la corne. La deuxième colonne cellulaire, ou colonne latérale, s'étend du deuxième segment cervical jusqu'au quatrième (*fig. 3*).

Comment se fait-il donc que le noyau du spinal, qui, au niveau du bulbe et de la première cervicale, se trouve tout près du canal épendymaire ou bien occupe une position centrale,

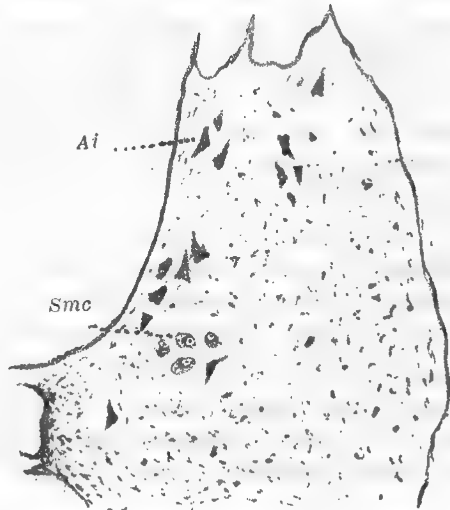


Fig. 2. — Partie supérieure du premier segment cervical, après section de la branche externe du spinal. Réaction dans le noya du sterno-cléido-mastoïdien.



Fig. 3. — Troisième segment cervical après section du spinal.
Gc, noyau du grand complexus; *Tr*, noyau du trapèze.

s'écarte du centre de la corne pour arriver dans la région latérale? Ce noyau a-t-il changé de direction primitive?

Je l'avais pensé autrefois, lorsque j'ai commencé mes études sur le spinal. L'explication la plus simple et la plus conforme aux faits est la suivante : comme d'autres nerfs, le spinal tire son origine de plusieurs noyaux morphologiquement et fonctionnellement distincts; il existe ainsi deux noyaux, ou mieux deux colonnes dont la première, médiane, est en apport avec le sterno-cléido-mastoïdien, la deuxième, latérale, représentant l'origine du trapèze. L'ablation séparée de chacun de ces muscles prouve le bien fondé de cette opinion : après l'ablation du sterno-cléido-mastoïdien, la réaction est cantonnée dans la colonne médiane (*fig. 4*), tandis qu'après celle du trapèze, c'est la colonne latérale qui réagit (*fig. 5*).



Fig. 4. — Second segment cervical après ablation du sterno-cléido-mastoïdien.
Réaction dans le noyau du sterno-cléido-mastoïdien.



Fig. 5. — Tiers inférieur du second segment cervical, après ablation du trapèze.
Sp, noyau du splénius.

Dans le groupe antéro-interne, on doit localiser fort probablement les muscles *grand droit* et *petit droit*. Au niveau du deuxième et du troisième segment cervical font leur apparition les noyaux de deux grands muscles : le *grand complexus* et le *splénius*. Le noyau du premier a une situation médiane et superficielle, celui du second est situé en arrière et un peu en dehors (*fig. 6*).

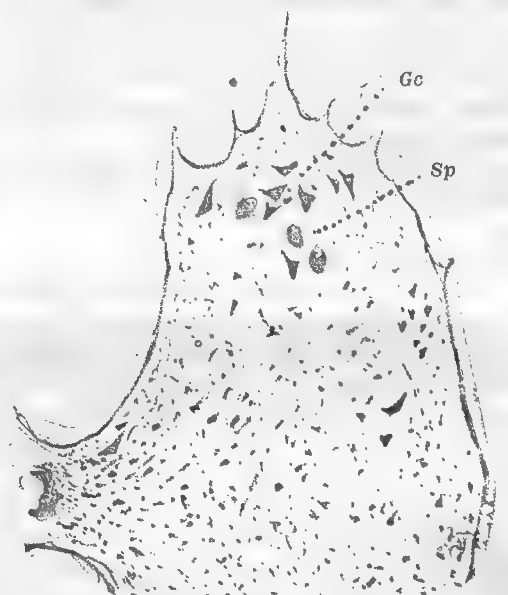


Fig. 6. — Troisième segment cervical, après ablation du splénius.

Dans la partie supérieure du quatrième segment, un nouveau noyau apparaît : c'est la masse cellulaire d'où le *scalène* tire son innervation (*fig. 7*). En arrière, nous trouvons le noyau du *long du cou*.

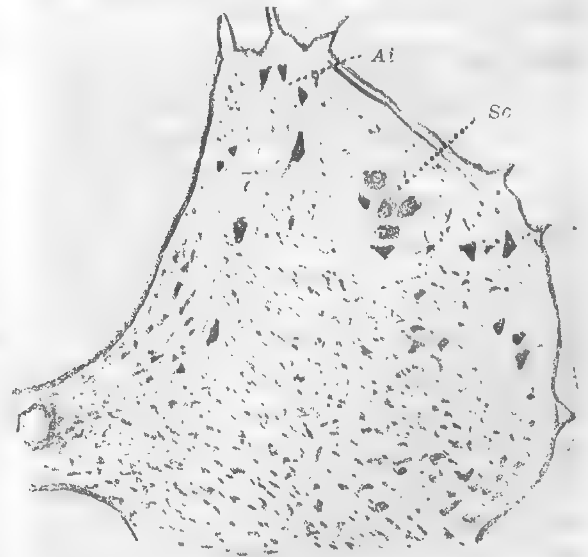


Fig. 7. — Quatrième segment cervical, après ablation du scalène.
Sc, noyau du scalène.

(1) Je rappelle que cette méthode consiste à rechercher les altérations microscopiques de la cellule nerveuse (chromatolyse périnucléaire, gonflement simple et gonflement strié), qui surviennent à la suite de la rupture ou de la résection d'un nerf, ou encore de l'ablation d'un muscle.

(2) Les résultats obtenus chez le chien s'appliquent également à l'homme, mais il faut tenir compte que le chien possède 13 racines dorsales, 7 racines lombaires et 3 sacrées.

Le cinquième segment cervical (*fig. 8*) nous

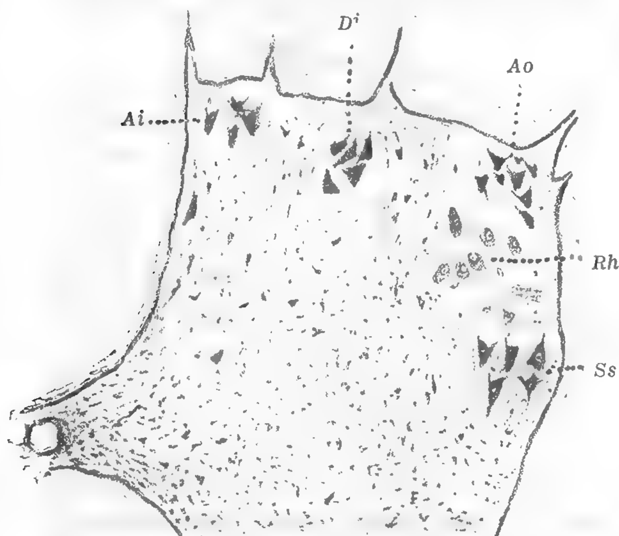


Fig. 8. — Cinquième segment cervical, après ablation du rhomboïde.

Di, noyau du diaphragme; *Ao*, noyau de l'angulaire de l'omoplate; *Rh*, noyau du rhomboïde; *Ss*, noyau du nerf sus-scapulaire.

offre cinq groupes bien distincts qui sont les suivants : groupes antéro-interne, antéro-médian, antéro-externe, intermédiaire et postéro-latéral. Le groupe antéro-médian est en rapport avec le *diaphragme*, l'antéro-externe avec l'*angulaire de l'omoplate*, l'intermédiaire innerve le *rhomboïde*, le noyau postéro-latéral représente l'origine du nerf sus-scapulaire, c'est-à-dire du nerf qui donne le mouvement aux muscles *sus* et *sous-épineux;* quant au groupe antéro-interne, il correspond aux *muscles des gouttières vertébrales.*

Au niveau du tiers inférieur du sixième segment cervical (*fig. 9*), on peut distinguer au

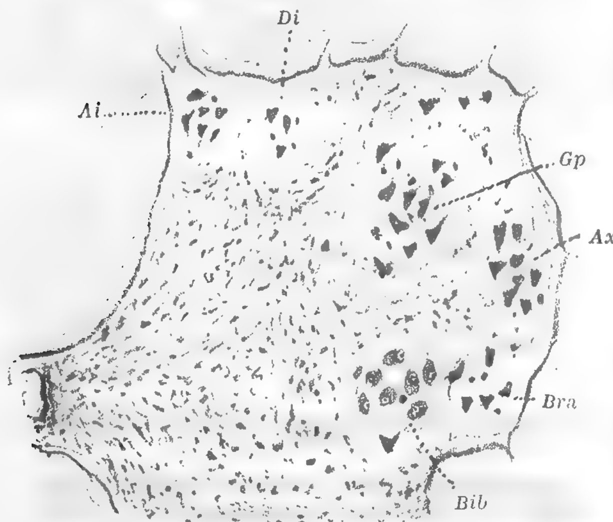


Fig. 9. — Tiers inférieur du sixième segment cervical, après ablation du biceps.

Gp, noyau appartenant en partie au grand pectoral; *Ax*, noyau du nerf axillaire; *Bra*, noyau du brachial antérieur; *Bib*, noyau du biceps brachial.

moins sept groupes dont la situation respective est la suivante : un groupe antéro-interne en rapport avec les muscles des gouttières vertébrales; un groupe antéro-médian représentant le centre du diaphragme; un groupe central dont la plus grande partie des cellules innerve le muscle *sous-scapulaire;* un groupe externe et un groupe intermédiaire, qui réagissent après la résection du nerf axillaire (sur lequel je vais avoir à revenir); enfin, un noyau postéro-latéral, dans lequel l'expérimentation permet de distinguer deux sous-groupes : l'un, interne, représentant le noyau du *biceps brachial;* l'autre, externe, constituant le noyau du *brachial antérieur.* Mes recherches concordent sur ce point avec celles de M. et Mme Parhon.

Le nerf axillaire a chez le chien une valeur un peu différente de celle du nerf circonflexe chez l'homme; en effet, ce dernier constitue la source d'innervation des muscles *deltoïde* et *grand rond*, tandis que, chez le chien, l'axillaire envoie à la fois des filets au deltoïde, au triceps et à l'anconé. Le centre d'origine de ce nerf chez le chien fait son apparition au niveau de la moitié inférieure du sixième segment cervical; il augmente d'étendue dans la moitié supérieure du septième segment et disparaît au niveau du huitième. La place qu'il occupe dans ces différents segments est à peu près partout la même, c'est-à-dire qu'il est intermédiaire entre le groupe antéro-externe et le groupe postéro-latéral. Au niveau de la moitié supérieure du septième segment, où il est très développé, la ligne latérale de la corne antérieure, au lieu d'être droite comme au niveau du sixième segment, décrit une forte convexité en dehors, dans laquelle vient se loger ce noyau (*fig. 10*); cette convexité disparaît plus bas en même temps que le noyau en question.

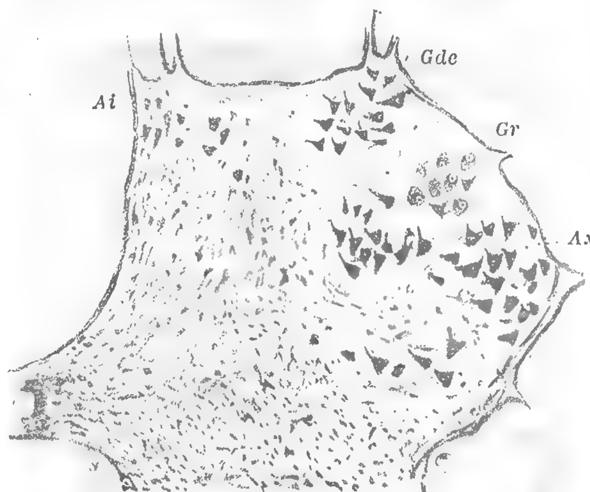


Fig. 10. — Tiers supérieur du septième segment cervical, après résection du nerf du grand rond.

Gde, noyau du grand dentelé; *Gr*, noyau du grand rond.

Au niveau du septième segment cervical nous trouvons des groupes cellulaires ayant la signification suivante : le groupe antéro-interne est en rapport avec les muscles des gouttières vertébrales; un groupe central représente le centre d'origine du muscle *grand pectoral;* en avant de ce dernier, un groupe de cellules dont le grand diamètre est habituellement transversal correspond au noyau du *grand dentelé*; en dehors on rencontre le noyau du nerf axillaire; enfin le groupe postéro-externe est en rapport avec le *nerf musculo-cutané.*

Le noyau du grand rond est représenté à son origine par quelques cellules situées en avant et en dedans du noyau de l'axillaire, et en dehors du noyau du sous-scapulaire. Au niveau du septième segment, il est placé entre le noyau du dentelé et celui de l'axillaire, en avant des noyaux du sous-scapulaire et du grand pectoral.

Le huitième segment cervical (*fig. 11*) offre

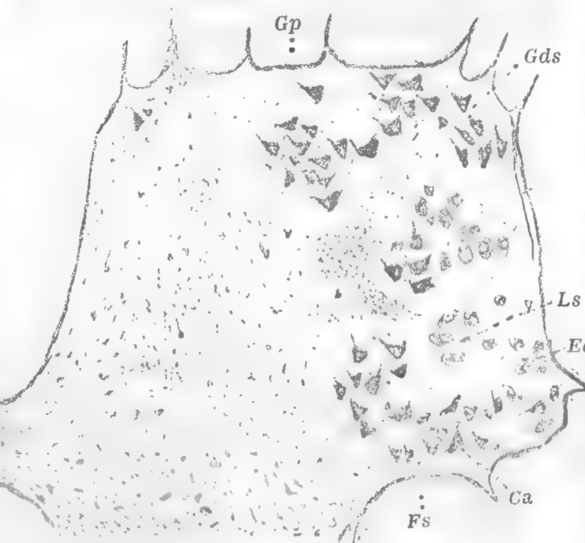


Fig. 11. — Huitième segment cervical.

Gp, noyau du grand pectoral; *Gds*, noyau du grand dorsal; *Tb*, noyau du triceps brachial; *Ls*, noyau du long supinateur (?); *Ec*, noyau de l'extenseur commun; *Ca*, noyau du cubital antérieur; *Fs*, noyau du fléchisseur superficiel.

plusieurs particularités. Tout d'abord, le group antéro-externe, représentant le centre du grand dorsal, qui avait déjà fait son apparition au niveau de la partie inférieure du septième segment cervical, se trouve ici très développé. Le groupe intermédiaire a pris également une grande extension, et c'est dans ce groupe que j'ai localisé le noyau du *triceps brachial.* Le groupe postéro-latéral comprend différents noyaux : derrière le noyau du triceps, l'expérience montre qu'il y a un petit noyau pour le *long supinateur;* en dehors de celui-ci et en arrière, il existe un autre groupe naturel qui représente le centre de l'*extenseur radial du carpe.* A la partie postérieure, c'est-à-dire dans le groupe postéro-latéral, nous trouvons la masse des cellules qui correspondent au centre d'innervation du médian et du cubital. Mes recherches expérimentales m'ont permis de distinguer dans cette masse des noyaux différents pour le *rond pronateur* et le *grand palmaire;* puis, comme M. et Mme Parhon, j'ai constaté un noyau spécial pour le *fléchisseur superficiel des doigts;* enfin, en arrière et en dehors, un autre noyau pour le *cubital antérieur.* Il est fort probable cependant que la partie supérieure de ce dernier se confond avec le centre du fléchisseur profond des doigts.

II

La désarticulation de la patte antérieure chez le chien, de même que l'étude attentive des lésions dans un cas d'amputation spontanée des doigts, que nous avons publié avec M. Souques, démontrent que la main est représentée dans la moelle épinière par une colonne cellulaire à part — qu'on pourrait appeler post-postéro-latérale —, située à la partie la plus postérieure de la corne antérieure.

L'examen comparatif des résections des principaux nerfs du plexus brachial (radial, médian et cubital) prouve que ces trois nerfs ont au moins autant de noyaux naturels distincts qu'ils innervent de segments; c'est ainsi que le radial possède un noyau bien circonscrit — tout au moins lorsqu'il a atteint son maximum de développement — pour le triceps, un noyau pour les muscles de l'avant-bras, et un autre, moins bien indiqué, pour les extenseurs des doigts; mais, en plus de ces trois noyaux, j'en ai trouvé un quatrième pour le long supinateur, qui siège derrière le noyau du triceps.

Les mêmes remarques s'appliquent au nerf médian. On lui reconnaît tout d'abord deux masses cellulaires, l'une pour les muscles de l'avant-bras et l'autre pour les muscles de la main. En outre, l'analyse expérimentale au moyen de l'ablation des muscles m'a fourni le moyen d'isoler des noyaux pour le rond pronateur, pour le fléchisseur superficiel, etc. Ainsi que je l'ai montré autrefois, les fléchisseurs, tout au moins en ce qui concerne ceux des doigts et de l'avant-bras, sont situés en dedans des extenseurs. C'est la marche de l'atrophie musculaire dans la syringomyélie qui m'avait autorisé à tirer une pareille conclusion, et cette conclusion a été confirmée par mes études expérimentales, ainsi que par celles de MM. Parhon et Goldstein, et tout récemment par M. Bikeles.

Je tiens à faire remarquer que la description que je viens de donner pour les différents segments de la région cervicale chez le chien ne s'applique que pour une hauteur déterminée de ces segments, car l'aspect de la corne antérieure varie insensiblement d'une coupe à l'autre; aussi, si l'on voulait décrire sur toute leur hauteur les différents noyaux de la corne antérieure, on devrait distinguer dans un segment au moins trois régions : une région supérieure, une moyenne et une inférieure. Le manque d'espace ne nous permet pas de le faire ici.

La résection des racines cervicales ou lombaires a démontré d'une façon indubitable que

la branche postérieure des racines antérieures innerve les muscles des gouttières vertébrales, tandis que la branche antérieure dessert les autres muscles. Aussi la résection de la branche postérieure produit une réaction dans le groupe antéro-interne; celle de la branche antérieure réagit au contraire sur les autres groupes. Un fait en concordance avec ces résultats nous est fourni par la résection d'un nerf intercostal, celui-ci correspondant en somme à la branche antérieure des racines antérieures : on observe, après la résection du neuvième nerf intercostal, une réaction dans le groupe externe de la corne antérieure, au niveau du neuvième segment dorsal, le groupe antéro-interne restant intact.

III

Nous allons passer à présent aux localisations spinales motrices du membre inférieur. Comme au membre supérieur, nous étudierons les localisations musculaires et nerveuses, de même que la topographie des lésions cellulaires dans les cas d'amputation chez l'homme et chez les animaux.

L'étude comparative des coupes longitudinales provenant de la moelle lombaire de chiens auxquels on a réséqué le crural (au-dessus de l'origine du nerf psoas) et l'obturateur nous permet de constater quelques détails intéressants. Tout d'abord, au tiers inférieur du troisième segment lombaire, on voit une colonne supérieure qui, au niveau du quatrième segment, est en continuité avec deux autres colonnes, l'une interne et l'autre externe. La colonne supérieure représente l'origine du *psoas*, les autres constituent respectivement les noyaux du *couturier* et de l'*iliaque*. La colonne du *quadriceps* affecte la forme d'un fuseau dont l'extrémité supérieure a presque la même étendue que le noyau de l'obturateur, situé en dedans du noyau du crural.

Sur une coupe transversale pratiquée au niveau de la partie inférieure du troisième segment lombaire, nous constatons que le noyau du psoas affecte la topographie représentée sur la *figure 12*. A la partie inférieure du quatrième segment, l'aspect microscopique change et nous trouvons les cinq groupes suivants : groupe antéro-interne, donnant l'innervation aux muscles des gouttières vertébrales; groupe central, en rapport avec l'*obturateur*; groupe antéro-médian, centre du *psoas*; premier groupe externe, centre de l'iliaque; enfin, second groupe externe, centre du *vaste interne* du quadriceps (*fig. 13*).



Fig. 12. — Tiers inférieur du troisième segment lombaire, après rupture du nerf du psoas.
Ps, noyau du psoas.

La résection du crural au-dessus du nerf iliaque, ainsi que de l'obturateur, nous montre sur des coupes longitudinales ou frontales que les premières cellules apparaissent dans la colonne de l'obturateur, laquelle se développe très vite, occupant toute la hauteur du cinquième segment et pénétrant même dans le quatrième. Sur les sections suivantes, la colonne du crural s'enrichit de cellules, s'accroît en longueur et surtout en épaisseur, affectant la forme d'un fuseau, et monte jusqu'au même niveau que la colonne de l'obturateur. Les coupes transversales pratiquées au niveau du tiers inférieur du quatrième segment et à la partie supérieure du cinquième nous expliquent très bien cette variation de forme et de volume du noyau du crural. En effet, sur des coupes transversales du tiers supérieur du cinquième segment lombaire, on voit que l'aspect de la corne antérieure a changé d'une façon notable : le bord de la corne, au lieu d'être légèrement convexe, comme cela a lieu dans le quatrième segment, montre une voussure ou bosse dans laquelle se loge le noyau du quadriceps, situé en dehors et un peu en arrière du noyau de l'obturateur (*fig. 14*).

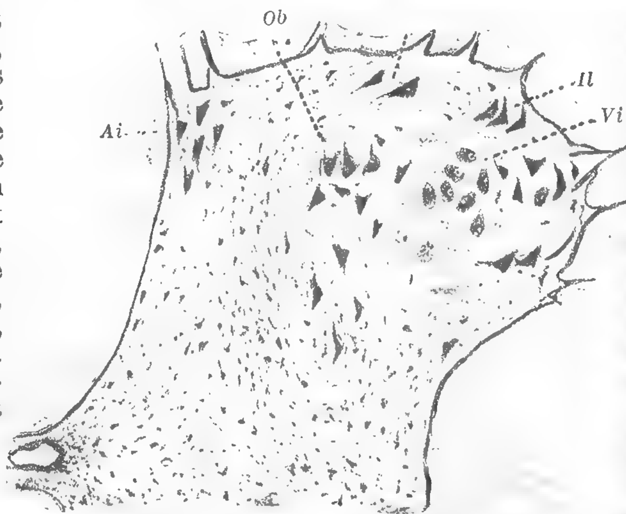


Fig. 13. — Partie la plus inférieure du quatrième segment lombaire.
Ob, noyau de l'obturateur; *Il*, noyau de l'iliaque; *Vi*, noyau du nerf du vaste interne.

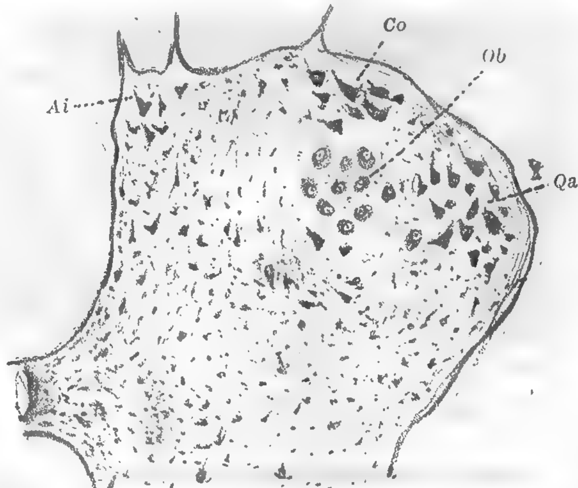


Fig. 14. — Cinquième segment lombaire, après résection de l'obturateur.
Co, noyau du couturier; *Qa*, noyau du quadriceps. (Ces noyaux ont été déterminés par l'ablation de l'un et l'autre muscle.)

Cette voussure appartient en propre à la région où le noyau du quadriceps est bien développé; elle diminue et disparaît avec ce noyau.

Le noyau du muscle couturier se trouve situé à son origine immédiatement derrière le noyau du psoas. A ce niveau (quatrième segment lombaire), il est représenté par quelques cellules. Après la disparition du noyau du psoas, et au niveau du cinquième segment lombaire, le noyau du couturier augmente et se place à la surface de la corne antérieure, en avant du noyau de l'obturateur (*fig. 14*). A mesure que les noyaux du quadriceps et de l'obturateur s'accroissent, celui du couturier, tout en étant encore bien représenté, commence à diminuer.

Au niveau du sixième segment lombaire, où le centre du triceps disparaît, il n'y a plus de voussure et la ligne latérale de la corne se redresse. Nous remarquons en ce point cinq groupes bien indiqués, à savoir : un groupe antéro-interne, en rapport avec les muscles des gouttières vertébrales; un groupe antéro-externe, correspondant au *nerf fessier supérieur;* un troisième, médian, qui représente le noyau de l'obturateur; un autre, intermédiaire, qui est le centre des *muscles de la face postérieure de la cuisse;* et enfin un cinquième, postéro-externe, en rapport avec le *sciatique poplité externe*.

D'autre part, la disparition du noyau de l'obturateur et la fusion des deux masses du centre des muscles de la face postérieure de la cuisse nous expliquent pourquoi, sur une certaine étendue du sixième segment lombaire, on ne trouve que quatre noyaux, à savoir un noyau antéro-interne, un antéro-externe, un intermédiaire et un postéro-externe.

L'ablation du *tenseur du fascia lata* ou la résection de son nerf déterminent une réaction dans le groupe antéro-externe au niveau du sixième segment lombaire (*fig. 15*); le noyau de ce muscle est mieux développé vers la partie moyenne du sixième segment. Le centre du *moyen fessier* apparaît immédiatement après la disparition du noyau du tenseur du fascia lata.

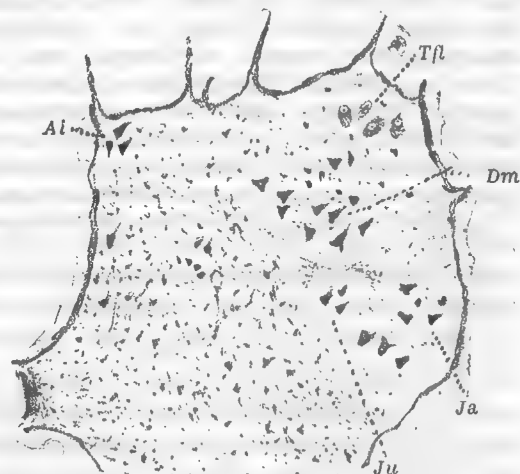


Fig. 15. — Sixième segment lombaire, après ablation du tenseur du fascia lata.
Tfl, noyau du tenseur du fascia lata; *Dm*, noyau du demi-membraneux; *Ja*, noyau du jambier antérieur; *Ju*, noyau des jumeaux (?).

IV

Bien que les expériences pratiquées chez le chien et chez le lapin sur la représentation des muscles fessiers nous permettent de reconnaître des noyaux en rapport avec les petit, moyen et grand fessiers, néanmoins les résultats obtenus ne peuvent pas s'appliquer d'une façon complète chez l'homme. En effet, le muscle grand fessier, innervé par le petit sciatique, est un muscle considérable chez l'homme, tandis que, chez le chien et le lapin, il est de volume tout à fait réduit; aussi, chez ces derniers animaux, l'ablation du muscle équivalant au grand fessier chez l'homme détermine une réaction dans un groupe très restreint de cellules, au niveau du septième segment lombaire. La résection du nerf fessier supérieur est suivie de réaction dans une colonne autrement dense et plus longue, qui fait son apparition au niveau de la moitié inférieure du sixième segment lombaire et descend jusqu'à la moitié supérieure du septième. Les muscles suivants : *pyramidal, jumeau externe, jumeau interne*, de même que le *carré crural*, sont représentés dans le même groupe antéro-externe au niveau du septième segment lombaire et du premier segment sacré. Il en résulte que le groupe antéro-externe est constitué par une série de centres superposés et juxtaposés pour différents muscles, à savoir tenseur du fascia lata, moyen et petit fessiers, pyramidal, jumeaux, carré crural, etc. Il serait donc erroné de croire que le groupe antéro-externe qui, dans la moelle du chien, fait son apparition au niveau de la partie la plus inférieure du troisième segment lombaire, et qui se continue

usqu'à la partie supérieure du second segment sacré, ait la même valeur morphologique et onctionnelle sur tout son trajet.

En examinant des coupes frontales de la moelle d'un animal qui avait subi la section du sciatique poplité externe d'un côté, et celle du sciatique poplité interne du côté opposé, on constate une réaction à distance dans deux colonnes différentes comme étendue et comme topographie. La colonne correspondant au sciatique poplité externe est moins longue, moins épaisse; elle commence au-dessus et en dehors de celle qui représente le sciatique poplité interne; arrivée à son maximum de développement, elle est fusiforme; elle fait son apparition vers la partie moyenne du sixième segment lombaire et descend jusqu'à la partie supérieure du tiers inférieur du septième. La colonne du sciatique poplité interne s'étend depuis le tiers inférieur du sixième segment lombaire jusqu'à la partie supérieure du second segment sacré; elle est légèrement fusiforme. Une particularité intéressante de cette colonne, c'est qu'elle est constituée sur quelques sections par deux colonnes secondaires, l'une longue et supérieure, occupant la partie inférieure du sixième segment lombaire et tout le septième; l'autre, courte et inférieure, occupant le premier segment sacré et la partie supérieure du deuxième.

La désarticulation du pied chez le chien produit une réaction dans cette dernière colonne, tandis que la désarticulation de la jambe fait apparaître des lésions à la fois dans la colonne du sciatique poplité externe, et dans les deux colonnes du sciatique poplité interne.

Sur des coupes transversales, le noyau du sciatique poplité externe est situé en dehors et un peu en avant du noyau du sciatique poplité interne (*fig. 16*). Au niveau de l'extrémité in-

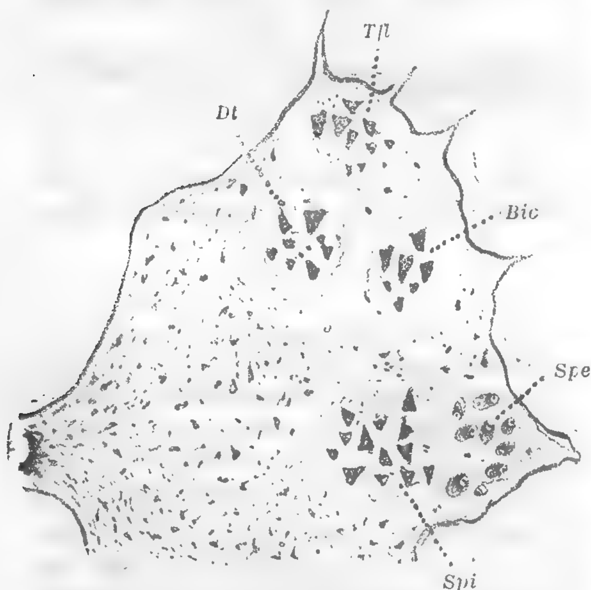


Fig. 16. — Tiers inférieur du sixième segment lombaire, après résection du nerf sciatique poplité externe.
Bic, noyau du biceps crural; *Spe*, noyau du nerf sciatique poplité externe; *Spi*, noyau du nerf sciatique poplité interne; *Dt*, noyau du demi-tendineux.

férieure et à la partie supérieure du septième segment, le premier de ces noyaux est plus développé dans le sens longitudinal et occupe la courbure latérale de la corne antérieure, puis ses ses diamètres diminuent de plus en plus et le noyau, réduit à quelques cellules, finit par disparaître avant celui du sciatique poplité interne.

Les recherches anatomo-pathologiques chez l'homme, dans des cas de polynévrite ou bien après la désarticulation de la jambe ou du pied (*fig. 17*), concordent complètement — sauf les différences qui séparent normalement la moelle du chien de celle de l'homme — avec les recherches expérimentales que je viens d'exposer. J'ai eu notamment l'occasion de voir, dans un cas de polynévrite localisée surtout au sciatique poplité externe, des lésions qui intéressaient particulièrement le groupe correspondant au noyau du sciatique poplité externe chez le chien.



Fig. 17. — Cinquième segment lombaire, chez l'homme, après amputation de la cuisse au tiers inférieur.
Fm, noyau du moyen fessier; *Cup*, noyau des muscles de la face postérieure de la cuisse. — On remarquera combien la topographie des différents noyaux se ressemble, chez le chien et chez l'homme.

V

La méthode de réaction des cellules radiculaires nous permet de pousser plus loin l'analyse et de déterminer le siège exact des différents muscles de la face postérieure de la cuisse et de la jambe. C'est ainsi que l'ablation des muscles de la face postérieure de la cuisse (demi-membraneux, demi-tendineux et biceps crural) montre qu'il y a trois noyaux superposés pour ces différents muscles. C'est d'abord le noyau du *demi-membraneux* qui fait son apparition derrière le groupe cellulaire de l'obturateur, puis on trouve ceux du *demi-tendineux* et du *biceps*. La topographie de ces deux derniers est bien représentée sur la *figure 18*, qui nous fait voir que le noyau du biceps occupe une position intermédiaire et latérale, et celui du demi-tendineux une situation centrale. Les résultats que j'ai obtenus concordent avec ceux de MM. Parhon et Goldstein en ce qui concerne la topographie des noyaux, mais ils en diffèrent quant à la hauteur segmentaire.

Parmi les muscles innervés par le sciatique poplité externe, c'est le *jambier antérieur* qui fait tout d'abord son apparition au niveau du sixième segment lombaire, en arrière du noyau du quadriceps (*fig. 19*). Plus bas, sont situés les noyaux de l'*extenseur des orteils* et du *péronier latéral* (*fig. 20*). Parmi les muscles innervés par le sciatique poplité interne, j'ai pu, comme M. et Mme Parhon, isoler le noyau des *jumeaux* et ceux des *fléchisseurs superficiel* et *profond* (*fig. 21* et *22*). Le premier est situé en avant et un peu en dedans des derniers; celui du fléchisseur superficiel se trouve en dedans de celui du fléchisseur profond. C'est dans le septième segment lombaire que sont localisés ces noyaux, que M. et Mme Parhon ont situés à tort dans le cinquième.

Les recherches anatomo-pathologiques chez l'homme, dues à M. Sano et surtout à MM. Van Gehuchten et Nélis, à M. De Buck, à M. De Neeff, et celles plus récentes de M. A. Bruce, ont fait connaître le siège exact des groupes musculaires de la jambe et du pied. Mes études personnelles confirment celles des auteurs que je viens de citer. C'est ainsi que j'ai pu constater, comme M. A. Bruce, des lésions dans le groupe postéro-latéral et dans le groupe post-postéro-latéral, dans un cas de désarticulation de la jambe et dans un cas d'amputation de la cuisse.

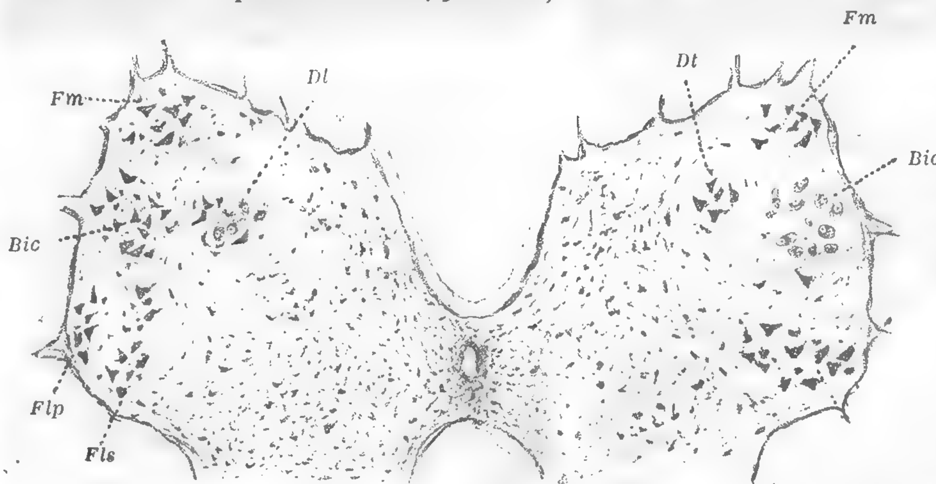


Fig. 18. — Septième segment lombaire, après ablation du semi-tendineux à gauche et du biceps à droite.
Flp, noyau du fléchisseur profond des orteils; *Fls*, noyau du fléchisseur superficiel.

Le groupe postéro-latéral occupe le cinquième segment lombaire et descend jusqu'au troisième segment sacré. En ce qui concerne l'origine des muscles de la région plantaire, elle constitue une colonne nettement distincte qui s'étend depuis la partie supérieure du deuxième segment sacré jusqu'à la partie supérieure du quatrième (*fig. 23*).

M. Van Gehuchten et M. De Neeff pensent, et je suis entièrement de leur avis, que la localisation des centres des muscles du pied dans les deux premiers segments sacrés, par la plupart des auteurs classiques, est due à une fausse numérotation des racines. Cette localisation doit être reportée à un segment médullaire inférieur. La même erreur a été commise récemment par M. Müller, qui admet que les grandes cellules motrices des cornes antérieures disparaissent au niveau du deuxième segment sacré.

Une question importante au point de vue de la théorie segmentaire, soutenue par M. Van Gehuchten et ses élèves, c'est de savoir si la colonne post-postéro-latérale, dénommée par ces auteurs « noyau segmentaire du pied », contient également le centre du *muscle pédieux*. Plusieurs expériences que j'ai faites à cet égard démontrent que les fibres nerveuses du mus-



Fig. 19. — Sixième segment lombaire, après ablation du jambier antérieur.
Ob, noyau de l'obturateur, sauf la partie postérieure.

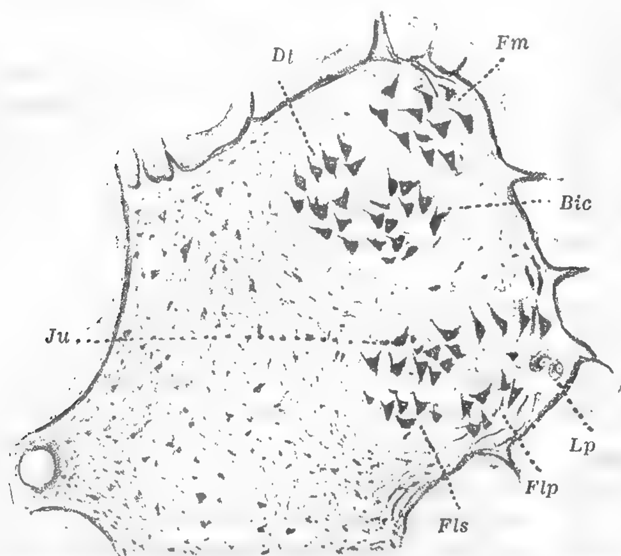


Fig. 20. — Tiers supérieur du septième segmen ombaire. *Lp*, noyau du long péronier. — On remarquera que le noyau du demi-tendineux (*Dt*) parait réuni à celui du biceps (*Bic*).



Fig. 21. — Septième segment lombaire, après ablation des jumeaux.

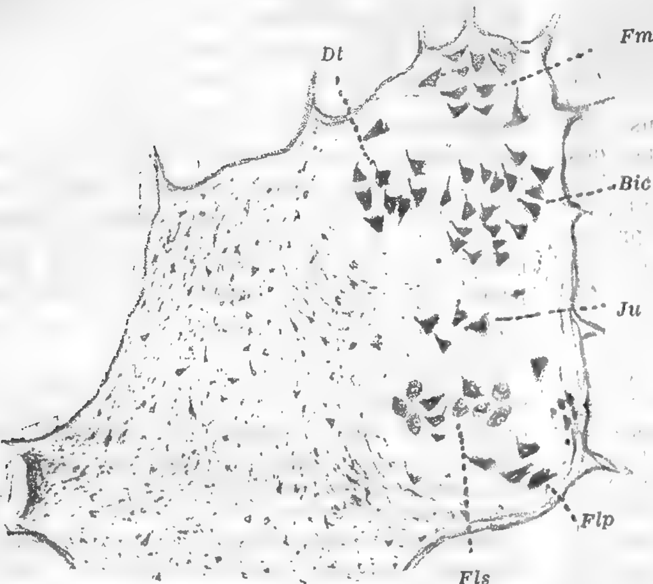


Fig. 22. — Même niveau que pour la *figure 21*. — Remarquer la réaction au niveau du noyau du fléchisseur superficiel (*Fls*).

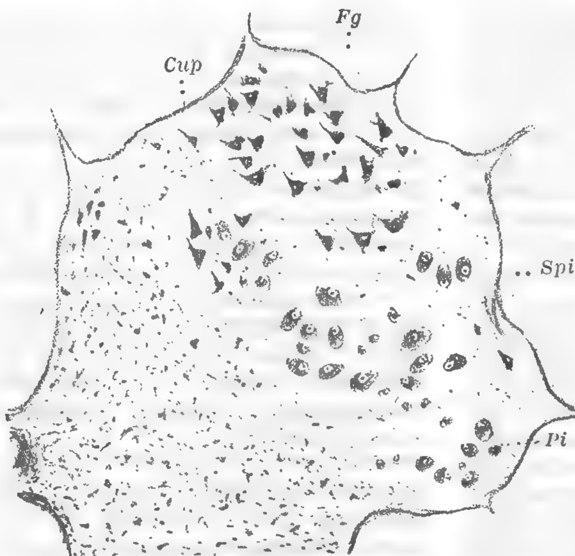


Fig. 23. — Deuxième segment sacré, chez l'homme, après amputation de la cuisse au tiers inférieur.
Pi, noyau des muscles intrinsèques du pied; *Fg*, noyau du grand fessier.

cle pédieux proviennent des cellules qui se trouvent à l'extrémité terminale de la colonne du sciatique poplité externe. En effet, la résection de ce dernier nerf est suivie de phénomènes de réaction dans toute la colonne correspondante et ne produit pas de modifications dans la colonne d'innervation du pied. Il est vrai que, pour démontrer d'une façon définitive que le muscle pédieux a son noyau d'origine dans la colonne du sciatique poplité externe, il faudrait constater une réaction, après l'ablation du muscle pédieux, au niveau de la partie terminale de ladite colonne. Or, une pareille constatation est difficile ou même impossible à faire, parce que l'ablation des petits muscles n'entraîne pas en général de modifications dans les cellules de la moelle épinière. Mais, en me basant sur l'indépendance des colonnes cellulaires des différents nerfs, je crois pouvoir conclure que le muscle pédieux a son centre d'origine — ce qui est d'ailleurs naturel — dans la colonne du sciatique poplité externe.

M. A. Bruce a eu la bonne fortune de pouvoir examiner la moelle épinière d'un homme auquel on avait amputé la cuisse; tous les muscles du membre inférieur, à l'exception du psoas iliaque, du pectiné, de l'obturateur interne, du piriforme et des jumeaux, avaient été enlevés. Cet auteur conclut de son examen anatomique que le psoas iliaque et le pectiné sont représentés par les cellules restées intactes dans les groupes antéro-latéral, postéro-latéral et central au niveau des deuxième et troisième segments lombaires. Les centres de l'obturateur interne, des jumeaux et du piriforme siègent à la partie interne du groupe antéro-latéral, dans les premier et deuxième segments sacrés. D'autre part, le nerf honteux interne ayant été blessé lors de l'opération, les muscles du périnée, de l'urèthre et de l'anus avaient été privés d'innervation. Aussi M. A. Bruce admet-il que les cellules en réaction qu'il a trouvées dans le groupe médian, au niveau des troisième et quatrième segments sacrés, représentent les centres de ces muscles. C'est pour cette raison qu'il considère comme erronée la conception de M. Kaiser et de M. Sano, d'après lesquels le groupe médian serait destiné à l'innervation des muscles en rapport avec le tube neural.

La plupart des localisations de M. A. Bruce sont exactes et en accord avec les constatations que j'ai faites moi-même. Il en est ainsi, par exemple, pour la localisation des fessiers, des muscles de la face postérieure de la cuisse, des muscles du pied, etc. Celle des adducteurs au niveau de la troisième et de la quatrième lombaire est au contraire en contradiction avec mes recherches expérimentales, qui démontrent qu'on doit placer les noyaux des adducteurs et de l'obturateur externe dans la même colonne centrale, et non pas derrière les noyaux du quadriceps ou des moyen et petit fessiers. Ces deux derniers muscles ne peuvent pas non plus avoir leur origine au niveau du quatrième segment lombaire, ni au niveau du troisième; en réalité, leur centre apparaît seulement au niveau du quatrième segment lombaire, ou peut-être même au niveau du cinquième, dans le groupe antéro-externe.

VI

Les coupes longitudinales pratiquées au niveau du premier et du deuxième segment sacré, chez le chien, nous permettent d'étudier certaines particularités du *noyau X* d'Onuf. Ce noyau est représenté par une colonne qui occupe presque toute la longueur du premier segment sacré et la moitié supérieure du deuxième. Lorsque la coupe intéresse toute la colonne, on constate que celle-ci est légèrement fusiforme (*fig. 24*). Elle est indépendante aussi bien à son extrémité supérieure qu'à son extrémité inférieure, et tranche nettement par sa structure sur les autres colonnes qui l'avoisinent : elle est constituée par des cellules de plus petit volume que les cellules radiculaires motrices. Habituellement fusiformes et à grand axe parallèle à celui de la moelle, les cellules de cette colonne se présentent ou bien isolées, comme cela arrive à la partie supérieure et inférieure de la colonne, ou bien réunies en groupes séparés les uns des autres, et composés de 4, 5 ou 6 cellules, quelquefois davantage; la plupart du temps, ces groupes sont bien définis. En dehors de la colonne du noyau X, il existe chez le chien une autre colonne, « colonne externe », composée de cellules plus grosses, multipolaires, réunies en groupes de 4 ou 5 cellules constituant de véritables nids isolés.

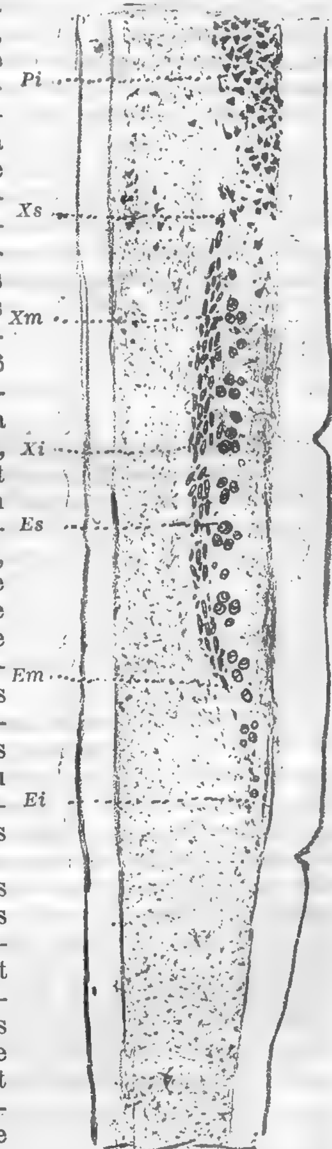


Fig. 24. — Coupe longitudinale après résection de la onzième racine sacrée.
Xs, Xm, Xi, parties supérieure, moyenne et inférieure de la colonne X; *Es, Em, Ei*, parties supérieure, moyenne et inférieure de la colonne externe. (Ces deux colonnes sont en réaction.)

Sans entrer dans des détails sur les fonctions que différents auteurs ont attribuées à la colonne X, je crois pouvoir admettre provisoirement que la colonne externe, composée par des nids cellulaires, est le centre des *muscles du périnée;* le noyau X serait, tout au moins en grande partie, le centre du *constricteur de l'anus*, tandis que l'*obturateur* et le *releveur de l'anus* auraient leur centre dans le groupe antéro-interne, au niveau du premier et du deuxième segment sacré chez le chien.

VII

A la suite de mon premier travail sur la lo-

calisation des noyaux moteurs dans la moelle épinière (1), la plupart des neurologistes qui se sont occupés du même sujet ont soutenu que les localisations nerveuses médullaires sont diffuses. Je me fais un devoir de m'expliquer à ce sujet, parce que le point de départ de cette opinion est pour ainsi dire le travail que je viens de rappeler. Cette notion de localisations nerveuses diffuses repose sur la constatation que j'avais faite autrefois, et qui a été confirmée par nombre d'auteurs, à savoir qu'un tronc nerveux peut tirer son origine de plusieurs noyaux. Un autre fait semble avoir contribué à faire croire à la diffusion des localisations nerveuses : c'est que le médian et le cubital ne paraissent pas tirer leur origine de deux colonnes indépendantes. Mais cette notion de localisation diffuse a été tout à fait exagérée par M. De Neeff et par M. Knappe. Ainsi, ce dernier admet, ni plus ni moins, que tous les groupes cellulaires prennent part à la formation d'un nerf rachidien au niveau des segments d'où ce nerf tire son origine; et, pour cette raison, il pense que les noyaux des nerfs rachidiens n'ont pas la valeur de ceux des nerfs crâniens. D'autre part, M. De Neeff se croit autorisé, par ses recherches sur les nerfs du membre antérieur chez le chien, à admettre une localisation diffuse, « plus encore peut-être que celle de Marinesco », si tant est qu'on veuille retrouver dans la moelle des noyaux d'origine bien distincts pour les différents nerfs.

Mes nouvelles recherches m'obligent à m'inscrire contre l'opinion de M. De Neeff et de M. Knappe, en tant que ces auteurs veulent admettre qu'une colonne cellulaire peut servir d'origine aux troncs nerveux qui desservent les muscles d'un segment de membre (2). En effet, l'étude des coupes frontales de la région lombo-sacrée, après la résection des différents nerfs, m'a permis de constater que les colonnes qui constituent l'origine des nerfs obturateur, crural et sciatique sont indépendantes. Les cellules de la colonne du crural ne se mélangent pas avec celles de la colonne de l'obturateur, pas plus qu'avec celles de la colonne du sciatique. On peut faire une remarque analogue pour les colonnes cellulaires du sciatique poplité interne et du sciatique poplité externe, qui, tout en étant très voisines sur une partie de leur étendue, ne se confondent pas. Je pense que la divergence d'opinion qui existe entre M. De Neeff et M. Knappe et moi-même s'explique par le fait que ces auteurs ont employé la rupture plus ou moins violente des nerfs dans leurs études sur les localisations : en utilisant l'arrachement des troncs nerveux, j'ai en effet constaté des lésions plus étendues et plus diffuses qu'après la résection du même nerf. C'est ainsi que la résection du crural au-dessous de l'arcade crurale produit des lésions seulement dans le noyau du quadriceps, tandis que l'arrachement peut être suivi de lésions dans les noyaux du couturier, de l'iliaque et du quadriceps.

La théorie de la métamérie spinale, soutenue par M. Van Gehuchten et ses élèves, est en désaccord complet avec les résultats de mes recherches expérimentales. Tout d'abord, pour ne parler que des membres inférieurs, le segment de la cuisse est représenté, de l'avis même de M. Van Gehuchten, par deux groupes naturels. Il y a donc là déjà un fait qui contredit la théorie segmentaire, tout au moins dans le sens où elle a été conçue par son créateur. Je dois d'ailleurs ajouter que le segment de la cuisse est représenté dans la moelle non pas par deux noyaux, mais au moins par quatre groupes naturels, à savoir : 1° la colonne qui correspond au muscle quadriceps ; 2° celle des adducteurs ; 3° la colonne commune des muscles de la face postérieure de la cuisse, dans laquelle on peut distinguer trois noyaux, grâce aux recherches expérimentales; 4° la colonne du couturier. Toutes ces colonnes sont bien différenciées comme topographie et comme étendue.

De même, la jambe est représentée non pas par un seul noyau, mais bien par deux colonnes tout à fait distinctes, qui contiennent à leur tour divers noyaux pour les différents muscles innervés par le sciatique poplité interne et le sciatique poplité externe.

Enfin, en ce qui concerne le pied, la colonne cellulaire bien individualisée qui représente le centre du pied ne contient pas le noyau du muscle pédieux, lequel siège fort probablement à l'extrémité inférieure de la colonne du sciatique poplité interne.

M. Sano, dans plusieurs publications successives, a soutenu que les localisations spinales sont musculaires, c'est-à-dire que chaque muscle a son noyau d'innervation distinct dans la corne antérieure. En se basant sur les recherches anatomo-pathologiques de quelques auteurs et sur un nombre restreint d'expériences sur les animaux, il a dressé des schémas de la moelle épinière à différents niveaux, schémas dans lesquels il indique les localisations musculaires.

Lorsqu'on étudie de près les figures de la corne antérieure publiées par M. Sano, on se convainc que cet auteur fait en réalité la localisation des différents groupes musculaires, des différentes fonctions musculaires, et que c'est seulement pour quelques gros muscles, comme le diaphragme ou le grand pectoral, qu'il donne de véritables localisations musculaires. Il ne ressort nullement de ces schémas que chaque muscle a un noyau bien délimité, qu'on puisse distinguer anatomiquement. L'opinion de M. Sano peut être plutôt considérée comme une généralisation basée sur quelques faits épars de pathologie nerveuse. Si l'auteur a voulu dire que chaque muscle a un centre dans la moelle épinière, je souscris très volontiers à cette opinion, qui est adoptée depuis bien longtemps par les physiologistes et constitue, pour ainsi dire, un postulatum physiologique (1).

Toutefois, en matière de localisations spinales, il faut non seulement tenir compte des données de la physiologie, mais aussi de celles de l'anatomie. Que si M. Sano soutient que chaque muscle a un centre d'innervation propre dans la corne antérieure, il est d'accord avec les faits anatomiques et physiologiques. Au contraire, s'il prétend que tous les muscles innervés par la moelle épinière possèdent chacun un noyau distinct, bien délimité, dans la corne antérieure, alors il ne vise pas la généralité des faits, parce que, pour un certain nombre de muscles, on ne saurait actuellement démontrer l'existence d'un noyau séparé. Déjà M. Van Gehuchten a remarqué que les groupements naturels qui existent dans la moelle épinière au niveau des renflements ne peuvent pas être considérés comme des noyaux d'origine de muscles distincts, car, s'il était ainsi, le nombre de ces groupements cellulaires devrait être beaucoup plus considérable qu'il ne l'est.

VIII

Il s'agit d'étudier à présent les lois générales qui ont présidé à l'arrangement des cellules en groupes.

L'axe spinal présentant des dimensions exiguës, la nature a été obligée de faire autant que possible des économies d'espace et de matière. C'est précisément là le but de l'agencement en colonnes, dont certaines sont pour ainsi dire fondamentales, parce qu'on les retrouve presque à la même place, avec les mêmes caractères, dans beaucoup d'espèces animales. Ces colonnes cellulaires affectent sur des coupes transversales la forme de noyaux, mais, comme je viens de le dire, si chaque muscle possède un centre physiologique, tous les muscles ne possèdent pas un noyau anatomiquement défini et circonscrit. Il n'y a que certains nerfs et leurs branches plus ou moins volumineuses, les grands muscles, les muscles associés, etc., qui soient pourvus d'un tel noyau. Aussi ne saurait-on affirmer que les groupes principaux existant naturellement dans la moelle épinière représentent le noyau d'innervation de muscles isolés; assez souvent, ces noyaux sont afférents à une collectivité de muscles. Il y a au contraire des groupes cellulaires spécialisés pour les différentes régions de la cuisse, de la jambe et de l'avant-bras; même l'expérimentation permet une analyse encore plus fine, car elle nous aide à découvrir, dans ces colonnes cellulaires, des noyaux secondaires ou des centres en rapport avec les muscles de chaque région.

D'autre part, en ce qui concerne la disposition des cellules en noyaux bien distincts, ainsi que la réunion de plusieurs groupes en une masse commune, il faut prendre en considération la topographie et le volume du muscle; il existe, en effet, un rapport intime entre la topographie des muscles et celle des noyaux cellulaires; c'est en vertu des lois d'harmonie organique ou bien de téléologie que s'expliquent ces dispositions symétriques.

Une belle démonstration du fait que la topographie des différents muscles ou groupes musculaires joue un grand rôle dans la disposition des noyaux médullaires nous est fournie par le muscle psoas iliaque. Bien que le psoas et l'iliaque possèdent une seule et même action, raison pour laquelle ils sont pour ainsi dire confondus sous le nom de psoas iliaque, ils appartiennent cependant à des régions différentes et possèdent également deux noyaux distincts : le psoas est un muscle lombaire, l'iliaque un muscle pelvien; le premier a son noyau au niveau du troisième segment lombaire et de la partie supérieure du quatrième, le second au niveau du quatrième segment et de la partie supérieure du cinquième.

Le couturier, qui est aussi un muscle fléchisseur de la cuisse sur le bassin et un rotateur en dehors, comme le psoas iliaque, possède également un noyau distinct de ceux du psoas et de l'iliaque, parce qu'il appartient à une région différente.

Cette notion de topographie m'a permis de formuler la règle générale suivante : toutes les fois qu'un nerf périphérique fournit la motricité à plusieurs segments, ce nerf a autant de noyaux naturels qu'il y a de segments.

Les exemples à l'appui de cette règle sont extrêmement nombreux, et nous en trouvons non seulement pour les membres, mais également pour les autres segments du corps. C'est ainsi, par exemple, que le crural, qui innerve le muscle psoas, le muscle iliaque, le couturier et le triceps crural, a autant de noyaux qu'il existe de régions innervées par lui. Le muscle psoas a son noyau, de même le muscle iliaque, tandis que le quadriceps, dont les chefs possèdent une fonction principale commune, a un noyau commun, dans lequel, bien entendu, on peut distinguer par la méthode expérimentale des

(1) G. Marinesco. Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs dans la moelle épinière. (*Rev. neurol.*, 30 juillet 1898, p. 463.)

(2) Pendant que je corrigeais les épreuves de ce travail, a paru un mémoire de M. Lapinsky (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6) dont les conclusions m'ont surpris surtout par la diffusion attribuée aux localisations motrices, lesquelles sont certainement erronées pour la plupart. En outre, l'auteur impute à tort à M. Ramón y Cajal la théorie que je soutiens depuis 1901, théorie qui se trouve exposée et développée dans ce qui suit.

(1) Voici, du reste, comment s'exprime à cet égard un physiologiste bien connu, M. Beaunis : « On peut admettre comme démontré que chaque muscle de chaque groupe musculaire a son centre moteur dans la moelle. Mais la façon dont se fait la relation entre les muscles et les cellules motrices des cornes antérieures n'est pas encore élucidée. » Et plus bas il ajoute : « En tout cas, il y a certainement dans toute l'étendue de la moelle une série de centres moteurs échelonnés, plus ou moins indépendants, qui commandent tous les mouvements partiels de flexion, d'extension, de rotation, etc., etc., d'une articulation donnée. Un certain nombre d'expériences, pratiquées sur la grenouille, prouvent qu'il y a dans la moelle de cet animal décapité des centres associés fonctionnellement reliés entre eux. »

groupes secondaires en rapport avec chacun de ces chefs.

Il en est de même pour le grand sciatique. Ce nerf, en effet, se distribue aux muscles de la région fessière, de la face postérieure de la cuisse, de la face antéro-externe et postérieure de la jambe et, enfin, aux muscles de la face plantaire du pied. Or, il y a autant de colonnes bien distinctes qu'il y a de régions.

L'exemple le plus frappant à ce point de vue est la présence de deux colonnes cellulaires très bien distinctes comme topographie dans le noyau du sciatique poplité interne : l'une est destinée aux muscles de la face postérieure de la jambe, l'autre aux muscles de la face plantaire du pied.

Enfin, j'ai fait autrefois la même constatation pour le radial, qui innerve les muscles de la face postérieure du bras, ceux de la face postérieure de l'avant-bras et les extenseurs des doigts : il existe des noyaux absolument distincts pour ces différents muscles. Dans un autre ordre d'idées, j'ai fait une constatation analogue pour le spinal, lequel, ainsi qu'on le sait, innerve, d'une part, le sterno-cléido-mastoïdien et, de l'autre, le trapèze, muscles appartenant à des régions différentes comme topographie.

D'ailleurs, il ne faudrait pas subordonner la notion de topographie et d'harmonie organique à celle de fonction, ou *vice versa*, car elles sont *indissolublement liées*. Si la nature avait eu en vue de faire des colonnes cellulaires différentes pour tous les muscles ayant des fonctions plus ou moins diverses, elle aurait perdu beaucoup d'espace et de matière. C'est ainsi que s'explique la continuité, au moins apparente, de colonnes ayant des fonctions différentes, comme cela existe, par exemple, pour la colonne de l'obturateur et celle qui représente les muscles de la face postérieure de la cuisse. C'est également de cette façon que l'on comprend pourquoi le muscle psoas iliaque possède deux noyaux différents et superposés.

La colonne du sciatique poplité externe renferme des muscles ayant des fonctions très diverses, et cependant il s'agit d'une colonne unique, ainsi qu'on peut le constater sur des coupes longitudinales. Le jambier antérieur agit sur l'articulation tibio-tarsienne, les extenseurs sur les articulations des orteils; il en est de même pour les péroniers. Voilà donc des muscles possédant des fonctions différentes et agissant sur des segments différents, et occupant la même colonne. Mais cette colonne n'est pas indivisible, et les muscles possèdent dans la masse commune des centres superposés et juxtaposés dans l'ordre suivant : jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, extenseur commun des orteils, péroniers. Il semble que, pour les muscles d'une même région, celui qui se rapproche le plus de la ligne médiane, de l'axe du membre, siège dans la moelle plus haut et plus en avant, tandis que les muscles qui s'écartent de la ligne médiane sont représentés dans la moelle épinière en dehors et en arrière des centres précédents (1). Les mêmes considérations s'appliquent aux muscles de la face postérieure de la jambe; ici également, il s'agit de fonctions différentes, bien qu'ayant quelque chose de commun.

L'étude que nous venons de faire démontre avec la dernière évidence, ainsi que je l'ai soutenu autrefois, que les muscles qui possèdent une fonction commune sont représentés par des groupes cellulaires qui, au point de vue anatomique, sont réunis dans une masse commune, dans laquelle l'expérimentation permet de déceler des centres en relation avec tel ou tel d'entre eux. Ces centres sont *superposés* et *juxtaposés dans le même ordre que les muscles correspondants*.

(1) Dans une courte note qu'il a récemment publiée (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai 1904), M. Bikeles arrive aux mêmes conclusions que moi.

Il existe donc dans la moelle une véritable projection musculaire commandée par les lois de la symétrie organique. Les groupes fonctionnels se combinent de manière que la nature réalise une grande économie de matière et d'espace et assure, par conséquent, un fonctionnement rapide et utile. C'est là la raison de ce « tassement cellulaire » et de la répartition des cellules en groupes naturels ou en grandes masses bien délimitées.

Dr G. Marinesco,
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Bucarest.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 juillet 1904.

Origines alimentaires de l'arsenic normal.

MM. A. Gautier et **P. Clausmann.** — L'élimination incessante d'arsenic par la desquamation épithéliale, la chute des cheveux, le flux menstruel, etc., prouve que cette substance, indispensable à certains tissus, doit être introduite continuellement dans l'économie, ce qui donne à supposer que c'est de l'alimentation qu'elle provient. De fait, les dosages que nous avons effectués nous ont permis de constater que la plupart des substances alimentaires renferment de l'arsenic, en quantité très faible, à la vérité; c'est dans le vin, l'eau de boisson et le sel de cuisine qu'on en trouve le plus, et ce sont par conséquent ces aliments qui doivent être considérés comme les sources habituelles auxquelles nous puisons la majeure partie de l'arsenic que contiennent nos tissus.

Prenant comme type d'alimentation celle des Parisiens, telle qu'elle résulte de la statistique relevée pour les habitants de Paris pendant la décade 1890-1900, nous pouvons calculer la quantité moyenne d'arsenic absorbée chaque jour avec la nourriture : elle s'élève à environ 21 millièmes de milligrammes, soit, par an, 7 milligr. 66. Comme un adulte de vingt à quarante ans ne perd pas plus, par ses cheveux, de 21 millièmes de milligrammes de ce métalloïde par an, on doit conclure que le reste est éliminé par la coupe de la barbe et des ongles, la desquamation épithéliale, le flux menstruel et, surtout, par les fèces.

Ces constatations conduisent à des considérations importantes d'ordre médico-légal : vu les proportions assez variables d'arsenic qui existent dans les divers aliments, il faut, quand on recherche en toxicologie la présence de l'arsenic dans le tube digestif, tenir compte de la composition du dernier repas ingéré; toutefois, lorsque la quantité d'arsenic trouvée se rapproche du dixième de milligramme, on ne saurait en aucun cas l'attribuer à l'arsenic alimentaire. . . . .

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet 1904.

Du drainage des voies biliaires.

M. Delagénière (du Mans). — J'ai eu l'occasion de pratiquer l'année dernière le drainage du canal hépatique pour dilatation de ce canal, consécutive à une lithiase biliaire avec infection. Lorsque je fis cette intervention, l'état général de la malade était extrêmement grave. J'enlevai par fragments un énorme calcul du cholédoque, je pratiquai un lavage soigné des voies biliaires et je plaçai un drain dans le canal hépatique dilaté. Le résultat fut excellent, et la patiente expulsa successivement une série de petits calculs, en même temps que la bile reprenait son cours normal et que la température s'abaissait progressivement. J'ai tenu à rapprocher cette observation des faits qui vous ont été communiqués récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 155, 172 et 188).

M. Michaux. — On pourrait craindre que la présence du drain dans le canal hépatique ne fût un obstacle à l'évacuation secondaire des calculs.

M. Delagénière. — Loin d'être un obstacle à cette évacuation, le maintien d'un drain, que l'on enlève d'ailleurs chaque fois que l'on veut faire un lavage, facilite au contraire la sortie des calculs, puisqu'il a pour résultat de conserver le canal hépatique largement dilaté.

M. Hartmann. — Du moment que la bile coule après la cholédocotomie et après l'ablation des calculs qui obstruent le canal cholédoque, je me demande s'il est absolument nécessaire de placer un drain jusque dans le canal hépatique.

M. Delbet. — Je pratique toujours le drainage des voies biliaires à l'aide d'un siphon; de cette façon, la plaie est à l'abri du contact de la bile, si souvent infectée.

Traitement des rétrécissements dits syphilitiques du rectum.

M. Lejars. — A propos de la communication que M. Quénu a faite dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 220), je désire vous relater un fait d'ablation d'un rétrécissement du rectum par voie vaginale.

Après plusieurs essais infructueux de dilatation sans anesthésie, j'avais fait tout d'abord sous le chloroforme une dilatation progressive et placé dans le rectum un tube entouré de gaze aseptique; le résultat fut nul, et, quelques mois plus tard, ayant constaté que le rétrécissement n'était modifié en aucune façon, je me décidai à pratiquer l'ablation, en choisissant la voie vaginale. Après avoir divisé la paroi vaginale postérieure en deux volets latéraux, je pus facilement disséquer le rectum et réséquer la partie rétrécie; le bout supérieur du rectum fut abaissé et suturé à l'anus. Le résultat fut excellent et ma malade est parfaitement guérie.

Abouchement de l'uretère dans l'S iliaque.

M. Guinard. — Je me suis trouvé, il y a quatre ans, en présence des mêmes difficultés que celles dont M. Chaput nous entretenait dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 220). Après avoir enlevé un fibrome utérin et une tumeur végétante de l'ovaire, je m'aperçus que j'avais réséqué un uretère sur une assez grande étendue. J'avais des raisons pour me défier de l'état du rein du côté opposé, après l'avoir exploré, et je ne songeai même pas, dans ces conditions, à faire la néphrectomie ou la ligature de l'uretère; j'abouchai donc dans l'S iliaque le canal sectionné, et la suite des événements me montra combien ma conduite avait été prudente : ma malade, en effet, ne rend pas une goutte d'urine par la vessie, ce qui prouve bien que le rein dont l'uretère avait été respecté ne sécrète plus; elle urine exclusivement par le rectum, grâce à l'implantation que j'ai faite dans l'intestin.

Gastrostomie pour imperforation de l'œsophage.

M. Kirmisson. — Le 6 février dernier, on apportait dans mon service un nouveau-né atteint d'imperforation de l'œsophage, compliquée, comme cela est la règle en quelque sorte, de communication du bout inférieur de l'œsophage avec les voies aériennes. Quelques heures plus tard, je me mis en mesure de pratiquer la gastrostomie; l'estomac était tellement distendu qu'il se rompit sous l'influence des efforts de l'enfant. Je suturai les lèvres de la plaie stomacale, et j'établis la bouche cutanée; mais le petit patient ne tarda pas à succomber et l'on put constater, à l'autopsie, que la rupture de l'estomac avait déterminé une hémorrhagie assez abondante dans le petit épiploon.

M. Djemil-Pacha (de Constantinople) lit un travail sur le traitement chirurgical des hémorrhoïdes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juillet 1904.

Endocardite tuberculeuse primitive.

M. Œttinger. — J'ai observé pendant près d'un an, avec M. Braillon, une jeune femme qui, atteinte de lésions orificielles multiples du cœur, finit par succomber à des accidents d'asystolie chronique.

L'autopsie démontra qu'il existait du côté de l'endocarde valvulaire des lésions complexes : tandis que l'orifice tricuspidien était le siège d'un rétrécissement fibreux ancien, on constatait au niveau de la mitrale des lésions d'endocardite chronique, ayant déterminé de l'insuffisance avec rétrécissement de l'orifice, en même temps que des altérations plus récentes caractérisées par de nombreuses petites végétations développées au niveau des surfaces d'accolement des valves; les sigmoïdes de l'aorte présentaient seulement des lésions banales d'endocardite récente.

Alors que l'examen histologique ne démontrait que l'existence de lésions tout à fait analogues à celles que l'on observe dans les endocardites valvulaires chroniques intéressant les orifices, les inoculations d'une part, l'étude inoscopique d'autre part, révélèrent qu'il s'agissait d'une endocardite d'origine tuberculeuse. L'absence de toute autre lésion tuberculeuse du côté des viscères, à part deux ou trois granulations dans le sommet de l'un des poumons, prouve que l'infection tuberculeuse peut quelquefois provoquer des lésions exclusivement localisées à l'endocarde; c'est là un processus analogue à celui qu'on peut constater dans quelques pleurésies tuberculeuses primitives.

Ces altérations étant susceptibles de guérison définitive, il est logique de supposer que la tuberculose peut être rangée parmi les facteurs étiologiques de certaines lésions valvulaires chroniques du cœur. Le développement assez fréquemment observé de la tuberculose pulmonaire chez des sujets atteints d'affections valvulaires de cause indéterminée est un argument qui plaide en faveur de cette hypothèse.

M. Barié. — L'observation d'endocardite tuberculeuse de M. Œttinger diffère des faits publiés jusqu'ici, où les lésions occupaient à la fois le cœur et le poumon. La localisation exclusive des lésions tuberculeuses à l'endocarde s'observe — du moins chez les enfants — dans plus de la moitié des cas (Weill). Cette endocardite tuberculeuse, assez rarement caséeuse, survient dans le cours des processus aigus, méningite ou granulie. Au point de vue du siège, elle occupe presque toujours le cœur gauche, mais on peut la rencontrer également dans le cœur droit (Girode).

Si l'on compare, au point de vue anatomique, les faits d'endocardite tuberculeuse, on voit que, d'ordinaire, les lésions consistent soit dans la présence de granulations miliaires sur l'endocarde, soit dans celle du bacille de Koch luimême au niveau des végétations endocardiques; parfois, cependant, on ne trouve ni granulations miliaires, ni bacille pathogène, mais des microorganismes ressortissant à des infections secondaires post-tuberculeuses : streptocoques, pneumocoques, etc.

L'étude des rapports de la tuberculose avec l'endocardite montre, en outre, que, dans les cas aigus, la lésion cardiaque secondaire se manifeste sous forme de granulations miliaires ou de végétations bacillifères pathogènes; elle prouve encore qu'il peut y avoir, dans le cours et sous l'influence de la tuberculose pulmonaire, des endocardites banales par infection secondaire. Quant à la tuberculose pulmonaire chronique, elle agit sur le cœur à la façon d'un poison lent, produisant non plus des granulations ou des nodosités végétantes, mais de la sclérose de l'endocarde, des épaississements marginaux, suivis de rétraction et de froncements inodulaires, points de départ de sténoses et de rétrécissements de l'orifice mitral (Potain et P. Teissier).

Importance de la pesée journalière des malades en puissance d'anasarque.

M. J. Courmont. — Il résulte des expériences que j'ai faites avec M. Genet, que la digitale est un déchlorurant énergique chez les cardiaques et la théobromine chez les brightiques. La courbe du poids n'est pas en rapport avec la quantité des urines émises, mais avec la quantité des chlorures éliminés, comparée à celle des chlorures ingérés : le poids baisse quand l'élimination est supérieure à l'ingestion et augmente dans le cas contraire, c'est-à-dire quand il y a chlorurémie. Pour savoir si un asystolique va être atteint d'anasarque, il est donc inutile d'analyser ses urines et d'en doser les chlorures; il suffit de peser journellement le malade et de régler son régime sur les résultats de ces pesées.

Il ressort, en outre, de ces constatations qu'il faut prescrire de la digitale aux cardiaques et de la théobromine aux brightiques, dès qu'ils atteignent un certain poids, pour prévenir l'apparition de l'asystolie ou de l'urémie.

Méningite cérébrale suppurée compliquée d'érysipèle de la face chez un syphilitique.

M. Courtois-Suffit. — Nous avons observé, avec M. Beaufumé, un jeune homme qui, après avoir présenté quelques troubles du caractère, fut pris d'agitation avec délire et céphalalgie. En raison de l'existence de syphilides papuleuses, ces accidents cérébraux furent rattachés à la syphilis. Une ponction lombaire, pratiquée le lendemain de l'entrée du malade, parut confirmer ce diagnostic, car elle montra une lymphocytose très abondante du liquide céphalorachidien. Trois jours après, le patient succomba dans le coma; la veille de la mort était survenu un érysipèle de la face. A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée à streptocoques, exclusivement crânienne, avec intégrité des méninges rachidiennes et de la moelle épinière.

Pour expliquer l'absence de retentissement de la méningite cérébrale sur le liquide céphalorachidien, on peut supposer que, comme dans un certain nombre de faits analogues, le liquide céphalo-rachidien des espaces sous-arachnoïdiens ne communiquait pas avec celui du rachis. Une autre particularité intéressante de ce fait, c'est l'apparition d'un érysipèle de la face, secondairement à une méningite suppurée à streptocoques.

Recherche directe des microbes du sang par le procédé de la sangsue.

M. Lesieur fait connaître un nouveau procédé de recherche des microbes dans le sang, qui consiste dans l'application de sangsues au malade : on exprime ensuite le sang contenu dans l'estomac de ces animaux. Ce sang étant incoagulable, on le centrifuge, et, cela fait, on en utilise le culot pour faire des frottis.

Grâce à ce procédé, on a pu s'assurer que le sang était presque toujours privé de microbes. Cependant, chez les sujets atteints de pneumonie ou de fièvre typhoïde, on trouve des pneumocoques ou des bacilles d'Eberth 2 et 3 fois sur 4. Dans la tuberculose pulmonaire, les bacilles font défaut 75 fois sur 100. Il ne faut donc pas compter sur les résultats de la recherche directe des bacilles de Koch dans le sang, même avec ce procédé, pour faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Absence d'anaphyllaxie à la suite d'injections répétées de sérum antidiphtérique.

M. Marfan communique l'observation d'une fillette de huit ans qui a reçu, à titre préventif, depuis deux ans, vingt-quatre injections souscutanées, représentant en tout 160 c.c. de sérum antidiphtérique. Jamais on n'a constaté le moindre accident au niveau des piqûres, ni un trouble appréciable dans la santé générale. On n'a jamais noté non plus d'éruption quelconque, ni d'arthralgie.

Ce fait prouve, d'après l'orateur, que l'anaphyllaxie, c'est-à-dire l'état d'hypersensibilité créé par une série d'injections toxiques, n'existe pas pour l'homme, au moins autant qu'il ne s'agit que d'injections sous-cutanées. S'il se produit parfois, dans la région où a été faite une injection de sérum antidiphtérique, du gonflement, de la rougeur ou une ecchymose, ces phénomènes légers et, d'ailleurs, inconstants se montrent aussi bien dès la première injection qu'à la troisième ou à la quatrième.

Surrénalite hémorrhagique au cours d'une pneumobacillémie de Friedländer.

M. Sicard relate l'observation d'une femme qui fut prise, au cours d'une bronchopneumonie, de vomissements avec diarrhée, asthénie générale et hypotension artérielle. En présence de ces symptômes, on pensa à une surrénalite hémorrhagique, diagnostic qui fut confirmé par l'autopsie. Le microbe de Friedländer ayant, d'autre part, été trouvé dans le sang de la circulation générale, avant la mort de la malade, on peut admettre qu'il s'est agi dans ce cas d'une pneumobacillémie ayant déterminé une hémorrhagie des capsules surrénales, ainsi que cela s'observe expérimentalement chez le cobaye et le lapin.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les grands lavages de l'urèthre avec des solutions fortes de nitrate d'argent comme traitement abortif de la blennorrhagie.

Dans les cas de blennorrhagie tout au début (premier ou deuxième jour), caractérisés par une irritation purement épithéliale, avec absence d'inflammation au méat, la première portion de l'urine étant claire et contenant simplement des flocons muqueux, M. le docteur C. Engelbreth (de Copenhague) emploie, à titre de traitement abortif, de grands lavages de l'urèthre antérieur avec des solutions de nitrate d'argent assez fortes pour détruire complètement la couche épithéliale, seule infectée à ce moment. Dans ce but, notre confrère fait usage d'une solution de nitrate d'argent à 0.5 %, portée à la température de 37° et dont on injecte de 500 à 600 grammes sous la pression de 125 centimètres. Lorsque la cautérisation est bien faite, la muqueuse présente une coloration d'un blanc mat caractéristique. Le lavage intra-uréthral terminé, il importe d'en compléter l'action, en lavant avec une solution à 3 % le méat et la région de la fosse naviculaire, qui ne sont influencés que par une solution très concentrée.

A la suite de ces lavages, il se produit un écoulement de masses pultacées qui renferment l'épithélium desquamé et des globules de pus en suspension dans un abondant mucus; de cet écoulement, les gonocoques ont disparu quatre heures après le premier lavage. On pratique alors un second lavage avec une solution plus faible, à 0.2 %. L'écoulement prend, sous son influence, l'aspect d'un fluide séreux et légèrement strié de sang; il disparaît au bout de six à huit jours, et la guérison est à ce moment complète.

Sur 30 cas traités de la sorte, notre confrère aurait obtenu 26 succès.

La quinine à doses massives contre la pneumonie.

Avant même que l'on eût reconnu la nature infectieuse de la pneumonie, on traitait souvent cette affection par le sulfate de quinine, et certains auteurs, tels que Jürgensen, n'hésitaient pas à donner jusqu'à 5 grammes de ce médicament aux pneumoniques. Dans ces dernières années, cependant, il s'est manifesté une tendance de plus en plus marquée à renoncer à toute thérapeutique active de la pneumonie et à se contenter d'une expectative déguisée. Aussi nous semble-t-il intéressant de signaler les bons résultats qu'un médecin exerçant au Mexique, M. le docteur W. J. Galbraith (de Cananea), a obtenus de la quinine à hautes doses au cours de l'épidémie de pneumonie qui a sévi dernièrement dans l'Amérique du Nord. Voici quel est le mode d'administration adopté par notre confrère :

Lorsque la température initiale atteint ou dépasse 40°5, on fait prendre d'emblée 4 grammes de sulfate de quinine; une heure après, on administre une seconde dose de 2 grammes, et au bout de la troisième heure 1 gramme encore de médicament : dans l'espace de trois heures, le malade absorbe ainsi 7 grammes de sulfate de quinine. Quand la fièvre ne s'élève pas au-dessus de 40°, on peut se contenter d'une dose initiale de 3 grammes à 3 gr. 50 centigr., et 2 grammes à 2 gr. 50 centigr. sont suffisants lorsque la température du début reste au-dessous de 39°5. Mais, même en pareille occurrence, on administre, à une heure d'intervalle, les deuxième et troisième prises de 2 et de 1 gramme.

Malgré les quantités considérables de quinine ainsi absorbées, cette médication a toujours été parfaitement tolérée, et M. Galbraith n'a pas eu à enregistrer d'accidents d'intoxication. Une série de 20 cas consécutifs où ce traitement a été institué se sont tous terminés par la guérison, malgré la malignité de l'épidémie au cours de laquelle ils se sont produits.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Applications et technique de la jéjunostomie.

La jéjunostomie, ou opération de Surmay (1), est restée longtemps une intervention de pis aller; appliquée aux formes les plus avancées et les plus graves du cancer de l'estomac, en désespoir de cause, et lorsque tout autre recours était devenu matériellement impossible, elle ne pouvait assurer que des bénéfices fort passagers et fort précaires : une mortalité considérable, quelques survies courtes, tel était son bilan. Ce fut Maydl surtout, qui, en étendant les indications de la fistule jéjunale, montra qu'elle valait mieux qu'on ne l'avait cru, à la juger par ses premiers résultats : dans son dernier mémoire (2), il en relatait 47 cas, émanant de sa pratique et de celle de ses assistants, de 1891 à 1901, avec une mortalité globale de 21.2 %; et il répartissait ses opérations personnelles en deux séries, la première, de 1891 à 1898, comprenant 22 faits, avec 4 morts (18 %), la seconde, de 1898 à 1901, 10 faits avec 1 mort (10 %). Utilisée, dès 1891, par Hahn, dans les sténoses pyloro-gastriques consécutives aux brûlures, la jéjunostomie semble aussi appelée à prendre une certaine place — encore indéterminée — dans le traitement de l'ulcère; et, sans adopter, dans leur teneur un peu outrancière, les conclusions de Maydl, on ne saurait nier qu'il y ait là une question neuve et intéressante. Ajoutons que la technique de l'opération s'est perfectionnée, à mesure que l'exécution en devenait plus fréquente, et qu'un choix doit être fait aujourd'hui entre des procédés assez nombreux, qui ne réalisent pas tous, à un égal degré, ces deux conditions essentielles : d'être simples et de créer une fistule continente.

I

Ouvrir à l'alimentation une voie dérivée, mettre l'estomac au repos : tel est le double résultat de la jéjunostomie; l'un et l'autre sont évidemment solidaires, mais ils n'en répondent pas moins à des indications parfois différentes, et cette mise au repos de l'estomac peut devenir, à elle seule, le but principal du traitement, alors qu'aucun obstacle mécanique n'entrave encore gravement l'alimentation par voie normale.

Toujours est-il que la fistule duodénale a été le plus souvent appliquée au cancer, au *cancer sténosant*. Elle l'a été, d'ordinaire, à titre d'opération de nécessité : le caractère et l'extension des lésions la rendaient seule praticable; l'état local était tel, qu'on ne pouvait faire ni résection ni gastro-entérostomie : il fallait refermer le ventre et se contenter « d'avoir vu » (et maintes fois on s'en est tenu là), ou bien aboucher le jéjunum à la paroi, et réaliser ainsi, tout au moins, une opération palliative « de second ordre ». Quelles sont donc ces conditions, locales ou générales, qui commandent la jéjunostomie?

Toutes celles, pourrait-on dire, qui s'opposent, de façon insurmontable, à la pratique de la gastro-entérostomie. C'est d'abord la diffusion du néoplasme et l'envahissement des deux parois de l'estomac, qui ne laissent aucune place pour anastomoser l'intestin, du moins aucune zone suffisamment distante du cancer ambiant pour qu'une brève obstruction ne soit pas à prévoir. C'est aussi, en admettant même

(1) Elle a été pratiquée pour la première fois par Surmay (de Ham) à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Le Dentu, le 19 juin 1878, sur une malade de Dujardin-Beaumetz. Jusqu'en 1898, on ne trouve publiés, en France, que 2 faits de M. Peyrot, et 1 autre de Montaz (de Grenoble). En 1898, elle a été reprise par M. le professeur Terrier (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 9 nov. 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 460).

(2) K. Maydl. Weitere Beiträge zur Indikationsstellung der Jejunostomie. (*Wien. klin. Rundschau*, 4 janv. 1903, p. 3.)

que l'une des parois soit encore à peu près « utilisable », la soudure de l'estomac, en bloc, aux organes voisins, et la nécessité de recourir à une libération préliminaire, longue et périlleuse. Presque toujours, l'indication de la jéjunostomie est née de l'une ou de l'autre de ces impossibilités matérielles. Il y a lieu de signaler également certaines localisations multiples et rares du cancer : néoplasme simultané du pylore et du cardia, du pylore et de l'œsophage; néoplasme du cardia ou de l'œsophage, coexistant avec un estomac rétracté, ratatiné, scléreux, et qui ne peut servir à une anastomose régulière. Dans un cas de M. Peyrot, remontant à juillet 1896, il s'agissait d'un cancer de l'œsophage, « siégeant au niveau et un peu au-dessus de la bifurcation de la trachée »; on se mit en devoir de faire la gastrostomie, mais il fut impossible d'attirer l'estomac à la plaie, et l'on pratiqua une fistule jéjunale. L'opéré succomba treize jours après : à l'autopsie, on reconnut que l'estomac n'était pas envahi par le cancer, mais qu'il était fixé par des adhérences à la queue du pancréas et à la rate (1).

Une autre indication nécessaire se tire parfois de l'état général, trop compromis pour qu'une intervention de quelque durée ne soit pas un danger de mort immédiate. C'est à une contrainte de ce genre que nous avons obéi, il y a quelques mois, chez un homme de soixante-cinq ans, très cachectique, et qui, tous les jours, à maintes reprises, vomissait du sang noir : la jéjunostomie fut pratiquée sans incident, les vomissements cessèrent, mais le bénéfice fut court, et, au bout de peu de jours, le malade s'éteignait.

On conçoit, d'ailleurs, que, limitée strictement à cette première série d'applications, la jéjunostomie ne puisse prétendre à un avenir brillant. Qu'elle soit utile, qu'elle vaille d'être pratiquée, même dans les plus mauvais cas, on saurait d'autant moins en douter que l'évolution du cancer, par le fait seul de la mise au repos, peut être ralentie, dans une mesure inattendue, et la survie se prolonger. Toutefois, si Maydl a obtenu la statistique et les résultats dont nous parlions plus haut, c'est que, de plus en plus, il donnait le pas à la jéjunostomie sur la gastro-entérostomie, et qu'il faisait, de la fistulisation duodénale, l'opération palliative « de premier ordre ». Nous ne détaillerons pas tous ses arguments, que M. P. Riche a repris et très complètement exposés, dans un mémoire lu à la Société de chirurgie de Paris le 1er avril 1903, et qui a fait l'objet, cette année même, d'un important rapport de M. Schwartz (2); ils sont tous basés sur l'infériorité prétendue de la gastro-entérostomie, sa gravité, ses accidents secondaires, l'irritation continue qu'elle entretient dans l'estomac cancéreux, nullement soustrait au passage des aliments et à l'action des sucs digestifs. On ne saurait dénier tout fondement à ces reproches; d'autre part, grâce à l'emploi d'une bonne technique, la fistule jéjunale peut devenir aussi tolérable, et même beaucoup moins gênante, qu'une fistule gastrique, à plus forte raison qu'une fistule du gros intestin; malgré cela, nous ne pensons pas qu'il faille si aisément renoncer aux bienfaits, depuis longtemps éprouvés, de la gastro-entérostomie, qui reste, à notre sens, l'opération palliative de choix (3). Ce qu'il y a lieu de retenir, c'est que la jéjunostomie constitue une très précieuse ressource, trop rarement utilisée, peut-être; et que, dans ces cas douteux où l'anastomose gastro-jéjunale se présente mal, où l'on n'est pas sûr de faire aisément, vite, et sans danger

(1) E. Verdin. Duodénostomie et jéjunostomie. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(2) E. Schwartz. De la jéjunostomie et spécialement de la jéjunostomie en Y. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 10 fév. 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 51.)

(3) C'est la conclusion formulée par M. Schwartz, dans le rapport que nous citions plus haut.

grave, une bonne gastro-entérostomie, il est tout indiqué de recourir d'emblée à l'opération sur le jéjunum.

Rappelons ici que la fistule jéjunale a été pratiquée, dans quelques cas, à titre d'*opération secondaire, après la gastro-entérostomie*. Chez une femme de quarante-sept ans, à laquelle, deux mois et demi auparavant, on avait fait une gastro-entérostomie pour une sténose cancéreuse du pylore, M. Larkin (1) dut aboucher le jéjunum à la paroi, la bouche gastro-jéjunale s'étant oblitérée. M. Quénu communiquait, cette année même, à la Société de chirurgie de Paris (2), l'histoire d'un malade auquel il avait pratiqué d'abord une gastro-entérostomie antérieure pour une sténose cicatricielle du pylore; des ulcères peptiques répétés l'obligèrent à intervenir, de nouveau, à deux reprises, et finalement il fit une jéjunostomie en Y, qui fut suivie d'un très bon résultat. Notons encore qu'on s'est adressé, dans quelques cas, à la jéjunostomie secondaire, après la pylorectomie ou d'autres interventions sur l'estomac dont les sutures avaient partiellement « lâché ». La thèse de M. Scholz (3) contient 3 observations de ce genre, émanant du service de M. le professeur von Mikulicz.

Enfin, obéissant à une indication analogue, M. von Cackovic (4) a pratiqué la jéjunostomie dans un cas de fistule opératoire du duodénum : au cours de l'extirpation d'un volumineux sarcome du rein droit, le duodénum, adhérent, avait été dénudé sur une grande longueur; la paroi intestinale se sphacéla dans les jours suivants, et tous les liquides ingérés s'échappaient par la fistule. L'opérée était trop faible pour qu'on tentât une intervention directe ou même une gastro-entérostomie suivie d'occlusion du pylore, et M. von Cackovic aboucha le duodénum à la paroi, par le procédé de Witzel-von Eiselsberg, dont nous parlerons plus loin; le bénéfice ne fut, d'ailleurs, que très passager.

Mais ce ne sont là que des applications tout exceptionnelles. Il n'en est plus absolument de même, lors des *brûlures de l'estomac et du pylore;* et, depuis les 2 premiers faits de Hahn, auxquels je faisais tantôt allusion, la jéjunostomie a été utilisée, dans ces conditions, par MM. Karewski (5), von Eiselsberg (6), Maydl, Heuck (7), et d'autres encore. Il convient, du reste, de distinguer ici deux séries de faits, suivant que l'on se trouve en présence de lésions cicatricielles, définitives, anciennes déjà, ou qu'il s'agit des accidents récents de la brûlure. Dans la première hypothèse, le type que l'on rencontre le plus souvent, c'est la sténose pylorique, et il n'est pas discutable que, là encore, si elle est exécutable, la gastro-entérostomie ne soit le meilleur parti à prendre, et qu'elle ne puisse donner des succès et des « résurrections », même dans les cas d'inanition extrême (8). Toute la question se résume dans

(1) F. Ch. Larkin. A case of gastro-enterostomy for relief of pyloric obstruction, followed later by recurrence of symptoms for which jejunostomy was performed. (*Lancet*, 19 sept. 1891, p. 667.)

(2) Quénu. Sur la gastro-entérostomie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 17 fév. 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 63.)

(3) B. Scholz. Neun Fälle von Jejunostomie. (*Thèse de Breslau*, 1898.)

(4) M. von Cackovic. Ueber Fisteln des Duodenum. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1903, LXIX, 3.)

(5) Karewski. Ueber einen Fall von Chlorzinkvergiftung, nebst Bemerkungen zur Jejunostomie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 déc. 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 449.)

(6) Von Eiselsberg. Ueber Verätzungs-Stricturen des Pylorus. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1900, LXII, 1.)

(7) G. Heuck. Zur Behandlung der Verätzungen der Speiseröhre und des Magens mit Gastroentero- und Jejunostomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1902, XXXIV.)

(8) Ainsi en fut-il chez une jeune femme opérée par nous en 1896 (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 juin 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 242). — Voir aussi le mémoire de M. H. Hartmann : Le rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures, et son traitement. (*Comptes rendus du dixième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1896, p. 424, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 423.)

l'état du reste de l'estomac, et il arrive que l'organe soit, tout entier, couturé de cicatrices, déformé, sclérosé, adhérent : la jéjunostomie devient alors l'opération nécessaire; il en est de même lorsqu'une sténose œsophagienne se combine à la sténose pylorique. — Mais elle serait encore indiquée à une autre période, au stade d'acuité des lésions; pour couper court à la gastrite phlegmoneuse et prévenir les perforations, la mise au repos, suffisamment hâtive, de l'estomac « brûlé » serait une intervention de première utilité, et d'efficacité bien supérieure à toutes les médications jusqu'ici appliquées; elle épargnerait, de plus, au blessé, la longue et périlleuse dénutrition qui procède de l'intolérance gastrique.

Nous sommes déjà loin du cancer, et, sans insister davantage sur ces divers types d'indications, nous tenons à discuter de plus près l'intéressante et « actuelle » question de la jéjunostomie dans l'ulcère.

II

Il était naturel que la jéjunostomie fût aussi appliquée à certaines formes de *l'ulcère, gastrique ou duodénal*, qui, en clinique, ressemblent au cancer et créent des indications analogues. Et, du reste, le premier cas de jéjunostomie dans l'ulcère se rapporte à un de ces faux cancers, dont l'évolution ultérieure devait révéler la nature exacte : il s'agit d'une femme de soixante ans, opérée à la clinique chirurgicale d'Utrecht, en juillet 1894, par M. le professeur von Eiselsberg qui en communiquait l'observation au Congrès de la Société allemande de chirurgie, l'année suivante (1). L'état général était des plus précaires : on sentait une tumeur dure à la région pylorique, et, d'autre part, un cathéter œsophagien était arrêté, par un obstacle, à 37 centimètres de l'arcade dentaire. Au cours de l'intervention, on reconnut, en effet, une tumeur du pylore, mobile, et une tumeur du cardia, se prolongeant sur la petite courbure. On conclut à un double cancer, et la jéjunostomie fut pratiquée. Dès la troisième semaine, l'opérée pouvait tolérer quelque alimentation buccale; au bout de onze mois, elle avait repris 20 kilos; et la fistule jéjunale n'était plus conservée que par précaution, comme une sorte de voie de sûreté. Le 20 mai 1897, on la fermait définitivement. En 1900, six ans après l'opération, la malade était revue, en pleine santé : toute trace de tumeur avait disparu.

Il n'est pas douteux que, même si le diagnostic de « tumeurs inflammatoires » pouvait être porté, la simultanéité de la sténose pylorique et de la sténose cardiaque ne créât l'indication formelle de la jéjunostomie, et voilà une première éventualité, exceptionnelle, nous n'avons pas besoin de le faire remarquer, où l'opération s'impose, sans discussion. On peut en dire autant de ces cas où, par suite de cicatrices ulcéreuses multiples, on trouve un estomac rapetissé, ratatiné, raccourci, et ne présentant plus aucune zone « disponible » pour une gastro-entérostomie régulière (2); il en sera de même, quelquefois, comme l'indique Maydl, lors de ces adhérences en nappe diffuse, de ces symphyses périgastriques, qui rendent inabordables l'une et l'autre face de l'organe.

Tout cela n'est point en litige, car on se heurte, en pareille occurrence, à des nécessités matérielles qui commandent, sans réplique, le parti à prendre. La question devient plus épineuse lorsqu'on envisage les autres formes cliniques, les formes communes de l'ulcère.

Maydl, dans son dernier mémoire, conseillait la jéjunostomie, non seulement dans l'ulcère gastrique en activité, mais aussi dans l'ulcère cicatrisé et sténosant. Et voici comment il en concevait l'indication : on ne sait jamais, de façon absolument sûre, disait-il, si le rétrécissement cicatriciel est pylorique ou prépylorique, et, dans cette dernière hypothèse, une jéjunostomie temporaire peut être suivie d'une complète guérison; je commencerais donc par faire d'abord une jéjunostomie, surtout chez un malade très affaibli par l'inanition, et alors, de deux choses l'une : ou bien la sténose est réellement prépylorique, et, au bout d'un temps variable d'alimentation jéjunale et de mise au repos de l'estomac, l'obstacle « inflammatoire » cèdera, et il ne restera plus qu'à fermer la fistule; ou bien le rétrécissement est pylorique, et, même alors, la jéjunostomie aura son utilité : elle permettra aux masses fibreuses surajoutées de s'assouplir et de se résorber et, de la sorte, elle rendra exécutable une intervention directe sur le pylore, ou n'empêchera nullement la gastro-entérostomie ultérieure. Il convient de noter, d'ailleurs, que ces conclusions de Maydl sont surtout théoriques : dans les 6 observations de jéjunostomie pour ulcère, qu'il relatait dans le même travail, et que nous résumerons tout à l'heure, nous n'en trouvons aucune qui rentre dans le cadre de la sténose pylorique ou prépylorique proprement dite.

Après Maydl, quelques auteurs ont semblé renchérir un peu sur ces indications, déjà discutables, et mettre nettement en parallèle — et en opposition — la jéjunostomie et la gastro-entérostomie, dans l'ulcère. Parmi eux, je citerai M. Nösske (1), qui insiste longuement sur les accidents et les déboires de la gastro-entérostomie. Or, je ne pense pas que la question, ainsi prise, soit bien prise. Qu'on ait observé, plus ou moins fréquemment, des hémorrhagies gastriques, des ulcères peptiques et des perforations après la gastro-entérostomie; que l'anastomose gastro-jéjunale ne puisse soustraire entièrement l'estomac au contact des aliments et qu'elle ne réalise qu'une mise au repos incomplète : ce sont là choses de notion courante, et qui, comme nous le disions plus haut, ne sauraient prévaloir, en somme, contre la valeur, aujourd'hui établie et définitivement consacrée, d'une des opérations les plus bienfaisantes de la chirurgie moderne. L'intervention typique, dans l'ulcère sténosant, hormis certains cas spéciaux où l'on peut agir directement sur le pylore rétréci, c'est la gastro-entérostomie, et peu de chirurgiens suivront, je pense, le conseil de Maydl et se résoudront à cette jéjunostomie d'attente dont nous parlions plus haut. Il ne reste guère, semble-t-il, à la jéjunostomie, en présence du rétrécissement, pylorique ou prépylorique, dûment confirmé, que des indications tout exceptionnelles et contingentes : celle, par exemple, qui procède d'un affaiblissement extrême du malade, et d'une dénutrition telle qu'il faut aller au plus pressé et ouvrir une voie, le plus simplement possible, à l'alimentation. Ce fut à cette nécessité que M. Heidenhain obéit dans les 2 cas qu'il publiait en 1899 (2), et où il s'agissait, en réalité, de cancers; encore, dans le même article, relate-t-il l'histoire de 2 autres malades, réduits à l'état le plus misérable, et chez lesquels, pourtant, la gastro-entérostomie fut, non seulement bien supportée, mais suivie d'une véritable résurrection. Et, tous, nous avons vu de ces résultats inespérés.

On aurait donc tort, croyons-nous, de grossir le danger de la gastro-entérostomie ou d'insister trop complaisamment sur les accidents secondaires qui peuvent la suivre; dans la thérapeutique de l'ulcère pylorique, *cicatrisé et sténosant*, cette intervention n'a point à craindre la concurrence de la jéjunostomie. Il en va autrement dans d'autres formes, à des étapes moins avancées du processus, dans l'« ulcus floride », comme disent les Allemands, dans l'ulcère en activité, et c'est là précisément que l'opération de Surmay trouvera peut-être de nouvelles indications.

Sans qu'il soit possible de rien préciser encore — car les documents cliniques sont rares —, elle semble applicable surtout : à certains ulcères hémorrhagiques; à certaines gastrites ulcéreuses sans sténose pylorique, qui se compliquent d'une intolérance absolue et rebelle à toute médication.

Dès 1894, Hahn se demandait si, « dans les ulcères gastriques qui s'accompagnent d'hémorrhagies répétées, provoquées par l'apport des aliments », la jéjunostomie ne serait pas à conseiller. En 1898, à la clinique chirurgicale de Breslau, M. Henle (1) y avait recours, dans un cas fort complexe qui, du reste, se termina par la mort : il s'agissait d'un homme de vingt-trois ans, qui, en 1896, avait été opéré par M. le professeur von Mikulicz pour des accidents gastriques extrêmement douloureux, faisant penser à un ulcère; on avait découvert, en arrière de l'épiploon gastro-hépatique, et intimement connexe avec la paroi gastrique postérieure, une tumeur grosse comme un poing de femme, fluctuante à son centre, qui fut isolée et ouverte, et donna issue à 200 grammes environ d'un liquide trouble, blanc jaunâtre : on s'était contenté de drainer, et, peu à peu, la guérison avait eu lieu. Deux ans après, en février 1898, à la suite d'une chute, le malade vomit 1 litre de sang rouge, et les hématémèses se répètent, malgré le traitement institué, dans les jours qui suivent. Finalement, le 4 avril, M. Henle prend le parti d'intervenir : laparotomie sus-ombilicale, rupture des adhérences anciennes, ouverture de l'estomac, qui contient 1 litre environ de sang mêlé d'eau; par le palper endostomacal, on ne trouve nulle part d'ulcère ni de cicatrice d'ulcère. L'opérateur se résout alors à faire une jéjunostomie, « pour exclure l'estomac et pouvoir le tamponner, au cas de nouvelles hémorrhagies ». La jéjunostomie est pratiquée « d'après Witzel » et la plaie stomacale réunie et extériorisée. Dès le lendemain soir, l'opéré vomissait encore du sang; il était trop faible pour qu'aucune nouvelle intervention fût tentée; il mourait le surlendemain. A l'autopsie, on découvrit une thrombose de la veine porte, et pas d'ulcère; il se confirma, de la sorte, qu'il s'agissait d'hémorrhagies en nappe, se produisant par les plus fins vaisseaux de la muqueuse.

On voit que, dans ce fait malheureux — et, à coup sûr, assez exceptionnel —, la jéjunostomie n'avait été, pour le chirurgien, qu'un temps préliminaire et qu'une intervention préparatoire : il voulait isoler l'estomac, l'exclure, pour pouvoir en pratiquer ultérieurement le tamponnement hémostatique, et, si l'anémie trop irrémédiable n'a pas permis, ici, de remplir le programme, il n'est pas moins intéressant à signaler. Du reste, dans les formes moins avancées, où il est encore temps d'agir, c'est aussi cette mise au repos, à l'immobilité, cette exclusion, relative, au moins, de l'estomac, que l'on cherche à réaliser par la jéjunostomie; bien qu'elle ne soit jamais, en effet, que relative, elle est toujours mieux assurée qu'après la gastro-entérostomie. Dans une discussion récente à la Société de chirurgie de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 147), M. Quénu relatait 32 cas de gastro-entérostomie pour ulcères saignants, parmi lesquels il comptait 9 récidives des hémorrhagies, dont 8 mortelles, et il ajoutait : « S'il faut se résigner à une nouvelle opération dans les cas d'ulcères saignants en évolution, ne pourrait-on, sans recourir à une opération difficile et grave (de par les lésions

(1) Von Eiselsberg. Ueber Ausschaltung inoperabler Pylorusstricturen, nebst Bemerkungen über die Jejunostomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, L, 4, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 177.)

(2) Voir : M. von Cackovic. Ueber totale Verkleinerung (Schrumpfung) des Magens und über Jejunostomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXV, 2.)

(1) H. Nösske. Zur Wertschätzung der Jejunostomie, nebst Bemerkungen über die Gastroenterostomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1904, LXXII, 1-3.)

(2) L. Heidenhain. Ueber Jejunostomie bei Inanition durch Ulcus ventriculi (duodeni) und Folgezustände desselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1899, LIII, 5-6.)

(1) B. Scholz. (*Loc. cit.*)

péri-ulcéreuses) comme la gastrectomie partielle, s'adresser à une méthode qui réalise, d'une façon plus parfaite que la gastro-entérostomie, la mise au repos de la région ulcérée? On pourrait penser à la jéjunostomie. » M. Kelling (de Dresde) (1), parmi les 8 cas de jéjunostomie qu'il signalait récemment, à l'appui de son procédé, notait que, 7 fois, l'intervention avait été pratiquée pour des cancers, 1 fois pour un ulcère avec hémorrhagies. Parmi les 6 observations de jéjunostomie pour ulcère que Maydl relatait dans son dernier mémoire, les hématémèses étaient, à plusieurs reprises, au nombre des accidents prédominants. Ces observations, les voici, en raccourci :

La première est celle d'un homme de trente et un ans, souffrant de l'estomac depuis plusieurs mois et très anémié; pas d'hyperchlorhydrie; on constate une tumeur épigastrique de 7 centimètres sur 2. Le 8 novembre 1897, la jéjunostomie est pratiquée, et le malade s'alimente dès lors exclusivement par la fistule. Le 1er mai 1898, la tumeur a presque totalement disparu; l'augmentation de poids est de 11 kilos; l'alimentation buccale est reprise, de temps en temps, sans accidents. En août 1898, l'alimentation peut se faire complètement par la bouche; on ferme la fistule — et l'opéré se marie.

La seconde a trait à une femme de trente-six ans, qui souffre de l'estomac et vomit du sang depuis 1897; en octobre 1898, une tumeur épigastrique apparaît; en mai 1899, la malade vomit tout, les selles sont noires, la déchéance générale est très accusée. Le 9 novembre 1899, la tumeur est large comme la paume de la main; le contenu stomacal est hyperacide; le poids est tombé à 35 kilos; le 18, on pratique la jéjunostomie. Le 25 janvier 1900, la malade quitte l'hôpital, s'alimentant par la fistule : elle a regagné 1 kilo. Pendant neuf mois, elle continue à ne s'alimenter que par la bouche jéjunale; le poids est de 47 kilos, on ne sent plus de tumeur; l'alimentation normale est reprise sans incident; le 14 mars 1902, on ferme la fistule.

Dans la troisième, il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, dont les accidents gastriques datent de dix-huit ans et qui avait vomi un litre de sang, six semaines auparavant; on sent une petite résistance à la région épigastrique supérieure; hyperchlorhydrie. Le 23 février 1899, la jéjunostomie est pratiquée : on trouve un ulcère étendu de la petite courbure, et un estomac en sablier. Le malade meurt le lendemain, de péritonite.

La quatrième est relative à un homme de quarante-quatre ans, souffrant de l'estomac depuis deux mois; on constate une tumeur de 5 centimètres, sous les fausses côtes gauches. Le 26 août 1901, on fait la jéjunostomie; la tumeur occupe la paroi gastrique postérieure, près de la petite courbure. Le 21 septembre, l'opéré, qui s'alimente exclusivement par la fistule, a repris 1 kilo; il sort de l'hôpital.

La cinquième concerne un professeur de théologie de Sarajevo, qui souffre depuis plusieurs années de l'estomac, avec vomissements, rénitence épigastrique. Le 20 septembre 1900, après laparotomie sus-ombilicale, on ouvre l'estomac, qui est biloculaire et composé de deux poches, l'une antérieure, représentant la cavité gastrique proprement dite, l'autre postérieure, poche adventice, incluse dans l'arrière-cavité des épiploons et communiquant avec la première par un ulcère perforé de la paroi gastrique postérieure. On réunit l'incision gastrique et l'on établit une jéjunostomie. Jusqu'en avril 1901, l'alimentation se fait régulièrement par la fistule; la tumeur disparaît. En septembre 1901, survient une pleurésie gauche; le malade succombe, le 19 octobre, de tuberculose pleuro-pulmonaire et intestinale.

Enfin, dans la sixième, il est question d'un homme de cinquante-six ans, qui, depuis l'âge de quarante-deux ans, souffre de l'estomac et a subi divers traitements. Une aggravation s'est produite, dans les derniers temps, avec vomissements et selles noirâtres. Le 11 juin 1902, la jéjunostomie est pratiquée : on constate une zone résistante sur la paroi stomacale postérieure. Au début de 1903, toute résistance a disparu, l'alimentation buccale se fait sans obstacle, et l'opéré réclame la fermeture de la fistule, en donnant pour raison qu'il « a mangé, la nuit de Noël, sans accident, deux poissons et une portion de lièvre ».

Deux de ces observations ne sont pas utilisables : celle qui s'est terminée par une mort rapide, et la quatrième, trop vite close; mais il est difficile de nier les bons résultats de la jéjunostomie temporaire dans les 4 autres cas.

J'ai eu recours, pour ma part, à la même intervention, dans les 3 faits suivants :

Mon premier malade est un homme de trente-neuf ans, ouvrier forgeron, chez lequel les accidents gastriques dataient de quinze mois environ. Ils avaient débuté en janvier 1903 par la perte de l'appétit, des douleurs d'intensité croissante, siégeant au creux épigastrique et irradiant dans les hypocondres et le milieu du dos, douleurs qui survenaient une demi-heure environ après toute ingestion alimentaire et se prolongeaient trois ou quatre heures. Au bout de cinq ou six mois, les vomissements avaient paru, irréguliers d'abord, se répétant tous les deux ou trois jours et contenant des débris alimentaires non digérés; jamais il n'y avait eu de sang dans les matières vomies, ni dans les selles. Toujours est-il que, dans les derniers temps, les vomissements étaient devenus journaliers, l'alimentation était illusoire, et le malade, très amaigri, très pâle, avait perdu 7 kilos en trois semaines. L'estomac était en état de dilatation moyenne, très sensible au palper, surtout à gauche, où l'on percevait assez vaguement une tuméfaction profonde, de la grosseur du poing. L'examen du contenu gastrique révélait une notable hypochlorhydrie. L'intervention eut lieu le 20 avril 1904, et la jéjunostomie fut pratiquée par le procédé de Witzel-von Eiselsberg, que nous décrivons plus loin. On ne commença à utiliser la bouche jéjunale qu'au bout de quarante-huit heures; on injecta d'abord 300 grammes de lait, puis 750 grammes, puis un litre : au sixième jour, l'opéré absorbait matin et soir, par sa fistule, un litre de lait, auquel on ajouta bientôt des œufs, de la viande crue dans du bouillon, etc. Les douleurs avaient cessé, et, très rapidement, sur les instances, d'ailleurs, du malade, on put donner, par la bouche, un peu de lait, puis du lait et des œufs, sans provoquer aucun incident nouveau. Jusqu'au 14 juin, l'alimentation eut lieu principalement par la fistule; à cette date, on supprima la sonde, que l'on réintroduisait pour les gavages journaliers; bientôt, l'alimentation buccale étant redevenue régulière, toute douleur ayant disparu, et la palpation de la région épigastrique ne réveillant plus de sensibilité et n'accusant plus de tuméfaction, on renonçait aux gavages par la fistule : dix jours plus tard, celle-ci était fermée spontanément (*fig. 1*). Le poids du malade avait, du reste, été croissant : il pesait 50 kilos lors de l'opération; le 27 mai, un mois après, il en pesait 51; le 4 juin, 53; le 11 juin, 55; le 18 juin, 56.2; il en pèse aujourd'hui 58. Sorti de l'hôpital, il a repris une vie normale. Ce résultat durera-t-il? Je ne saurais le dire, et je me contente de le noter.

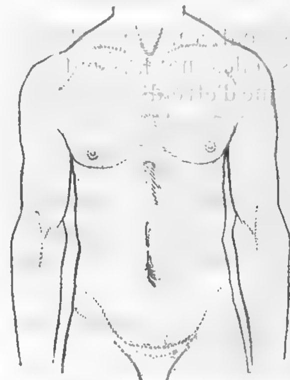


Fig. 1. — Jéjunostomie : trajet fistuleux spontanément cicatrisé. (D'après une photographie.)

Chez un second jéjunostomisé, l'intervention a été aussi très bienfaisante, mais la digestion gastrique est plus lente à se rétablir. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, qui, depuis douze ans, souffre de l'estomac : douleurs survenant deux ou trois heures après le repas, irrégulièrement d'abord, puis d'une façon constante et journalière, et suivies, presque toujours, de vomissements. Ces vomissements ont une fréquence extrême, dans les derniers mois : aucun aliment n'est plus toléré; aussi l'amaigrissement s'est-il rapidement accentué et l'état général est devenu inquiétant. A l'épigastre, on trouve une sensibilité diffuse, sans localisation, et l'on ne constate pas de tumeur. L'opération est faite le 15 avril 1904. On découvre un estomac assez volumineux, de surface normale; au pylore, quelques adhérences filamenteuses; une paroi antérieure froncée, épaisse, et sur laquelle s'implante une petite tumeur polypoïde, grosse comme une fève, et d'aspect fibreux. On pratique la jéjunostomie. Le gavage est institué comme nous l'avons indiqué plus haut : au septième jour, on fait passer deux litres de lait par la fistule, puis du lait et des œufs, etc. L'alimentation buccale est rétablie peu à peu; aujourd'hui, trois mois après l'intervention, le malade a repris bonne mine et le poids a augmenté de 8 kilos; il ne souffre plus, ne vomit plus, mais ne se nourrit pas encore suffisamment par la bouche, pour que la fistule (*fig. 2*) puisse être supprimée.

Enfin, mon troisième cas date du 8 juin dernier. Le malade est un homme de quarante ans, qui, depuis deux ans, était soumis au traitement médical. Les douleurs étaient localisées au-dessous de l'appendice xiphoïde et dans l'hypocondre droit, avec des irradiations lombaires; elles survenaient un quart d'heure environ après les repas, et ne cessaient que par le vomissement. Il y a un an et demi, une hématémèse abondante s'était produite, suivie de melæna. La situation avait été en s'aggravant, et l'amaigrissement était très notable. A l'examen, on ne décelait aucune tumeur, pas de dilatation gastrique, pas d'ondulations péristaltiques; l'analyse du contenu stomacal montrait de l'hyperchlorhydrie. Une laparotomie sus-ombilicale est faite le 8 juin : on trouve un estomac de dimensions moyennes, d'apparence tout à fait normale, ainsi que le pylore et le duodénum; on pratique une jéjunostomie. Cette fois encore, les douleurs ont immédiatement cessé, les gavages se font régulièrement et l'alimentation buccale commence à être reprise.



Fig. 2. — Jéjunostomie : la sonde à demeure. (D'après une photographie.)

Je livre ces faits à la discussion, car je les crois discutables, tout comme les observations de Maydl. Chez mon second opéré, dont le pylore, sans être sténosé, était certainement malade, j'aurais mieux fait, sans doute, de pratiquer la gastro-entérostomie, et, bien que le terme de trois mois soit encore trop court pour juger du résultat définitif, bien que les douleurs soient supprimées et l'amélioration générale, en somme, des plus accusées, si je le compare à tel autre malade, opéré pour des accidents tout semblables et, d'emblée, gastro-entérostomisé, je me demande si, même dans l'éventualité d'une guérison complète, celle-ci ne sera pas trop chèrement achetée par cette longue période de fistulisation et de gavage. Et la même remarque s'applique à la deuxième observation de Maydl, par exemple, où la fistule jéjunale a été maintenue plus de deux

(1) G. Kelling. Ein sicheres Verfahren der Jejunostomie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 6 fév. 1904.)

ans. Je n'en dirai pas autant de mon premier ni de mon troisième opéré, et, à mon sens, dans ces formes de gastrite ulcéreuse, sans localisation pylorique, sans obstacle mécanique, qui créent une intolérance gastrique rebelle et persistante, et, de ce fait même, une dénutrition menaçante, la *jéjunostomie temporaire*, assurant la mise au repos de l'estomac, peut rendre, et dans un délai assez bref, de très réels services, et permettre au traitement médical de s'exercer ensuite utilement. Il y a là une ressource précieuse, dont on aurait tort de vouloir généraliser l'emploi, mais qui vaut d'être connue.

III

A quelques indications que la jéjunostomie doive s'adresser, il est essentiel qu'elle réponde à deux conditions : 1° qu'elle soit de *technique simple, rapide, aisée;* 2° qu'elle réalise une « bouche » continente, et *continente de façon durable*. Or, par ce terme de continence, il faut entendre, ici, non seulement qu'il n'existe aucun reflux des liquides alimentaires injectés, mais qu'il ne se produit par la fistule aucun écoulement, aucune déperdition des liquides digestifs, de la bile ou du suc pancréatique.

Pour remplir ce double desideratum, on s'est adressé à divers procédés, dont quelques-uns ne laissent pas que d'être complexes, et, de ce fait, cadrent mal avec les nécessités habituelles de l'opération.

En résumé, trois types opératoires sont aujourd'hui en présence : la jéjunostomie latérale, pure et simple — c'est-à-dire l'abouchement direct à la paroi, par une fistule étroite, de la première anse jéjunale —, telle que Surmay l'avait conçue et, le premier, exécutée; la jéjunostomie en Y, de Maydl; la jéjunostomie latérale « avec canalisation », suivant la technique appliquée par M. Witzel à la gastrostomie.

La *jéjunostomie latérale typique* (*fig. 3, 1*) est, à la vérité, d'exécution fort simple : c'est l'entérostomie classique. Chercher la première anse jéjunale, la disposer verticalement comme l'a conseillé M. Terrier (1), réunir à la paroi abdominale une zone étroite de la paroi intestinale opposée au mésentère, et, au centre de cette zone adhérente, pratiquer, séance tenante, ou, à quelques jours de là, un orifice aussi étroit que possible : voilà toute l'intervention. Et cette simplicité opératoire devient assurément un précieux avantage, lorsqu'on agit presque *in extremis*, sur des cancéreux. Quant au fonctionnement de la « bouche », est-il toujours satisfaisant? Le serait-il, surtout, si, au lieu de servir quelques semaines, la fistule jéjunale devait être utilisée durant des mois? Il semble bien malaisé de répondre affirmativement.

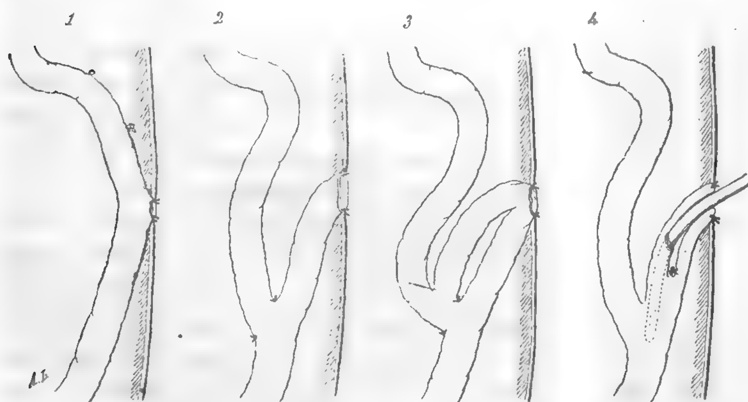


Fig. 3. — Schéma des divers procédés de jéjunostomie.
1. Jéjunostomie latérale typique (Surmay). — 2. Jéjunostomie en Y (Maydl). — 3. Procédé d'Albert. — 4. Procédé de Kelling.

(1) Terrier. Jéjunostomie avec disposition verticale de l'anse intestinale. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 15 janv. 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 28.)

Aussi la *jéjunostomie en* Y, de Maydl (*fig. 3, 2*), a-t-elle réuni de nombreux suffrages, et c'est pour mémoire seulement qu'il y a lieu de signaler le procédé d'Albert (1) qui, lui aussi, pratique la jéjunostomie latérale, mais après avoir anastomosé latéralement les deux bouts de l'anse (*fig. 3, 3*). La technique de Maydl est celle-ci : à 20 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, on isole, entre deux ligatures à la gaze ou deux pinces caoutchoutées, un segment d'intestin de 10 centimètres et on le sectionne au milieu; le bout supérieur est anastomosé latéralement au bout inférieur à 25 ou 30 centimètres au-dessous de la section; les deux bouts sont accolés l'un à l'autre par quelques points séro-séreux; enfin le bout inférieur est abouché à la paroi, non point directement aux lèvres de l'incision de laparotomie, mais après coudure et de la façon suivante : à 2 centimètres en dehors de la plaie médiane, on pratique une petite incision cutanée, on dissèque et soulève la bandelette de peau intermédiaire, et l'on fait passer, en dessous d'elle, l'extrémité, libre et ouverte, du bout jéjunal, dépouillé de son mésentère sur une courte étendue, et que finalement on suture aux bords de l'incision latérale; la plaie médiane est alors réunie. Un point très important, c'est que l'anastomose des deux bouts soit bas située, loin de l'abouchement cutané, à 25 ou 30 centimètres, comme nous le disions tout à l'heure, et l'on conçoit, en effet, que ce soit le meilleur moyen d'assurer le libre écoulement des liquides intestinaux dans le bout inférieur et la continence de la « bouche ». Celle-ci est, en réalité, et malgré l'artifice complémentaire de la coudure latérale et de l'inflexion sous un pont cutané, d'un certain calibre; c'est un avantage, dit-on, et qui permet une alimentation, par gavage, plus variée et plus complète; toujours est-il que le suintement et même quelque reflux paraissent difficiles à éviter.

Le procédé que publiait, en février dernier, M. Kelling (2) est destiné à prévenir ces inconvénients (*fig. 3, 4*) : les premiers temps sont ceux de l'opération de Maydl; le jéjunum est sectionné, le bout supérieur anastomosé latéralement au bout inférieur, mais ce dernier est fermé en bourse à son extrémité; de plus, il est dépouillé de son mésentère sur une longueur d'environ 6 centimètres; près du cul-de-sac terminal, on pratique une courte incision, juste suffisante pour laisser pénétrer une sonde de Nélaton n° 18; on fixe la sonde aux lèvres de l'orifice, et, ceci fait, on la pousse de dehors en dedans, en invaginant, avec elle, les tuniques intestinales; de place en place, on consolide cette invagination, en réunissant par quelques points les parois rebroussées et accolées, et, pour finir, on suture le boudin aux plans pariétaux séro-musculaires. C'est, en somme, par quelque côté, une application du procédé de gastrostomie de M. Fontan (3).

Toutes ces techniques sont, à n'en pas douter, fort ingénieuses, mais elles ne laissent pas, quoi qu'on veuille dire, que d'être d'une certaine complexité, et je ne vois pas trop, pour ma part, sur quelles bonnes raisons pratiques on pourrait s'appuyer, pour les préférer, de parti pris, à la *jéjunostomie latérale avec canalisation*, à l'opération de M. Witzel appliquée à l'intestin. Cependant, on parle à peine de celle-ci, ou bien on la rejette d'emblée, dans quelques travaux récents : or, elle compte à son actif un nombre élevé d'observations (j'en note, au moins, 33), et d'observations heureuses, dans lesquelles le fonctionnement régulier et la continence de la fistule ne laissaient rien à désirer. Utilisée pour la première fois par M. le professeur von Eiselsberg, qui la préconisait dans sa communication précitée au Congrès de la Société allemande de chirurgie, en 1895, elle est restée pour lui le procédé de choix; M. Karewski (1) la défendait, à son tour, en 1896; elle a été adoptée par M. Moynihan (2), par M. Henle, à la clinique chirurgicale de Breslau, par M. Heidenhain, et, tout récemment, M. Nösske en publiait 11 cas, émanant de la pratique de M. le professeur Helferich. Nous y avons eu recours aussi chez nos 4 malades, et la simplicité de l'intervention, la bonne tenue de la fistule, la facilité de l'alimentation, l'absence de tout écoulement biliaire et de tout reflux ne nous ont laissé aucun doute sur l'excellence du procédé.

La laparotomie est pratiquée sur la ligne médiane, et l'incision, de 10 à 15 centimètres de long, coupe l'ombilic qui en figure le milieu. La portion sus-ombilicale peut être, d'ailleurs, prolongée en haut, s'il est nécessaire, pour que l'exploration préliminaire de l'estomac et du duodénum soit bien complète, car ce n'est jamais que sur place, et au vu des lésions, que l'on se prononce, en connaissance de cause, pour la jéjunostomie.

On cherche l'angle duodéno-jéjunal, et l'on attire hors de la plaie la première anse du jéjunum, qu'on circonscrit et isole avec des compresses aseptiques. Cette anse est disposée longitudinalement, suivant le grand axe de la plaie; une bonne pratique consiste à l'amarrer, par deux fines pinces de Kocher, placées à 10 centimètres l'une de l'autre, sur le bord convexe : ce segment de 10 centimètres servira à la « canalisation ».

A son extrémité inférieure, au devant de la pince, on ponctionne l'intestin, juste assez pour glisser dans l'orifice une sonde de caoutchouc rouge n° 14; on fait descendre le bout terminal de la sonde de 8 ou 10 centimètres dans la cavité de l'intestin, puis un catgut, faufilé tout autour, est serré et noué sur elle (*fig. 4*).

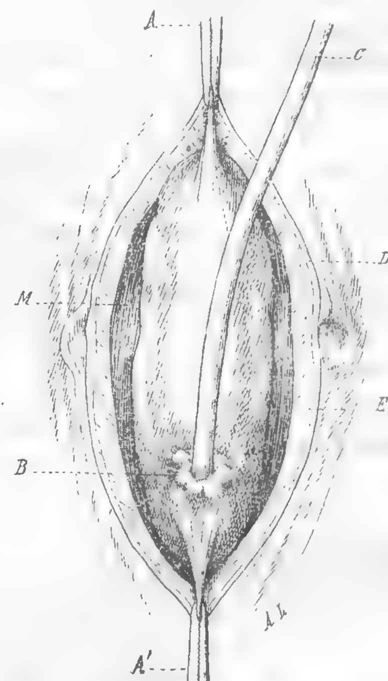


Fig. 4. — Jéjunostomie latérale avec canalisation (Witzel-von Eiselsberg).
1er temps. — L'anse est disposée longitudinalement et amarrée : introduction et fixation de la sonde.
A A', pinces de Kocher amarrant l'anse jéjunale; B, orifice par lequel a été introduit la sonde; son pourtour froncé par un faufil; C, sonde; D, peau; E, aponévrose; M, muscle.

(1) E. Albert. Eine neue Methode der Jejunostomie. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 janv. 1894.)

(2) Kelling. (*Loc. cit.*)

(3) Voir l'exposé d'autres procédés, dans le travail de M. J. Bosquet : La jéjunostomie. (*Thèse de Paris*, 1899.)

(1) Karewski. (*Loc. cit.*)

(2) B. G. A. Moynihan. The operation of jejunostomy, with a report of two cases. (*Brit. Med. Journ.*, 28 juin 1902.)

Ceci fait, la portion libre de la sonde est appliquée sur toute la longueur du segment intestinal, et, par un surjet séro-musculaire, on ramène au-dessus d'elle et l'on réunit deux plis, deux crêtes de paroi, qui complètent le canal et réalisent l'inclusion (*fig. 5*). Le surjet com-

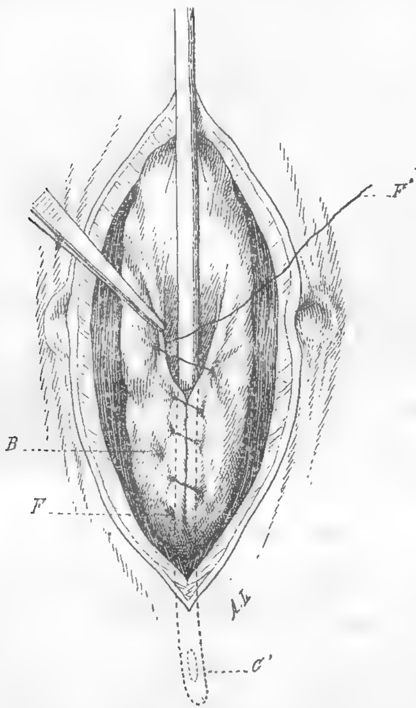


Fig. 5. — Jéjunostomie latérale avec canalisation (Witzel-von Eiselsberg).

2e temps. — Inclusion de la sonde sous un double pli de paroi intestinale.

B, nœud du faufil qui circonscrit l'orifice d'introduction de la sonde; C', bec de la sonde, se prolongeant bas dans la cavité intestinale; F F', surjet réunissant les deux plis de paroi intestinale.

mence au-dessous du point de pénétration de la sonde, et se poursuit sur une longueur de 8 ou 10 centimètres.

On pourrait, en réalité, s'en tenir là; se contenter d'adosser l'anse à la paroi, au niveau de l'émergence de la sonde, par quelques points, ou même, comme l'a fait M. Heidenhain, laisser libre et réduire purement et simplement l'anse « canalisée », en la recouvrant avec l'épiploon. Il est mieux, croyons-nous, d'assurer le maintien, en bonne direction, longitudinale, du segment intestinal, par le procédé suivant : premier point, transversal, au-dessous de l'origine du surjet; deuxième point, transversal aussi, à l'autre extrémité, en haut, sous l'émergence de la sonde; de chaque côté, deux ou trois points en anse, chargeant, d'une part, les tuniques externes de l'intestin, tout près du surjet d'inclusion, de l'autre, le péritoine pariétal et la couche musculaire de la paroi (*fig. 6*). On réunit,

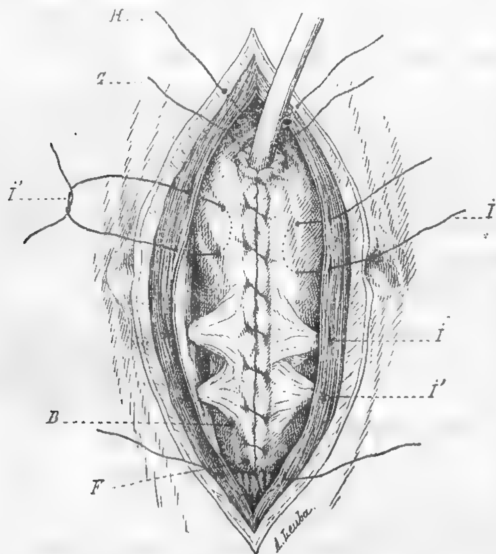


Fig. 6. — Jéjunostomie latérale avec canalisation (Witzel-von Eiselsberg).

3e temps. — La sonde est incluse; réunion de l'anse à la paroi.

B, comme *figure 5*; I I', anses latérales, intestino-pariétales; F, origine du surjet d'inclusion; G, point de fixation de la sonde à l'intestin; H, point transversal supérieur.

enfin, cette paroi, par un surjet (*fig. 7*). Pour prévenir toute expulsion de la sonde, celle-ci est fixée, par un catgut, à l'intestin et à la peau.

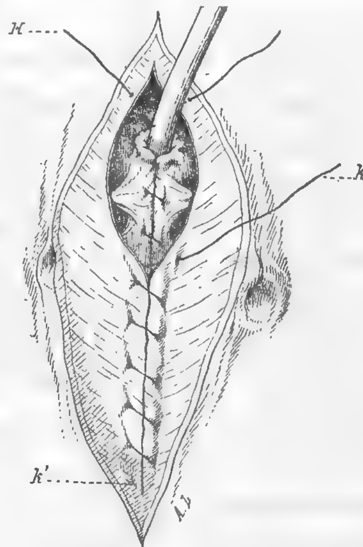


Fig. 7. — Jéjunostomie latérale avec canalisation (Witzel-von Eiselsberg.)

4e temps. — L'anse est fixée : réunion de la paroi.

H, point transversal supérieur; K K', surjet pariétal.

Nous laissons la sonde en place le plus longtemps possible : un de nos malades l'a gardée deux mois. Elle est, du reste, parfaitement tolérée, et quelques artifices très simples permettent d'en éviter l'obstruction ou d'y remédier. Ce maintien prolongé de la sonde assure une bonne et durable canalisation : lorsqu'on la retire, après un long séjour, le trajet est bien constitué, bien vertical, et l'introduction du tube, pour les gavages journaliers, est simple et facile. Il est toujours utile — et j'insiste sur ce détail — de faire pénétrer la sonde le plus loin possible. Chez aucun de mes malades, il ne s'est produit, à aucun moment, le moindre écoulement de bile par la fistule; je n'ai constaté non plus aucune trace de reflux des liquides injectés; l'orifice était sec et nullement irrité; les mêmes résultats ont été signalés par les opérateurs que nous citions plus haut. La question de l'alimentation par la fistule est d'un très grand intérêt : il n'y a pas d'inconvénient à commencer le gavage le jour même de l'opération, mais, ce qui est indispensable, c'est d'user de modération et de mesure dans les quantités de liquide primitivement injectées. Il faut « tâter » l'intestin, et l'on fera bien de n'introduire d'abord que 200 ou 250 grammes de liquide à la fois, quitte à répéter le gavage à cinq ou six reprises dans la journée; très vite, on arrive à faire pénétrer de plus fortes doses, et, au bout d'une dizaine de jours, nos opérés absorbaient, à chaque gavage, 1 litre de lait. Bien entendu, l'alimentation « jéjunale » doit être, d'abord, exclusivement liquide; mais le lait, qui sert de véhicule, peut être additionné bientôt d'œufs et de peptone, puis on y ajoute de la purée de viande délayée dans du bouillon, des purées de légumes, etc. Une fois la tolérance bien établie, il est tout indiqué de multiplier ces « repas » et de réaliser ainsi une bonne et complète alimentation. D'ailleurs, ne réussit-on pas à alimenter très suffisamment les gastrostomisés? Or, la fistule jéjunale est plus continente que la plupart des fistules gastriques, et tout aussi perméable.

Sans doute, l'apport des aliments a lieu, dans la jéjunostomie, notablement au-dessous du niveau d'afflux de la bile et du suc pancréatique; mais, dès lors que toute déperdition de ces liquides est supprimée, leur action n'est pas perdue et continue à s'exercer. Il ne semble donc pas que, sous ce rapport même, la fistule jéjunale, j'entends la fistule continente, soit réellement inférieure à la fistule duodénale. Que la duodénostomie soit exécutable, 9 fois sur 10, comme le dit M. Hartmann (1), sur la

(1) H. Hartmann. Note à propos d'un cas de duodénostomie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 11 déc. 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 419.) — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, p. 351, Paris, 1903.

première portion, nous ne le contestons pas, et nous-même avons pratiqué une duodénostomie à l'origine de la deuxième portion, dans un cas de cancer diffus de l'estomac, chez une malade dont le duodénum, très libre, se prêtait, sans difficulté notable, à l'abouchement pariétal. Toutefois, il est difficile de soutenir que l'opération soit aussi simple, aussi certaine dans ses résultats, que la jéjunostomie; lors de cancer, la bouche duodénale sera souvent trop proche du néoplasme et trop exposée à l'envahissement secondaire; et, d'autre part, lorsqu'il s'agit d'établir une fistulisation temporaire, pour répondre aux indications que nous avons précisées plus haut, choisir le duodénum serait se résoudre à une intervention moins inoffensive, moins sûre, et cela pour un avantage, en somme, peu appréciable.

Un des résultats les plus curieux et les plus constants de la jéjunostomie, et qui surprend parfois par sa précocité, c'est la tolérance dont fait preuve l'estomac, souvent au bout de peu de jours, et la possibilité d'ingérer très vite, par la bouche, une certaine quantité de liquide, sans douleur et sans vomissements. Le fait a été relevé par tous. Il ne paraît pas, cependant, qu'il faille trop compter sur cette tolérance si tôt rétablie, en apparence, ni surtout qu'on puisse se hâter de reprendre l'alimentation buccale proprement dite : qu'on profite de cette complaisance de l'estomac pour calmer la soif, et administrer au malade quelques petites quantités de liquides, d'eau, de lait, de thé, rien de mieux; mais on irait à l'encontre du but même de l'opération en faisant plus, et l'on compromettrait l'heureux effet de cette mise au repos de l'estomac, qui est, à proprement parler, le principal mode d'action de la fistulisation jéjunale.

S'il nous fallait, à la fin de cette étude, résumer nos impressions sur l'état présent de la jéjunostomie, nous dirions d'abord qu'elle est devenue aujourd'hui une opération bien réglée, simple, bénigne, apte à donner tout ce qu'on attend d'elle : une voie suffisante d'alimentation, une fistule continente; en d'autres termes, l'objection technique n'existe plus. Mais il y a lieu de distinguer la jéjunostomie définitive et la jéjunostomie temporaire. A titre définitif, la fistulisation jéjunale ne saurait être qu'une opération de remplacement : elle est justifiée par les contre-indications des autres méthodes, en particulier de la gastro-entérostomie; mais elle fournit elle-même d'assez heureux résultats pour qu'on n'hésite pas à étendre un peu, à son profit, les contre-indications dont nous venons de parler, et à lui réserver plus souvent les cas douteux. Quant à la jéjunostomie temporaire, il semble que le champ de ses applications, multiples, d'ailleurs, doive se prolonger assez loin des bornes reconnues jusqu'à ces derniers temps, et que la thérapeutique médico-chirurgicale puisse trouver en elle une aide utile, jusqu'ici trop peu employée.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1904.

Effets analgésiques du radium.

M. Raymond communique les résultats des recherches qu'il a faites, avec M. Zimmern, sur l'action thérapeutique du radium.

Chez une série de tabétiques, les phénomènes douloureux ont presque toujours cédé à une ou plusieurs applications d'un tube contenant une petite quantité de radium. Ces applications ont été faites aux points indiqués par le malade comme centres d'irradiation des douleurs, et leur durée a varié de cinq à vingt-cinq minutes. Chaque fois qu'au tube radifère on a

substitué, à l'insu du sujet, un tube ne contenant pas de substance radio-active, on n'a observé aucune sédation des phénomènes douloureux.

Il semble donc bien démontré que les émanations du radium peuvent avoir une heureuse influence sur les manifestations douloureuses du tabes.

Traitement des varices et des phlébites par le mouvement.

M. Lucas-Championnière lit, à l'occasion d'un mémoire de M. Marchais sur ce sujet, un rapport que nous résumons ainsi :

La méthode de traitement préconisée par M. Marchais consiste à masser d'abord, avec précaution, les malades atteints de phlébites ou de varices et, ensuite, à les faire marcher à une allure rapide.

Les séances de massage sont continuées pendant quinze à vingt jours; elles ont pour but de diminuer la sensibilité et l'infiltration du membre.

La marche doit être effectuée à une allure de cent pas environ à la minute, et fractionnée pour éviter la fatigue.

A ces moyens de traitement, le rapporteur dit qu'il ajoute volontiers la gymnastique couchée, comme dans la méthode suédoise, ainsi que l'usage modéré de la bicyclette.

Quant aux bas élastiques, ils doivent être définitivement proscrits.

Dissociation des souvenirs par l'émotion chez une hystérique.

M. Janet relate l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans, qui a été atteinte, à la suite d'une très vive émotion, de crises délirantes, au cours desquelles elle revit en paroles et en actes, et cela avec une très grande précision, la maladie et les derniers moments de sa mère.

Au contraire, dans l'intervalle de ces paroxysmes délirants, cette jeune fille paraît avoir complètement perdu le souvenir des événements auxquels elle a été mêlée pendant les trois ou quatre derniers mois qui ont précédé l'apparition des crises.

La particularité clinique intéressante de ce fait, sur laquelle l'orateur insiste spécialement, est la coïncidence d'une hypermnésie et d'une amnésie portant sur les mêmes pensées.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 11 et 18 juillet 1904.

La stérilisation des aliments et les métamorphoses digestives.

M. Charrin. — Dans de nombreuses expériences, je compare entre eux les cobayes de deux séries parallèles, comprenant chacune 17 animaux. Tous vivent dans des conditions identiques, avec une unique différence : après stérilisation par la chaleur, les aliments des sujets de la seconde de ces séries sont contaminés par des poussières, et par conséquent renferment de nombreux microbes; au contraire, placés dans des cages très propres, les cobayes de la première série reçoivent les mêmes proportions des mêmes produits alimentaires, privés de tout germe par une semblable stérilisation à 100º, mais utilisés tels quels. En poursuivant ces recherches, nous avons réussi à comprendre, en partie, pourquoi ces conditions d'asepsie (aliments et au besoin air stériles) entraînent, dans les échanges, des imperfections susceptibles de provoquer des accidents plus ou moins graves.

12 fois sur 17, les cobayes nourris stérilement sont morts les premiers; quand ce sont les autres qui succombent tout d'abord, c'est qu'en général chez eux des bactéries virulentes ont pénétré grâce aux poussières restituées aux aliments.

Après quinze ou vingt-cinq jours, on note divers troubles (amaigrissement léger, faible abaissement du rapport de l'azote uréique à l'azote total, indicanurie, albuminurie, etc.). L'autopsie révèle une entérite s'accompagnant souvent de rétention biliaire. Le contenu de l'iléon est coloré en jaune brique par le pigment de la carotte, pigment qu'on retire aussi, à l'aide du sulfure de carbone, de l'intestin des témoins, mais qui s'y trouve masqué par les matières colorantes de la bile. Pour qui le rapproche des anomalies de coloration des fèces des ictériques, ce fait est plein d'intérêt.

Dans cet intestin, les microbes sont rares; pourtant, leur nombre initial et la rapidité de leur reproduction devraient les protéger contre une telle diminution. C'est qu'en réalité, et normalement, ces microbes sont dans des conditions défectueuses (phénol, ammoniaques, mucus, manque d'oxygène, concurrence vitale, etc., etc.); ils ont besoin d'être revivifiés par des apports externes, ayant tout alimentaires. En outre, alors que, chez les témoins (nourriture souillée), suivant les étages de l'intestin et suivant les fonctions de chacun de ces étages, telles ou telles formes microbiennes allongées ou sphériques prédominent, chez ces cobayes on ne rencontre plus que des *cocci*.

Enfin, ces *cocci* sont peu virulents et, en tant que ferments, semblent peu actifs. *In vitro*, dans les tubes de culture, ils transforment moins bien des cubes d'albumine en peptones; ils attaquent avec moins d'énergie la cellulose. De même, *in vivo*, dans le tube digestif de ces animaux nourris aseptiquement, proportionnellement on constate que l'azote et cette cellulose sont plus incomplètement utilisés. Mal élaborées, ces substances deviennent des principes putrides ou bien ces matériaux jouent le rôle de corps étrangers, irritent la muqueuse et, grâce à une pathogénie peu commune, engendrent des gastro-entérites avec toutes leurs conséquences.

Ces expériences sont faites pour montrer combien, en matière d'hygiène alimentaire, nos notions sont rudimentaires; tous les microbes ne sont pas nuisibles, certaines digestions exigent la participation de quelques-uns d'entre eux. Là, comme ailleurs, il faut se tenir dans le juste milieu et éviter telles exagérations de l'heure présente.

Activité du sérum de cynocéphale sur les trypanosomes.

M. Laveran. — Etant donné que le *Cynocephalus sphinx* (babouin) se montre réfractaire à l'égard de la plupart des trypanosomes, j'ai recherché si le sérum de ce singe n'aurait pas quelque influence sur ces mêmes parasites. Un premier essai fait sur des rats infectés avec le *Trypanosoma gambiense* m'a donné un résultat négatif, à la dose de 0 gr. 30 centigr. de poudre de sérum pour des animaux pesant de 127 à 205 grammes. Chez une souris de 18 grammes, une dose de 0 gr. 20 centigrammes fournit au contraire un résultat nettement positif. Dans le surra, le nagana et le caderas, inoculés à la souris, le sérum employé dans la même proportion fait pour quelques jours disparaître les trypanosomes du sang et retarde la mort.

Cette action du sérum de cynocéphale est comparable à celle du sérum humain; elle est toutefois inférieure, au moins en ce qui concerne les *Tr. Evansi*, *Brucei* et *equinum*.

Ondes stationnaires observées au voisinage du corps humain.

M. A. Charpentier. — En se plaçant devant une paroi réfléchissante et en éloignant progressivement de la surface antérieure du corps, dans une direction normale, un petit écran phosphorescent (tache de sulfure sur carton noir), on voit que cet écran passe par des maxima et des minima d'intensité régulièrement espacés, indiquant l'existence, au voisinage du corps, de sortes d'ondes stationnaires dont la longueur est d'environ 35 millimètres, soit précisément la longueur d'onde des nerfs.

En répétant la même expérience au devant de l'œil, on constate que la longueur des ondes a une valeur moyenne de 2 millimètres, égale à celle de l'un des systèmes d'ondes observées dans l'appareil rétinien.

Influence de la lactation sur la résistance de l'organisme aux agents morbifiques.

MM. Charrin et **Vitry.** — La lactation est, en général, considérée comme propre à amener dans l'organisme une série de changements plus ou moins favorables à l'éclosion des maladies. Nous avons établi expérimentalement la nature de ces modifications : une même dose de strychnine provoque des convulsions plus précoces, plus intenses chez la femelle de cobaye qui allaite que chez le sujet normal; parfois même la mort survient avec des doses qui ne tuent pas le témoin. La résistance à l'infection est également diminuée : la même dose de culture de bacille pyocyanique, qui ne produit qu'une lésion locale curable chez l'animal témoin, peut entraîner la mort chez l'animal en état de lactation. Cette diminution de résistance est en partie due à l'atténuation de la défense antitoxique, notamment à la diminution du pouvoir antitoxique du foie : un même poids de foie normal, laissé au contact d'une solution de nicotine, l'atténue plus que ne fait une égale proportion de parenchyme hépatique de nourrice. A ces causes, il convient d'ajouter l'hyperglycémie, la rétention fécale, etc.

En somme, la lactation fait fléchir la résistance en accumulant les poisons organiques, en diminuant la résistance à ces poisons, en constituant un milieu favorable à l'infection; elle prolonge, en un mot, les modifications dyscrasiques créées par la gestation.

Le lavage mécanique du sang.

M. Ch. Répin adresse une note relative à une nouvelle méthode de lavage du sang, consistant essentiellement à mélanger le sang — aspiré par ponction veineuse — avec huit ou dix fois son volume d'une solution saline isotonique; ce mélange, suffisamment incoagulable pour les besoins de l'expérience, est envoyé dans un centrifugeur qui sépare les globules, lesquels sont aussitôt réinjectés à l'animal. Au total, on remplace ainsi le plasma, avec tout ce qui s'y trouve dissous, par du sérum artificiel, et cela sans que le court passage des hématies hors de l'organisme soit, d'après l'auteur, nuisible à ces éléments.

Présence de l'arsenic dans quelques substances alimentaires.

M. V. Bordas envoie une note dans laquelle il rend compte des recherches qu'il a faites pour déceler la présence d'arsenic dans diverses substances alimentaires qui dérivent de produits chimiques susceptibles de contenir ce métalloïde. Il a pu constater, par exemple, que certaines chicorées renferment plus d'un milligramme et demi d'arsenic (calculé en arséniate de soude) pour 100 grammes, certaines glycérines près d'un milligramme, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet 1904.

Extirpation de l'utérus en vase clos dans le cas de fibrome gangrené.

M. Rochard. — Je désire attirer votre attention sur un point de la technique opératoire de l'hystérectomie abdominale pour fibrome gangrené.

Lorsque les ligaments larges et les artères utérines sont sectionnés, on décolle la vessie en avant de manière à dépasser le col de l'utérus, et l'on agit de la même façon en arrière après avoir sectionné les ligaments utéro-sacrés; cela fait, l'utérus se trouve isolé avec le dôme vaginal. On saisit alors de la main gauche le vagin qu'on aplatit au niveau du col et l'on place à droite et à gauche deux pinces coudées qui se réunissent au milieu; on met également deux pinces un centimètre plus bas, et l'on sectionne le vagin entre les deux paires de pinces.

L'utérus est ainsi enlevé en vase clos, sans qu'aucun produit septique ait pu contaminer le petit bassin. On termine alors l'opération par une suture exacte du conduit vaginal au catgut, on fait la péritonisation comme d'habitude, après avoir pratiqué l'hémostase, et l'on draine la cavité abdominale par le haut.

J'ai récemment opéré de cette façon 2 malades, dont l'une avait un fibrome gangrené dépassant l'ombilic avec une température de 40º, et l'autre un polype gangrené avec une température de 38º4.

Je dois ajouter que divers chirurgiens ont préconisé un procédé analogue pour le traite-

ment des fibromes ordinaires ou du cancer, mais sans fermeture du vagin; or, cette fermeture est indispensable, dans le cas de fibrome gangrené, à cause de la septicité des produits déversés par l'utérus.

Inégalité de croissance des membres inférieurs.

M. Broca fait un rapport sur une observation communiquée par Mme Nageotte, et relative à un cas d'allongement du membre inférieur gauche chez une fillette qui, à l'âge de dix-huit mois, avait présenté, au niveau des deux extrémités du fémur, des lésions non suppurées qu'on avait considérées comme tuberculeuses. Ces lésions anciennes seraient donc devenues le point de départ d'un trouble d'ostéogenèse, qui s'est traduit par la différence de longueur des deux membres inférieurs. Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est que le membre se soit allongé, alors que la règle, en cas de lésions tuberculeuses, est le raccourcissement.

M. Berger dit avoir vu survenir un allongement du membre supérieur, chez une petite fille qu'il soigne depuis longtemps pour une maladie de Little ayant nécessité une série d'interventions et d'exercices orthopédiques.

M. Faure lit un rapport sur un travail de M. Lapeyre (de Tours), ayant trait à 3 observations de kystes de l'ovaire, tordus au cours de la grossesse et traités avec succès par la laparotomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet 1904.

Cyanose chronique avec polyglobulie et splénomégalie.

M. Vaquez. — Je vous présente, au nom de M. Laubry et au mien, un malade atteint de cyanose avec polyglobulie et splénomégalie, sans lésion cardiaque. La symptomatologie rappelle exactement celle d'un cas que j'ai publié il y a une douzaine d'années (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 195) : cyanose progressive avec tendance aux hémorrhagies — gingivales notamment —, vertiges, bourdonnements d'oreille, etc., en même temps que se développait une tuméfaction de plus en plus considérable de la rate. Des travaux récemment publiés par MM. Osler, Türk, Parkes Weber montrent que cette affection est loin d'être exceptionnelle. Dans le cas présent, le chiffre des globules rouges atteint 8,600,000; mais, contrairement à ce qui se passe dans la cyanose congénitale, le diamètre moyen de ces éléments n'est pas augmenté : il ne dépasse pas 7 μ 6, chiffre normal, fait qui a une réelle valeur au point de vue du diagnostic différentiel des diverses variétés de polyglobulies. La cyanose elle-même est un peu différente : elle n'a pas la coloration bleuâtre habituelle, c'est plutôt une « cyanose pourpre », une véritable pléthore due à la réplétion extrême des vaisseaux.

La pathogénie de cette affection reste obscure. Des cas publiés par Rendu et M. Widal, ainsi que par M. Lefas, il semble résulter qu'il s'agirait d'une splénomégalie tuberculeuse. De fait, il en est fréquemment ainsi, mais, d'après des observations de M. Cabot, de M. Türk, on peut conclure que la tuberculose fait parfois défaut et que toute splénomégalie est capable de donner naissance à ce syndrome.

La présence dans le sang de quelques hématies nucléées, de myélocytes, de leucocytes granuleux en excès, montre qu'il y a un fonctionnement exagéré de la moelle osseuse ou du tissu myéloïde (rate, foie), d'où résulte une production excessive d'éléments de la série rouge, de même que, dans la leucémie, il y a surproduction dans la série blanche (Vaquez et Aubertin).

Le mode de début de cette affection est inconnu; on peut se demander toutefois si certains cas d'anémie myéloïde, avec splénomégalie accompagnée de la présence dans le sang d'hématies nucléées, de myélocytes, etc., tels que ceux qui ont été décrits par MM. Emile-Weill et Clerc (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 373-375), n'en seraient pas les stades initiaux.

Les traitements jusqu'ici employés ont toujours été inefficaces, jusques et y compris la radiothérapie. Aussi, en présence de l'évolution habituellement fatale de la maladie, il nous semble qu'on serait autorisé à avoir recours à la splénectomie.

Influence des régimes carné et amylacé sur la rétention des chlorures et de l'urée.

M. Achard. — Les expériences de MM. Langlois et Ch. Richet ont démontré que le jeûne tarit l'excrétion des chlorures sans diminuer le taux de ces sels dans les tissus, tandis que l'alimentation privée de sel détermine une déchloruration véritable. Ces résultats expliquent que le régime déchloruré ne produise tous ses effets utiles, comme je l'ai observé avec M. Paisseau, que chez les malades en état d'ingérer et de digérer une assez grande quantité d'aliments.

En outre, nous avons comparé l'influence du régime carné et du régime amylacé sur l'excrétion des chlorures, afin de voir s'il y avait lieu de conseiller l'un plutôt que l'autre. Pour cela, nous avons expérimenté chez des sujets capables d'éliminer une certaine dose de sel, voisine de la dose de la tolérance, et que nous ajoutions à leurs aliments.

En général, nous avons vu que le régime amylacé, plus varié et mieux accepté, augmente le volume des urines et permet parfois une meilleure élimination des chlorures.

Dans un premier cas de néphrite interstitielle, nous avons obtenu, il est vrai, des résultats un peu discordants. Mais ici le régime amylacé ne différait guère du régime carné que par un supplément d'hydrates de carbone et comportait à peu près autant d'azote.

Chez un malade atteint d'insuffisance aortique avec œdème, le régime amylacé, renfermant 9 grammes d'azote, s'accompagne d'une élimination moyenne de 2,430 c.c. d'urine et de 6 gr. 50 centigr de chlorures, tandis qu'avec le régime carné, contenant 22 grammes d'azote, le malade élimine seulement 1,380 c.c. d'urine et 4 gr. 30 centigr. de chlorures.

Dans un autre cas de néphrite interstitielle, pendant le régime amylacé l'urine atteignait 1,530 c.c. avec 4 gr. 30 centigr. de chlorures; pendant le régime carné, 1,140 c.c. avec 2 gr. 80 centigr. de chlorures.

Nous avons constaté, dans ce dernier cas, un fait digne d'intérêt : le régime carné, qui renfermait 12 grammes d'azote équivalent à 24 grammes d'urée, s'accompagnait d'une rétention de l'urée, car l'urine n'en excrétait que 13 grammes par jour. Au contraire, le régime amylacé qui fut ensuite institué et qui contenait seulement 2 grammes d'azote, soit 4 grammes d'urée, fut accompagné de débâcles azoturiques, avec un taux moyen de 20 grammes d'urée par jour. Ainsi, chez ce malade, le régime hypoazoté a diminué la rétention de l'urée, comme le régime hypochloruré diminue la rétention de sel. La rétention de l'urée étant fréquente à l'état pathologique et pouvant engendrer diverses conséquences (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 209-214), cette particularité méritait d'être mise en lumière.

Sur un cas de cyphose hérédo-traumatique.

M. Léri montre la colonne vertébrale d'un homme atteint de cyphose hérédo-traumatique : les lésions consistent surtout dans une ossification moniliforme du ligament vertébral commun antérieur, dans la réunion de quelques lames vertébrales par des ponts osseux et dans la présence de nodules osseux à l'intérieur du canal rachidien, au niveau des ligaments jaunes.

L'orateur insiste sur les caractères différentiels de ces lésions d'avec celles de la spondylose rhizomélique. Ces dernières, au lieu d'être circonscrites à la région dorsale moyenne, s'étendent à toute la hauteur du rachis; en outre, les altérations osseuses, dans la cyphose hérédo-traumatique, sont situées surtout à la face antérieure des corps vertébraux, tandis que dans la spondylose elles occupent principalement la convexité des arcs rachidiens.

M. Barth présente un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte, formant deux poches, dont l'une occupait le médiastin et l'autre la région précordiale. Il existait deux centres de battements, l'un à la pointe et l'autre à la base du cœur; aussi avait-on pensé pendant la vie à la possibilité d'une double tumeur anévrysmatique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 16 et 23 juillet 1904.

Cure de déchloruration et albuminurie brightique.

MM. Widal et **Javal.** — Nous avons communiqué précédemment l'observation d'un malade atteint de néphrite brightique à prédominance épithéliale, chez lequel la cure de déchloruration avait entraîné une diminution de l'albuminurie, tandis que, inversement, l'ingestion de sel avait aggravé ce symptôme.

Il ressort de nos nouvelles recherches sur ce sujet, que cette influence de la cure de déchloruration sur l'albuminurie est un fait très fréquent, qu'on peut observer dans les différentes formes d'albuminurie.

D'une façon générale, la variation de la quantité des substances albuminoïdes du régime n'a pas influencé la quantité d'albumine urinaire émise par nos brightiques. Le régime lacté, qui est spécialement riche en albuminoïdes, ne doit ses effets salutaires, comme nous l'avons montré, qu'à sa faible chloruration. Voilà pourquoi on peut remplacer chez des brightiques les substances albuminoïdes du lait par celles de la viande sans constater d'augmentation de l'albuminurie. Il n'y a donc pas de raison de défendre la viande aux brightiques, pourvu qu'on en règle la quantité suivant les indications et qu'on surveille la chloruration du régime.

Anciens procédés thérapeutiques et données expérimentales actuelles.

MM. Charrin et **Vitry.** — Nous avons reconnu que si l'on injecte de la toxine diphtérique dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres postérieurs, et qu'au même moment on applique une ligature au pli de l'aine, l'action nocive du virus est moins marquée. Ce fait justifie la pratique ancienne des ligatures plus ou moins serrées placées au-dessus du point mordu, en cas de morsure venimeuse ou virulente.

On est porté à invoquer, pour expliquer ce résultat, soit un trouble circulatoire dû à la constriction, soit une lenteur de pénétration du principe actif. Des expériences de contrôle montrent que si, pour une part, la survie est attribuable à de telles influences, néanmoins ces explications ne sauraient suffire. En effet, lorsqu'on injecte la toxine dans un membre postérieur préalablement ligaturé, la diminution de l'action nocive est loin d'être aussi prononcée que si la ligature a été appliquée immédiatement avant la pénétration du virus. Il s'agit, en réalité, de modifications de l'agent morbifique.

On sait, en outre, que certains virus, en particulier ceux de la rage ou du tétanos, se propagent en suivant les troncs nerveux. Nous inspirant de ces notions, nous avons injecté dans le territoire du sciatique droit de 2 lapins, l'un normal, l'autre ayant subi la résection des nerfs de la patte postérieure du côté droit, une même quantité (1 c.c. 1/4) de la même toxine tétanique. Trois jours après, chez le sujet sain, la patte droite est prise et les autres pattes commencent à se prendre, tandis que chez le second animal il ne semble pas que la maladie ait commencé à évoluer. Parfois même, cette résection retarde non seulement le tétanos de la région privée de nerfs, mais également les accidents des autres territoires.

Effet de la diurèse sur l'albuminurie.

M. Javal. — Chez des brightiques dont l'hydratation des tissus ne varie pas, un excès d'eau ingérée ne fait que diluer l'albuminurie, de sorte que l'albumine dosée par litre peut paraître diminuée, alors que, au total, elle représente le même chiffre.

Dans les cas de polyurie, si l'augmentation de volume des urines provient d'une déshydratation de l'organisme, l'effet sur l'albuminurie ne sera pas du tout le même que si l'on obtenait cette même polyurie en faisant ingérer au malade un excès d'eau. Il est donc très important, pour étudier les variations de l'albuminurie au cours du mal de Bright, de tenir compte des variations de la quantité d'eau émise avec les urines et des causes de ces variations, et on comprend pourquoi la quantité de l'albumine totale éliminée en vingt-quatre heures donne

des chiffres beaucoup plus comparables entre eux que ceux qui sont fournis par l'albumine évaluée par litre d'urine.

Echinococcose secondaire du poumon, d'origine bronchique.

M. F. Dévé. — A 3 lapins nous avons inoculé dans la trachée 4 ou 5 millimètres cubes de sable échinococcique provenant de kystes de mouton, avec 5 ou 6 millimètres cubes de liquide hydatique. Chez aucun de ces animaux, qui ont été sacrifiés au bout de deux mois, nous n'avons trouvé de tænias échinocoques dans l'arbre trachéo-bronchique, ni dans le tube digestif. Chez tous, par contre, nous avons constaté, au niveau du poumon, la présence de nombreuses granulations blanchâtres, miliaires, disséminées dans les différents lobes (pseudo-tuberculose échinococcique). Parmi ces granulations plus ou moins infiltrées de sels calcaires, un certain nombre laissaient reconnaître à leur centre de petits kystes échinococciques.

Il n'est pas exceptionnel chez l'homme que des kystes hydatiques non suppurés du poumon se rompent dans les bronches, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention. Déjà grave du fait des accidents asphyxiques et toxiques suraigus qu'elle détermine fréquemment, la brusque vomique de liquide limpide qui se produit en pareil cas n'est cependant pas suivie de mort. On conçoit dès lors que le sable échinococcique répandu dans le système bronchique avec le liquide d'un tel kyste rompu en pleine vitalité puisse, par inoculation trachéo-bronchique rétrograde, donner naissance à de nouveaux kystes du poumon.

Sur une manœuvre utile dans la pratique de la respiration artificielle.

M. Guilloz (de Nancy). — Au cours d'une syncope chloroformique qui se prolongeait malgré les tractions rythmées de la langue, j'eus l'idée d'agir sur les mouvements du diaphragme en refoulant brusquement toute la masse abdominale vers le thorax — synchroniquement avec les pressions costales —, au moyen des deux mains. Après trois ou quatre de ces manœuvres, la respiration sembla se rétablir, mais elle s'arrêta à nouveau malgré la pratique ordinaire de la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue, pour reprendre ensuite définitivement après que la manœuvre abdominale eût été répétée 5 ou 6 fois.

Action de la bactéridie charbonneuse sur la toxine tétanique.

MM. Garnier et Sabaréanu. — Nous avons étudié l'action de certains microbes sur des toxines provenant d'autres espèces. Nous avons ainsi reconnu, notamment, que le pouvoir tétanigène disparaît beaucoup plus vite dans une toxine tétanique ensemencée avec la bactéridie charbonneuse que dans la même toxine laissée le même temps à l'étuve, mais non ensemencée. De plus, on constate souvent que cette toxine, quoique dépourvue d'action tétanigène, est encore capable de déterminer la mort de l'animal : il y a eu transformation de la toxine en un poison banal, non spécifique. On peut sans doute expliquer par une pareille transformation l'apparition de lésions banales dans des maladies ayant donné lieu auparavant à des accidents spécifiques, comme c'est le cas pour la syphilis.

Elimination de l'acide urique par le rein.

MM. J. Courmont et Ch. André (de Lyon). — Pour déceler l'acide urique dans les coupes de reins, nous immergeons ces coupes dans l'eau ammoniacale et les traitons ensuite par le nitrate d'argent. Un révélateur photographique fait apparaître l'acide urique sous forme de grains noirs.

Il résulte de ces recherches que l'acide urique s'élimine par les *tubuli contorti*. On l'observe dans les cellules de ces *tubuli*, mais vraisemblablement il y existe à l'état de combinaison complexe, et non à l'état isolé.

Si l'on injecte une solution fortement hypertonique de chlorure de sodium à des grenouilles en état de jeûne prolongé, en quelques minutes l'élimination de l'acide urique par les reins est très active et se généralise à tous les *tubuli*; il semble qu'il y ait alors exaltation de l'activité épithéliale...

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 18 juillet 1904.

Bradycardie chez une tabétique.

M. Bloch. — Voici une femme de quarante-huit ans, atteinte de tabes avec crises gastriques depuis quatre années et chez laquelle ont apparu, il y a six mois environ, des attaques syncopales qui sont devenues de plus en plus fréquentes, au point de se répéter actuellement 10 et 12 fois par jour : elles débutent par du vertige, puis la patiente pâlit, perd connaissance et rejette la tête en arrière; en même temps, on constate un ralentissement notable du pouls, qui ne bat plus que 36, 32, parfois même 28 fois à la minute. Le cœur est dilaté dans tous les sens, le premier bruit sourd et soufflant, le second dédoublé et également soufflant; le pouls capillaire est bien net.

En raison de la coexistence des crises gastriques, on pourrait attribuer ces manifestations à une lésion du pneumogastrique. Pour m'en assurer, j'ai pratiqué l'épreuve de Dehio (injection d'atropine), mais cette épreuve a eu un résultat négatif, le nombre des pulsations n'ayant pas été modifié. Il faut donc en conclure que la bradycardie relève d'une lésion propre de la fibre cardiaque, vraisemblablement due à la même cause que le tabes, à savoir une infection syphilitique datant de dix-huit ans. Je dois ajouter que la malade a été hystérectomisée il y a une dizaine d'années pour un cancer du col.

Dangers des infusions intrapulmonaires.

M. Max Wolff. — J'ai fait quelques expériences sur le lapin pour m'assurer de l'innocuité des infusions intrapulmonaires pratiquées selon la méthode de M. Jacob (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 198 et 223). Or, je dois dire que, bien que les quantités de liquide infusées aient été sensiblement inférieures à celles que M. Jacob a employées dans ses recherches préliminaires sur ces mêmes animaux (6 c.c. au lieu de 15 à 20 c.c.), les 3 lapins auxquels j'ai fait ces infusions sont morts, le premier immédiatement, le second au bout de vingt-quatre heures, le troisième au bout de trente-six. En outre, les poumons de ces animaux, intensément colorés par la solution de bleu d'aniline dont je m'étais servi, tombaient au fond de l'eau au lieu de surnager, et étaient par conséquent devenus impropres à la respiration. Je ne prétends pas que de tels accidents doivent survenir fatalement chez l'homme; mais il suffit qu'ils soient possibles pour que la méthode soit à rejeter entièrement, alors surtout qu'elle s'adresse à des sujets dont les poumons sont déjà altérés.

L'action dissociée de la digitale sur le cœur droit et sur le cœur gauche.

M. Th. Openkhovsky (de Kharkov) fait une communication sur ses recherches relatives à l'action dissociée de la digitale sur les deux moitiés du cœur. Il a pu s'assurer que, régulièrement, ce médicament n'agit que sur le cœur gauche, le cœur droit restant complètement à l'abri de son influence, ce que l'orateur attribue à l'étroitesse de l'artère coronaire droite. Toutefois, dans certains cas pathologiques, ce vaisseau perd sa contractilité (notamment en cas de sclérose), reste largement perméable, et permet ainsi aux préparations digitaliques de faire sentir leur action sur le cœur droit; il y aurait là, d'après M. Openkhovsky, un moyen de diagnostic de la sclérose coronarienne, localisée, ou du moins prédominante, à droite.

Dr Villaret.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections hypodermiques d'ergotine contre les vomissements consécutifs à l'anesthésie.

Les chirurgiens sont à peu près désarmés en face des vomissements et des nausées qui succèdent à l'administration des anesthésiques. Or, d'après l'expérience de M. le docteur H. Grad (de New-York), nous posséderions dans l'ergotine — dont l'action sur la circulation et la motricité de l'estomac a été étudiée en France, dès 1892, par MM. Wertheimer et Maguin — un moyen de diminuer les souffrances que ces troubles imposent aux opérés, en même temps que de combattre le shock.

Chez une des premières malades ainsi traitées par notre confrère, on avait eu recours dans un but diagnostique à une anesthésie de courte durée, qui n'en fut pas moins suivie de vomissements biliaires et de nausées continuelles. Cet état durait depuis six heures, quand M. Grad fit à cette femme une injection sous-cutanée d'ergotine; le résultat en fut presque « magique » : les vomiturilions et les nausées cessèrent, et au bout de deux heures la patiente pouvait absorber quelque nourriture. Cinq jours plus tard, elle subissait une double salpingectomie; l'opération fut longue et laborieuse, mais, averti par l'expérience précédente, on eut soin de pratiquer trois injections sous-cutanées d'ergotine, avant, pendant et après l'intervention : la malade vomit très peu, et c'est à peine si elle eut quelques nausées.

Encouragé par ce succès, notre confrère a eu depuis lors plusieurs fois recours à ce mode de traitement. Sans disparaître complètement sous l'influence de l'ergotine, les vomissements et les nausées seraient moins fréquents, et le malaise qui les accompagne d'ordinaire ferait presque entièrement défaut. Le shock semble également très atténué et les premières évacuations alvines se produisent spontanément ou sans difficulté dès les premiers jours.

En dehors des troubles post-anesthésiques, M. Grad a également employé l'ergotine dans un cas de vomissements rebelles dus à un état gastrique mal défini, vomissements qui cédèrent à cette médication.

En ce qui concerne les doses à employer, notre confrère conseille d'injecter 0 gr. 65 centigrammes d'ergotine au début de l'anesthésie et autant après l'opération; si celle-ci est de longue durée, on fait en outre une injection au cours même de l'intervention. Quand les vomissements persistent malgré ce traitement préventif, on peut enfin injecter une quatrième dose d'ergotine deux heures après l'opération.

Le bleu de méthylène en applications locales contre les syphilides muqueuses secondaires.

D'après les observations recueillies par M. le docteur A. Arnal dans le service de M. le docteur L. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris — observations que notre confrère relate dans sa thèse inaugurale —, le bleu de méthylène constituerait un topique d'une efficacité réelle contre les syphilides secondaires des muqueuses. Ce médicament, agissant comme un simple antiseptique, présente, de par l'absence de tout effet caustique, l'avantage de pouvoir être manié par le malade lui-même; en outre, le contact n'en est pas douloureux; quelquefois même, on constate une action analgésique manifeste. Appliqué sur la muqueuse buccale, le bleu a une saveur amère, mais qui n'est ni assez forte ni assez persistante pour constituer une contre-indication. Enfin, bien qu'il l'ait souvent employé *larga manu*, M. Arnal n'a jamais observé d'accidents toxiques.

Comme mode d'application, on se servira généralement d'une solution aqueuse au dixième; toutefois, dans les syphilides ulcéreuses, phagédéniques ou papulo-hypertrophiques infectées, recouvertes d'exsudat avec œdème, au niveau des parties génitales, il paraît préférable de faire usage de la substance en poudre. Dans tous les cas, il importe, pour obtenir de bons résultats, de bien nettoyer au préalable et d'assécher les points où le topique doit être déposé.

L'épithélium des muqueuses sur lesquelles on fait des applications de bleu de méthylène prend une coloration intense; les éléments sains se décolorent rapidement, mais souvent les couches malades s'imprègnent profondément, et la coloration persiste jusqu'à l'élimination de la zone atteinte.

Dans les 26 cas relatés par M. Arnal, la guérison des syphilides, sous l'influence du bleu de méthylène — associé, cela va sans dire, au traitement général —, a presque toujours été obtenue en une ou deux semaines.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Quatorzième session tenue à Pau du 1er au 7 août 1904.

Les démences vésaniques.

M. Deny (de Paris), *rapporteur*. — Sous le nom de *démences vésaniques*, on désigne généralement les états d'affaiblissement permanent, progressif et définitif des facultés intellectuelles, morales et affectives, consécutifs aux psychoses.

Les démences vésaniques sont donc des affections essentiellement *secondaires*, et il semblerait, d'après cette définition, qu'on dût en décrire autant de types qu'il y a de psychoses pouvant les précéder.

Théoriquement vraie, cette proposition ne l'est plus pratiquement, parce que les démences consécutives ou secondaires finissent toutes à un moment donné par se ressembler et se confondre, au point qu'il devient très rapidement impossible de reconnaître l'affection initiale dont elles dérivent. Aussi se borne-t-on, en général, à étudier en bloc toutes les démences vésaniques, qu'elles soient secondaires à la manie, à la mélancolie, aux psychoses dégénératives, etc., de même que, sous le nom de *démences névrosiques*, on réunit les états démentiels qui succèdent à l'épilepsie, à la chorée, etc., etc.

Dans le récent traité de pathologie mentale de M. Gilbert Ballet, M. Arnaud distingue seulement, suivant la période de la vie à laquelle elles apparaissent, deux formes — l'une *tardive* et l'autre *précoce* — de démence vésanique.

Si séduisante que soit cette conception qui, de l'ancienne entité morbide de Pinel et d'Esquirol, ne fait plus qu'un simple stade terminal des psychoses de l'âge mûr ou de la vieillesse (démence vésanique tardive), de l'adolescence ou de la jeunesse (démence vésanique précoce), nous ne croyons pas qu'elle corresponde à la réalité des faits et qu'elle puisse se concilier avec les idées nouvelles en psychiatrie.

Nous exposerons d'abord les raisons cliniques, anatomiques et étiologiques qui empêchent de considérer l'affection étudiée, surtout en Allemagne, depuis une dizaine d'années — et aujourd'hui universellement connue sous le nom de *démence précoce* — comme une simple démence vésanique rapide (G. Ballet), consécutive aux psychoses de l'adolescence; nous examinerons ensuite si la théorie de la démence vésanique tardive est plus justifiée, et s'il n'y aurait pas lieu, au contraire, de rayer définitivement du cadre des maladies mentales l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires.

Française par ses origines, mais incontestablement allemande par les développements scientifiques qu'elle a reçus outre-Rhin depuis une dizaine d'années, la démence précoce est essentiellement caractérisée par un affaiblissement spécial et rapidement progressif de l'ensemble des facultés intellectuelles, qui atteint de préférence les jeunes sujets, s'accompagne presque toujours de troubles psychiques variés et se termine dans l'immense majorité des cas par la perte complète de la raison.

Le début de l'affection est habituellement marqué par des troubles névropathiques protéiformes (céphalée, neurasthénie, crises convulsives, etc.), suivis d'*accidents délirants polymorphes*, mais offrant néanmoins certains caractères particuliers.

A sa période d'état, la maladie s'affirme par un affaiblissement caractéristique des facultés intellectuelles, auquel se surajoutent, dans la grande majorité des cas, des états de dépression, d'excitation, de confusion, de stupeur, des conceptions délirantes ou des troubles sensoriels.

L'affaiblissement des facultés, qui constitue le symptôme fondamental de la démence précoce, quelle que soit sa forme, présente des caractères spéciaux qui le différencient nettement des autres états démentiels.

Le premier de ces caractères est d'être *primitif*, c'est-à-dire qu'il entre le premier en scène et précède pour un observateur attentif toutes les autres manifestations de la maladie. En second lieu cet affaiblissement est *global*, car il se montre d'emblée diffus et généralisé aux trois grandes facultés psychiques (sensibilité, intelligence et volonté); mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable spécificité, — il est *électif*, parce que, tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques, il ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré.

Le déficit intellectuel des déments précoces, en effet, incomplet quoique global au début de l'affection, se manifeste d'abord dans la sphère des sentiments affectifs et moraux et ne s'étend que plus tardivement à celle de l'activité volontaire et à celle des facultés intellectuelles proprement dites, pour devenir total, lorsque, par les progrès de la maladie, toutes les facultés sont anéanties.

Cette action élective assigne à la démence précoce une place distincte à côté des deux autres grandes démences, la *paralysie générale* et la *démence sénile*, puisque, primitives et globales toutes les trois, elles diffèrent cependant foncièrement en ce que les facultés affectives sont lésées d'une façon prépondérante dans la démence précoce, les facultés intellectuelles proprement dites dans la paralysie générale et la volonté dans la démence sénile.

Les troubles de la sphère affective et morale des déments précoces se traduisent par une *apathie* et une *indifférence émotionnelle* absolues. Cette indifférence s'étend à tout et à tous; il n'y a plus pour de tels malades ni joie, ni tristesse, ni désir, ni crainte. Jamais ils ne réclament leur sortie de l'asile où ils sont internés, ni la visite de leurs parents; ils restent complètement étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux, n'ont plus aucune espèce de notion des convenances et n'hésitent pas à commettre en public les actes les plus dégradants.

A ces troubles de la vie affective, qui dénotent une disparition complète de la sensibilité morale, liée elle-même, bien entendu, à un affaiblissement déjà notable de l'intelligence, viennent bientôt s'ajouter des désordres de l'*activité motrice et volontaire* qui rendent le tableau de la maladie encore plus saisissant.

Naturellement, c'est par défaut que l'activité volontaire est troublée, mais la volonté n'est pas seulement lésée comme faculté de se décider à une action, elle est encore perdue comme pouvoir d'arrêt des mouvements automatiques qui sont presque toujours conservés et surtout exagérés.

C'est à la réunion de ces troubles de l'activité volontaire et automatique que l'on a donné le nom de *syndrome catatonique*. Les principaux éléments de ce syndrome sont des phénomènes d'opposition plus connus aujourd'hui sous le nom de *négativisme*; des phénomènes de docilité auxquels s'applique le terme de *suggestibilité*, et enfin des *stéréotypies*.

Le négativisme se caractérise à son degré le plus léger par la lenteur, la contrainte et l'hésitation des mouvements commandés, et plus tard par une inertie et une inaction complètes. Plongés dans la stupeur, les malades restent immobiles et comme figés durant des journées entières dans la même position et opposent à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une résistance invincible, conséquence de leur *activité négative*.

Les manifestations de la suggestibilité consistent tantôt dans une simple docilité ou une sorte d'*activité imitative* des sujets, qui exécutent les actes les plus baroques qu'on leur ordonne, copient mutuellement leurs poses et leurs attitudes, conservent les positions qu'on imprime à leurs membres (*catalepsie*), répètent les mots prononcés devant eux (*écholalie*), reproduisent les gestes qu'ils voient faire (*échomimie, échopraxie*), etc.

L'affinité de ces deux groupes symptomatiques n'est pas contestable, car on les voit souvent alterner ou coexister chez les mêmes malades; tous deux, du reste, peuvent être rapportés à un même processus psycho-pathologique fondamental, la perte de l'activité volontaire en même temps que la persistance d'une certaine activité automatique, irraisonnée et inconsciente.

La désagrégation psychique de ces sujets s'accuse encore par l'apparition des phénomènes de stéréotypie, qui consistent, comme on le sait, dans la répétition incessante et indéfinie des mêmes gestes, des mêmes mots, qui s'intercalent dans toutes les phrases, des mêmes grimaces et des mêmes tics, des mêmes façons bizarres, affectées ou maniérées, de parler, de marcher, de s'asseoir, de manger, etc. A côté des stéréotypies, et comme autres manifestations de l'exagération de l'automatisme chez les déments précoces, il nous faut encore signaler leur besoin continuel de mouvements, leurs gesticulations désordonnées, sans but, sans troubles émotionnels adéquats, leur impulsivité, leurs fugues irrésistibles, leurs explosions de rires ou de pleurs, etc.

Quant aux modifications de la sphère intellectuelle proprement dite, elles se manifestent par des troubles de l'attention, de la mémoire, de la réflexion, du jugement, de l'association des idées, etc.

Les malades sont incapables de s'appliquer à aucun travail, de lire, de fixer leur esprit sur un objet. S'ils conservent, en général, assez bien le souvenir des faits anciens, ils ont complètement perdu la faculté de fixer de nouvelles images, ainsi que cela apparaît clairement dans leur verbigération écrite ou parlée, leur jargonaphasie, leurs néologismes, etc. La plupart des déments précoces (les déments paranoïdes exceptés) n'ont aucune notion du temps; ils ne savent ni leur âge, ni le millésime de l'année; leur langage, en outre, est d'une incohérence déconcertante, qui prouve que l'association, l'enchaînement normal des idées n'ont plus lieu que par assonance de certains mots, par des rimes, des synonymies et aussi par antithèse, par opposition, l'émission de certains mots évoquant immédiatement un mot de signification contraire.

Tels sont les principaux aspects sous lesquels peut se présenter l'affaiblissement des facultés psychiques chez les déments précoces. Cet affaiblissement constitue, ainsi que nous l'avons déjà signalé, le fondement même de la maladie, ce qui veut dire qu'il en est à lui seul la condition nécessaire et suffisante.

Lorsqu'il existe à l'état isolé pendant tout le cours de l'affection, sans conceptions délirantes, sans hallucinations, sans excitation ni dépression, on se trouve en présence d'une forme atténuée ou fruste de la maladie (*forme simple* de M. Sérieux, *hébéphrénie mitigée* de M. Christian).

Les autres variétés aujourd'hui classiques de la maladie, l'*hébéphrénie*, la *catatonie* et la *démence paranoïde*, empruntent leur dénomination à la superposition, à cet affaiblissement intellectuel, de troubles psychiques variés : conceptions délirantes, hallucinations, états d'excitation, de dépression et de stupeur que nous allons rapidement passer en revue.

C'est surtout dans l'hébéphrénie et dans la démence paranoïde de Kräpelin que s'observent des troubles sensoriels et des conceptions délirantes.

Ces conceptions délirantes ne présentent rien de spécial en ce qui concerne leur contenu : les plus fréquentes sont des idées de richesse, de grandeur ou de persécution, parfois aussi des idées hypocondriaques, mystiques, érotiques, etc.; elles sont foncièrement polymorphes et asystématiques, au moins dans l'hébéphrénie et la première variété de la démence paranoïde (démence paranoïde simple), qui comprend les formes décrites en France sous le nom de *délire polymorphe des dégénérés*, de *délire d'emblée*, etc., en Allemagne sous celui de *paranoïa aiguë*. Par contre, dans la deuxième variété de démence paranoïde, — forme dans laquelle M. Kräpelin a fait rentrer tous les *délires systématisés hallucinatoires*, y compris le *délire chronique* de Magnan —, ces idées délirantes sont un peu moins mobiles, plus cohérentes et peuvent même offrir un certain degré de systématisation.

Les réactions psycho-motrices les plus variées (excitation, dépression, stupeur) peuvent s'observer dans toutes les formes de démence précoce, mais c'est dans la variété catatonique qu'elles jouent un rôle tout à fait prépondérant.

Ordinairement passagers, transitoires et éphémères dans l'hébéphrénie et surtout dans la démence paranoïde, les états d'excitation, de dépression ou de stupeur peuvent, au contraire, persister sans la moindre modification pendant des semaines, des mois et des années, dans la catatonie.

L'excitation se traduit par un verbiage incohérent dans lequel les mots s'accolent les uns aux autres sans aucune suite (*salade de*

mots), dont certains sont employés à contre-sens, d'autres déformés (*jargonaphasie*), forgés de toutes pièces (*néologismes*) ou répétés à satiété (*verbigération*). Le désordre qu'on observe dans les discours des déments précoces excités se retrouve dans leurs attitudes, leurs actes et toute leur manière d'être.

Outre leur physionomie mobile, leurs cheveux en désordre, les femmes (visées surtout dans cette description) affectent de se montrer complètement nues, ou se drapent à l'antique dans leurs couvertures, prennent des attitudes de sphinx, de prédicateur, d'athlète, etc.

Lorsque à cette agitation motrice fait place une période de calme et de répit, les malades se dissimulent complètement sous leurs draps, le tronc et les membres repliés sur eux-mêmes, les genoux touchant souvent le menton, la tête toujours enfouie au milieu du lit.

Malgré leur calme apparent, ces aliénées diffèrent totalement de celles qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur, parce que, à l'encontre de celles-ci, brusquement, instantanément, elles s'élancent hors de leur lit et recommencent toute la série des extravagances signalées plus haut.

Leurs compagnes en état de stupeur gardent, au contraire, invariablement la même position : levées ou couchées, elles restent durant tout le jour immobiles, raidies, figées, le plus souvent dans des attitudes pénibles ou fatigantes, la physionomie inerte, le regard vague, la tête légèrement inclinée, les bras ramenés le long du tronc, les membres tantôt résistants, impossibles à déplacer, tantôt mous, flasques et conservant les attitudes qu'on leur donne. Insensibles à toutes les excitations extérieures, les malades en état de stupeur *voient*, *entendent*, *comprennent*, et cependant elles ne répondent pas aux questions et se montrent incapables d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de donner la main. Place-t-on entre les mains d'une semblable patiente un crayon, un objet quelconque, elle le laisse échapper ou le tient machinalement sans chercher à se rendre compte de son usage, comme dans les cas d'abolition du sens stéréognostique. Cet état d'indifférence et d'incuriosité de la *main négativiste* est une confirmation de la loi de MM. Brissaud et P. Marie : il prouve que l'appétit de la fonction est étroitement lié à l'intégrité de son exercice et que, au moins dans le domaine de l'activité psychique supérieure, la perte des moyens d'exécution peut entraîner l'oubli même de la fonction paralysée.

Dans les cas de stupeur complète, les injonctions, les sollicitations les plus pressantes ne sont suivies d'aucune réaction motrice ou vaso-motrice. On peut alors diriger contre les malades la pointe d'un instrument tranchant, toucher leurs globes oculaires ou la pointe de leur langue avec l'extrémité d'une aiguille sans qu'ils donnent le moindre signe de frayeur. Seule la *réflectivité automatique* persiste, la *psycho-réflectivité* fait défaut.

Ces états de stupeur, comme ceux d'excitation dont nous venons de parler, peuvent s'observer en dehors de la démence précoce, mais c'est seulement dans cette affection qu'ils se présentent sans relation avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment de troubles émotionnels.

Quand on interroge, en effet, les malades, dans leurs périodes de rémission ou dans leurs intervalles lucides, sur la raison des bizarreries de leur conduite et de leurs attitudes, ou bien ils balbutient des raisons insignifiantes, ou bien ils déclarent qu'il leur était impossible d'agir autrement; mais ce qu'ils n'avouent pas, parce qu'ils ne s'en rendent pas compte, c'est qu'ils n'en avaient ni le *désir* ni la *volonté*. Ce qui justifie encore une fois l'opinion de M. Séglas, que la seule explication plausible des symptômes catatoniques ne doit pas être cherchée ailleurs que dans le fonds mental sur lequel ils reposent : fonds commun à toutes les variétés de la maladie et caractérisé surtout par la passivité de l'esprit, la perte de l'activité intellectuelle, la lenteur des processus psychiques et l'affaiblissement progressif de la synthèse mentale.

Il nous resterait maintenant, pour compléter le tableau symptomatique de la démence précoce, à passer en revue les signes physiques de cette affection, mais comme ils n'ont pas encore acquis une réelle valeur séméiologique, nous nous bornerons à signaler les plus fréquents. Presque tous les auteurs ont constaté une exagération des réflexes tendineux chez les sujets en état de stupeur ou de demi-stupeur. Par contre, les réflexes cutanés ont été trouvés faibles ou abolis dans la moitié environ des cas. Il en est de même des réflexes lumineux et accommodateur de la pupille. La pupille elle-même offre des dimensions variables; dans un peu plus des deux tiers des cas, son diamètre serait exagéré.

En outre de ces modifications de la réflectivité, on observe, chez un grand nombre de déments précoces, de la cyanose et du refroidissement des extrémités, des œdèmes localisés, des infiltrations particulières du tissu cellulaire des extrémités (pseudo-œdèmes de Dide), des alternatives d'engraissement et d'amaigrissement rapides survenant sans cause appréciable (Séglas), du dermographisme, des troubles de la menstruation, etc., etc.

Le liquide céphalo-rachidien, contrairement à ce qui se passe dans la paralysie générale, ne contient pas d'éléments figurés : dans quelques cas, cependant, on a noté l'existence d'une lymphocytose modérée (Camus et Lhermitte). Quant aux urines, elles sont généralement diminuées de volume et présentent presque toujours un abaissement de leur teneur en urée, en phosphates et en chlorures. Plusieurs auteurs ont en outre constaté un retard dans l'élimination du bleu de méthylène, ce qui semble indiquer une diminution de la perméabilité rénale.

Les signes physiques que nous venons de passer en revue sont notablement plus fréquents et plus accusés dans les formes catatoniques et hébéphréniques de la démence précoce que dans la forme paranoïde. Ils appartiennent surtout à la période d'état de la maladie et diminuent en nombre et en intensité à la période terminale.

Leur valeur séméiologique est encore actuellement difficile à préciser; il semble bien cependant, d'après l'étude comparative qui a été faite de ces mêmes signes dans quelques autres formes d'aliénation mentale, qu'ils sont plus nombreux et plus accusés dans la démence précoce que dans les autres psychoses ; mais il faut reconnaître qu'aucun d'eux, pris isolément, ne saurait être considéré comme pathognomonique, et que c'est seulement par leur réunion et leur permanence qu'ils peuvent apporter une utile contribution au diagnostic.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de la démence précoce, telle que nous venons de l'exposer brièvement, est fondée actuellement sur un nombre trop imposant de faits empruntés aux observateurs de tous les pays, pour que le plus léger doute puisse s'élever sur la réalité de cette forme morbide. Aussi bien n'est-ce pas la valeur nosographique de cette affection qui est aujourd'hui en discussion, mais uniquement son autonomie nosologique. Beaucoup d'aliénistes, en effet, tout en reconnaissant que la démence précoce ne laisse rien à désirer au point de vue symptomatique, se refusent à la considérer comme une maladie autonome et tendent à la faire rentrer dans le groupe des *folies dégénératives* ou *héréditaires*, parce qu'elle n'a pas encore pour critérium des lésions anatomiques indiscutables ou une étiologie spéciale.

« Le problème étiologique, dit M. Gilbert Ballet, me paraît, à l'heure actuelle, le problème capital : la démence précoce est-elle une psychose *accidentelle* ou une psychose *constitutionnelle?* Voilà le point vif de la question. Suivant la solution qui interviendra, on pourra décider si la description de la démence précoce n'est qu'une amplification nosographiquement plus détaillée de celle déjà donnée par Morel, ou si, au contraire, l'affection doit être élevée au rang d'entité nosologique nouvelle. »

On ne saurait nier que, de l'enquête étiologique faite par différents auteurs, il est encore bien difficile de tirer des indications positives sur la pathogénie de la démence précoce; il nous semble cependant que, parmi les différents facteurs étiologiques le plus souvent invoqués, il en est deux, au moins, qui méritent de retenir l'attention.

Le premier, c'est que chez un assez grand nombre de déments précoces il existe des *antécédents héréditaires névro-psychopathiques;* le second, que les causes accidentelles qu'on fait le plus volontiers intervenir sont toutes réductibles à un *processus d'auto-intoxication*, dont le déterminisme, à la vérité, n'a pu être encore précisé, mais que l'âge auquel la maladie se développe le plus souvent, permet de rattacher vraisemblablement à un trouble de la sécrétion des glandes sexuelles (testicules, ovaires) pour un certain nombre de cas (la grande majorité) et, pour les autres, à une insuffisance fonctionnelle des glandes hépatiques, rénales, surrénales, thyroïde, etc.

De ces deux constatations, la première, à nos yeux, signifie simplement qu'une prédisposition est indispensable au développement de la démence précoce.

A vrai dire, cette prédisposition aurait pu être admise *a priori*, personne aujourd'hui ne mettant en doute qu'une sorte de consentement de l'organisme est nécessaire pour qu'une maladie s'installe et persiste.

Dans la démence précoce, cette prédisposition, pour les deux tiers des cas, est fonction de l'hérédité; pour le dernier tiers, on peut admettre, bien que le fait ne puisse pas toujours être mis en évidence, qu'elle a été réalisée par des maladies du premier âge, une hygiène défectueuse, etc., etc. Cela étant, est-il possible d'aller plus loin et de soutenir par exemple que l'hérédité est la cause unique de la maladie ou, en d'autres termes, que la démence précoce est « une psychose de développement (Clouston) ou une psychose dégénérative d'évolution dans laquelle l'imperfection constitutionnelle, substratum primordial et préexistant, manifesterait sa fragilité sous l'influence et à un moment quelconque de la phase d'ascension de l'organisme; elle prendrait place à ce titre parmi les psychoses des dégénérés ».

M. Régis, auquel nous empruntons ces lignes, s'élève contre cette doctrine. Tous les déments précoces, dit-il, ne sont pas des dégénérés, tant s'en faut, et tous n'ont pas succombé dans la période, même agrandie, de leur accroissement évolutif.

Non seulement tous les déments précoces ne sont pas des dégénérés, mais ce n'est que l'infime minorité d'entre eux qui peut prendre place dans cette catégorie de malades *ab ovo*.

M. Kräpelin a établi en effet que dans 20 % seulement des cas on constatait les manifestations de la tare dégénérative. De même, pour M. Christian, les enfants qui doivent devenir des déments précoces ne se distinguent pas des autres; ils ne présentent ni tics, ni perversion morale, ni bizarreries de caractère, etc.

D'autre part, le niveau mental de ces malades a été trouvé normal dans 66 % et faible dans 7 % des cas observés par M. Sérieux. Sur 100 hommes et 100 femmes atteints d'hébéphréno-catatonie, M. Aschaffenburg déclare que 18 hommes et 13 femmes seulement avaient une intelligence inférieure, sans atteindre l'imbécillité (Sérieux).

M. Levi-Bianchini est encore plus catégorique : la démence précoce, d'après lui, se développe dans la presque totalité des cas (90.4 %) sur une mentalité normale.

Enfin, M. Magnan lui-même a reconnu que les sujets intelligents, dont l'état mental avait été irréprochable pendant leur enfance et leur adolescence, pouvaient sombrer rapidement dans la démence.

On peut donc considérer comme un fait acquis que si la démence précoce se montre chez les dégénérés, c'est seulement dans un petit nombre de cas. Cette constatation ne porte nullement atteinte à la théorie de l'auto-intoxication; les tares dégénératives — bien qu'on ait soutenu le contraire — s'observent aussi quelquefois dans la paralysie générale et, cependant, l'origine accidentelle de cette affection n'en est pas moins proclamée par la grande majorité des auteurs. La paralysie générale, a déclaré M. Magnan, est la plus individuelle des maladies mentales.

Nous avons dit, d'autre part, que de notre enquête étiologique résultait la notion que la prédisposition, héréditaire ou acquise, avait besoin d'être actionnée par des causes accidentelles pour réaliser le syndrome clinique de la démence précoce et nous avons émis l'hypothèse que, sous le couvert de masques divers (excès, surmenages, traumatismes, chocs moraux, épuisement, etc.), ces diverses causes, en apparence complexes, formaient un seul faisceau étiologique dont tous les éléments étaient

sous la dépendance d'un même processus pathogénique.

L'étiologie est, à vrai dire, impuissante à nous renseigner sur la nature de ce processus, mais peut-être nous sera-t-il possible, en faisant appel à l'anatomie pathologique, de soulever un coin du voile qui le recouvre.

Un point qui semble actuellement à l'abri de toute contestation, c'est l'existence d'une profonde altération de la cellule nerveuse et de ses prolongements dans tous les cas de démence précoce (Klippel et Lhermitte). On ne manquera pas de nous objecter que la lésion exclusive du neurone n'a pas, par elle-même, une signification absolue, qu'on l'observe dans tous les états démentiels et même dans beaucoup de psychoses.

A cette objection, nous répondrons que si la cellule nerveuse est lésée isolément, c'est qu'elle est le terrain par excellence des réactions les plus délicates et les plus précoces aux imprégnations toxiques (Dupré) et, d'autre part, qu'il n'est pas absolument démontré que les réactions défensives de l'organisme, qu'on a l'habitude d'observer dans tous les processus toxi-infectieux aboutissant à la mort de la cellule, fassent complètement défaut dans la démence précoce.

MM. Alzheimer, Nissl, Bridier et quelques autres auteurs ont noté expressément l'existence de lésions vasculaires, et aussi d'une infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds, de dimensions variables, de nature névroglique ou leucocytaire, qui semblent jouer le rôle de neuronophages vis-à-vis de la cellule nerveuse.

Cette prolifération de la névroglie n'est, du reste, pas niée par MM. Klippel et Lhermitte, mais ils la relèguent au second plan, parce qu'elle était circonscrite et limitée dans les cas qu'ils ont examinés; mais si cette prolifération n'était pas plus abondante, il faut peut-être en chercher la cause dans la brusque interruption de l'affection par une maladie intercurrente, ainsi que le fait s'est produit chez 3 des 4 malades dont ils ont examiné les centres nerveux.

Après les réserves cliniques que nous venons de faire, il est peut-être un peu téméraire d'affirmer avec ces auteurs que dans la démence précoce « la lésion localisée à l'un des tissus de l'encéphale demeure comme un fait indiscutable... et qu'il y a par là une lésion qui appartient à la démence précoce et non à certaines autres démences ».

Dans l'état actuel de la question, nous croyons inutile d'insister davantage sur l'interprétation que sont susceptibles de recevoir des altérations dont le siège, la nature et l'étendue prêtent encore à discussion.

Ce qu'il nous est seulement permis de retenir, en nous en tenant aux constatations les plus récentes, c'est l'analogie — pour ne pas dire la complète identité — de ces lésions avec celles de psychoses dont l'origine toxi-infectieuse ne fait plus de doute pour personne, comme la confusion mentale et la psychose polynévritique (G. Ballet). Dans ces deux ordres de faits (psychose polynévritique et confusion mentale d'une part, démence précoce de l'autre), on note la même intégrité des méninges et des vaisseaux, la même absence de lésions notables de la névroglie, la même localisation du processus à la cellule nerveuse dont les angles sont arrondis, les prolongements plus grêles, le protoplasma granuleux, le noyau excentriquement déplacé, etc.

Il semble donc que, d'ores et déjà, on soit en droit, au nom de l'anatomie pathologique, de distinguer la démence précoce des folies dites dégénératives et de la rattacher avec M. Kräpelin au groupe des maladies mentales dues à une auto-intoxication.

Après les considérations qui précèdent, on nous pardonnera d'être bref sur les arguments cliniques qui peuvent être invoqués à l'appui de l'origine auto-toxique de la démence précoce.

A considérer seulement la lente évolution de la maladie, qui n'aboutit à la perte complète des facultés qu'après une série de crises paroxystiques et de rémissions, on ne peut se défendre de penser à l'intervention d'un processus toxique qui procède par poussées et n'envahit que progressivement, d'une façon inégale et intermittente, l'ensemble des territoires psychiques.

En faveur de cette hypothèse militent encore les accès fébriles, les crises convulsives, les états cataleptoïdes, etc., et, dans le même ordre d'idées, les états de confusion, d'engourdissement, de torpeur, d'onirisme et de puérilisme qui donnent à la maladie un cachet si spécial. Mais comme il n'y a là, en réalité, que des présomptions, mieux vaut se cantonner sur le terrain anatomique.

Or, l'histopathologie actuelle de la démence précoce, même réduite aux constatations de MM. Klippel et Lhermitte, tend à faire admettre l'existence d'une altération de la substance grise du cerveau, et principalement des zones d'association, par des poisons vraisemblablement d'origine glandulaire.

Nous conclurons donc en disant que la démence précoce, tout en restant soumise, dans les mêmes limites que la paralysie générale, à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire et acquise, est, au même titre et dans la même mesure que cette dernière affection, une *maladie fortuite* et *accidentelle*.

Après l'exposé qui vient d'être fait des raisons qui nous empêchent d'envisager la démence précoce comme une affection secondaire ou consécutive à certaines psychoses, fût-ce même à la confusion mentale (Régis), et par conséquent d'admettre la théorie de la *démence vésanique rapide*, il nous reste à examiner si la conception de la *démence vésanique tardive* est plus justifiée.

Pour cela, nous examinerons séparément les trois grands groupes d'états démentiels consécutifs : 1° aux folies généralisées (manie, mélancolie, etc.); 2° aux psychoses dites des dégénérés (délire d'emblée, délire polymorphe, paranoïa aiguë, etc.); 3° aux folies systématisées chroniques.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la *manie* et la *mélancolie* dites *essentielles* ne peuvent plus être considérées comme des entités morbides et que, par ces mots, on désigne de simples états syndromiques pouvant toujours être rattachés à la folie maniaque dépressive, à la paralysie générale, aux folies toxiques, à la démence précoce, à la confusion mentale, etc. Sur 1,000 maniaques suivis pendant de longues années, dit M. Kräpelin, je n'en ai observé qu'un seul qui n'ait pas eu de récidives.

Le même auteur et, après lui, M. Sérieux, M. Capgras, etc., ont également établi que la mélancolie n'existait, en tant qu'affection autonome, que comme manifestation des processus organiques d'involution sénile et que les états mélancoliques observés pendant la jeunesse ou l'âge adulte étaient tous justiciables de la folie maniaque dépressive ou de la démence précoce, quand ils n'étaient pas liés à la paralysie générale ou aux folies toxi-infectieuses. La manie et la mélancolie perdant ainsi toute valeur en tant que types nosologiques, on voudra bien reconnaître qu'il ne saurait y avoir à proprement parler de démences post-maniaques ou post-mélancoliques.

Y a-t-il lieu de conserver les démences consécutives aux états dits dégénératifs décrits sous le nom de *délires d'emblée* ou *polymorphes*, de *paranoïa aiguë*, etc. ?

De l'avis de tous les auteurs, la terminaison habituelle de ces états serait la guérison. Nous n'y contredirons pas, mais il faut avouer que ces prétendues guérisons ne visent que l'épisode délirant et les troubles sensoriels qui l'accompagnent. Le plus souvent, les malades sortent de leurs accès délirants, diminués intellectuellement.

Mais comme leur niveau mental déjà faible congénitalement était inconnu du médecin qui les traite, ce déficit passe inaperçu, et alors deux éventualités peuvent se produire : ou les malades quittent l'asile pour y rentrer bientôt avec des accidents analogues qui, eux-mêmes, disparaissent à leur tour, et ce n'est souvent qu'après trois ou quatre paroxysmes délirants — dont on méconnaît ordinairement, du reste, les liens de parenté — que l'état démentiel éclate à tous les yeux; ou bien les accalmies ne sont pas assez franches pour que le malade quitte l'asile, et au bout de quelques semaines ou de quelques mois les manifestations délirantes se reproduisent et évoluent pour ainsi dire d'une seule traite vers la démence définitive et incurable.

Dans les deux cas, il ne s'agit donc pas réellement d'une démence secondaire ou terminale, mais d'une démence primitive, protopathique, précoce, momentanément masquée par des phénomènes délirants : ceux-ci sont sujets à des rémissions et peuvent même disparaître tout comme dans la paralysie générale, mais le déficit mental sur lequel ils sont greffés est permanent et s'accentue progressivement pour aboutir au bout de plusieurs années à la perte complète de l'intelligence.

Parfois, du reste, les caractères cliniques de ce déficit intellectuel, qui s'affirme encore par des actes baroques, des tics, des stéréotypies, du négativisme, du collectionisme, des soliloques, de la verbigération, etc., ne laissent aucun doute sur son origine démentielle.

Restent les *délires systématisés chroniques*. Beaucoup d'auteurs estimaient autrefois que ces psychoses ne se terminent jamais par la démence. On se rappelle l'opposition qu'a rencontrée M. Magnan pour faire accepter la période démentielle de son délire chronique à évolution systématique. L'effacement du délire, sa cristallisation, l'indifférence des malades étaient mis sur le compte de leur long internement et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes.

Ces faits ne sont plus aujourd'hui envisagés de la même façon : il est nombre de cas, dit M. Séglas, en parlant des délires systématisés, surtout des variétés dites hallucinatoires, qui arrivent à une démence véritable, bien qu'incomplète et de caractères particuliers. MM. Sérieux et Masselon admettent également que les *délires systématisés hallucinatoires* aboutissent plus ou moins tardivement à l'affaiblissement intellectuel; mais, sans se prononcer d'une façon catégorique, ces auteurs hésitent cependant à faire rentrer les états d'affaiblissement intellectuel consécutifs aux délires systématisés hallucinatoires dans la variété paranoïde de la démence précoce. Pour eux, il s'agirait bien là d'une démence secondaire méta ou post-vésanique. Voilà en somme à quoi se réduirait le vaste groupe des démences vésaniques que tous les auteurs font encore figurer dans leurs classifications.

Faut-il se ranger à l'opinion de M. Séglas et de M. Sérieux, ou adopter celle de M. Kräpelin qui soutient que toutes les variétés hallucinatoires de la paranoïa, y compris le délire chronique de Magnan, doivent être considérés, au moins à titre provisoire, comme appartenant à la démence précoce?

En ce qui nous concerne, nous nous sommes déjà expliqué ailleurs sur cette question, nous n'y insisterons donc pas. Voici cependant quelques-uns des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de la théorie de M. Kräpelin.

Pour juger du niveau intellectuel des malades atteints de délires systématisés chroniques, il faut étudier le contenu de ces délires qui, comme on le sait, est presque toujours à base d'idées hypocondriaques, de persécution ou de grandeur.

Or, de l'avis de tous les auteurs, de semblables idées ne peuvent se développer qu'à la faveur d'un affaiblissement congénital ou acquis, temporaire ou permanent, des facultés; leur fréquence, en dehors de la folie systématisée, chez les imbéciles, les débiles et les déments de toute espèce, le prouve suffisamment pour que nous n'ayons pas besoin de nous arrêter sur ce point. Il est vrai que les mêmes auteurs insistent à l'envi sur les caractères différents que présentent ces idées dans les affections que nous venons de citer (imbécillité, débilité mentale, paralysie générale, etc.) et dans la paranoïa.

Pour démontrer la conservation relative de l'activité intellectuelle chez les paranoïaques, on invoque surtout la systématisation de leur délire; leurs conceptions fausses, dit-on, s'enchaînent et se relient les unes aux autres; seul, le point de départ de ces conceptions repose sur une fiction, mais celles-ci sont logiquement déduites les unes des autres et on en conclut à l'intégrité des facultés syllogistiques de ces malades.

En réalité, la systématisation des idées chez ces sujets est loin d'être aussi inattaquable qu'on l'admet généralement (je rappelle qu'il ne s'agit ici que des variétés hallucinatoires de la paranoïa); l'échafaudage en est le plus souvent fragile et chancelant; mais, en admettant même le parfait agencement de ces échafaudages délirants, il est bien évident qu'ils ne peuvent s'édifier qu'à la faveur d'une crédulité et d'une perte complète de la faculté auto-

critique, qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés.

Cet affaiblissement, dira-t-on, est congénital, il n'est pas acquis, il n'est donc pas démentiel. Il est probable qu'en réalité, il est l'un et l'autre. En tout cas, M. Magnan a signalé l'existence de délires systématisés, en apparence purs de tout mélange, chez des paralytiques généraux. Son élève M. Pécharman a également relevé plusieurs cas de délire systématisé chez des vieillards, c'est-à-dire chez des sujets dont le cerveau est en voie de régression athéromateuse. Délire systématisé et démence ne peuvent donc pas être considérés comme deux termes ennemis, contradictoires.

D'autre part, la superposition si fréquente des idées de grandeur aux idées de persécution chez les paranoïaques n'est-elle pas la preuve irrécusable des progrès de leur amoindrissement intellectuel ? Et la cristallisation ellemême de leurs conceptions délirantes, qui tournent dans un cercle de jour en jour plus étroit, se reproduisent constamment identiques à ellesmêmes, qui sont *stéréotypées*, comme on disait autrefois, ne constitue-t-elle pas un nouvel argument à l'appui de la thèse que nous défendons? La stéréotypie délirante des délirants chroniques est évidemment un phénomène du même ordre que la stéréotypie verbale des déments précoces; cette répétition monotone des mêmes mots dans un cas, des mêmes idées dans l'autre, ne peut être que le fait d'un effacement progressif des images mentales et de la fixation isolée, automatique, de quelques-unes seulement d'entre elles dans le champ de la conscience (Masselon), ce qui revient à dire que la démence est le substratum de ces stéréotypies.

Telles sont les principales raisons qui nous semblent justifier l'introduction dans le cadre de la démence précoce de la plupart des délires systématisés hallucinatoires chroniques.

En s'appuyant sur ces considérations purement cliniques, on serait donc en droit de nier aujourd'hui la réalité des *démences* dites *vésaniques* ou *secondaires*, mais d'autres raisons peuvent encore être invoquées en faveur de cette thèse.

Depuis longtemps, l'anatomie pathologique avait devancé sur ce point la clinique en établissant l'existence, dans tous les cas de démence chronique, de lésions matérielles de la corticalité cérébrale, et en montrant que l'intensité de ces lésions était toujours en rapport avec la gravité des symptômes : il est donc bien difficile, pour tout esprit non prévenu, de ne pas admettre un rapport de causalité entre ces lésions et le tableau symptomatique de la démence.

M. Pierret, le premier en France, a soutenu cette doctrine, qui a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs.

La démence, quelle que soit son origine, dit M. Nissl, a toujours un substratum anatomique objectivement démontrable : toutes les démences sont donc foncièrement *organiques* et diffèrent seulement entre elles par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex.

A la vérité, MM. Klippel et Lhermitte ont essayé récemment d'établir une ligne de démarcation entre les démences organiques et les démences vésaniques, en se fondant sur la différence de localisation des lésions respectives de ces deux groupes d'états démentiels.

D'après cette théorie, « les délires et les démences dites organiques auraient pour caractère anatomique d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et à côté des lésions du neurone et de la névroglie (tissu neuro-épithélial) d'entraîner celle des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives).

» Les délires et les démences vésaniques seraient liés aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions ».

On remarquera qu'à cette différence de siège des altérations ne correspond aucune différence de nature. Il s'agit toujours de lésions destructives avec désintégration plus ou moins complète de la cellule, mais tandis que l'élément noble est seul intéressé dans un cas, dans l'autre sa gangue vasculo-conjonctive participe au processus.

Dans ces conditions, est-on réellement fondé à séparer aussi nettement des affections qui, reconnaissant un même substratum, ne diffèrent que par son étendue? D'autres répondront et, pour commencer, voici déjà l'opinion de M. Pierret sur la question : « De toutes les lésions observées au cours des démences, écrit son élève M. Bridier, la plus constante est celle de la cellule corticale. Il ne s'agit pas seulement d'une lésion banale telle que la chromatolyse, mais de la destruction de l'élément et de son remplacement par des amas de noyaux ou tout au moins par une dégénérescence granulopigmentaire », et plus loin : « au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques ».

La clinique nous ayant déjà fourni la même réponse, c'est à cette conclusion que nous nous rallierons, d'autant plus qu'elle est basée non pas sur l'examen de quelques cas de démence précoce, comme celle de MM. Klippel et Lhermitte, mais sur un ensemble de faits comprenant les principaux types de démences classiques, y compris les anciennes démences aiguës curables d'Esquirol (confusion mentale, stupidité, etc.), que nous n'avons pu étudier ici sous peine de passer en revue toute la pathologie mentale.

Abstraction faite de ces démences aiguës, nous avons essayé d'établir que l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires ne pouvait plus être maintenu dans les classifications psychiatriques; parmi ces démences, il en est d'abord plusieurs qui doivent forcément disparaître, puisque les psychoses dont elles constituaient le stade terminal ont perdu leur autonomie; telles sont les démences consécutives aux folies simples, la démence maniaque, la démence mélancolique, etc. Quant aux deux autres groupes de démences vésaniques, celles qui sont consécutives aux prétendues psychoses dégénératives, aux délires systématisés aigus ou chroniques (variétés hallucinatoires), etc., elles ressortissent toutes aux différentes formes de la démence précoce, et, par conséquent, appartiennent à la catégorie des démences primitives.

Défalcation faite des démences toxiques et des démences névrosiques, qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, on pourrait, en s'appuyant sur ces données, essayer de grouper au moins provisoirement les démences organiques (y compris les anciennes démences vésaniques) en deux grandes classes : celles qui sont dues à des *lésions circonscrites, solitaires* ou *multiples*, et celles qui reconnaissent pour cause des *lésions diffuses et généralisées d'emblée;* cette seconde classe pourrait ellemême être subdivisée en deux groupes, à la vérité artificiellement séparés, suivant qu'il s'agit de lésions *aiguës* ou *chroniques, réparables* ou *destructives.*

Ce classement permettrait de réserver une place aux anciennes démences aiguës curables qui, nées dans notre pays, ont au moins autant de peine à s'y acclimater aujourd'hui que la démence précoce.

(*Par dépêche télégraphique*).

Pau, 2 août 1904, 5 h. 50 soir.

M. Parant (de Toulouse). — Le rapport de M. Deny, qui devait traiter des démences vésaniques en général, est en réalité consacré presque exclusivement à une forme psychopathique nouvelle, décrite récemment, sous le nom de démence précoce, par la psychiatrie allemande, et que celle-ci prétend devoir être substituée aux anciennes psychoses.

Cette démence précoce serait caractérisée par un affaiblissement primitif de l'ensemble des facultés psychiques, indépendamment de toute autre manifestation morbide. Ces affections mentales, que l'on appelait jusqu'ici manie, mélancolie, stupeur, confusion mentale, voire même délire systématisé chronique, etc , bien qu'elles puissent marquer le début de la maladie et lui imprimer des allures spéciales, ne seraient que des accidents accessoires, épisodiques; elles ne constitueraient nullement la cause de la démence.

Cette conception ne me paraît pas fondée, et pour les raisons suivantes : elle manque de preuves, et ne repose guère que sur des affirmations; son étiologie est incertaine, sa pathogénie difficile à établir; son exposé clinique enfin n'est que partiellement exact.

Il est certain qu'on voit souvent des jeunes gens qui, pour des causes diverses, indépendantes même de toute influence héréditaire, deviennent aliénés et tombent rapidement dans la démence; on peut concéder que dans quelques cas, rares, du reste, cette démence est vraiment primitive; mais, pour la généralité des faits, rien ne prouve qu'elle soit telle et il y a au contraire de bonnes raisons de soutenir que les manifestations délirantes qui marquent le début de la maladie et occupent le premier plan de la scène morbide, loin d'être des accidents accessoires, sont des éléments fondamentaux et le point de départ de la démence.

La preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que ces manifestations aboutissent souvent non à la démence, mais à des délires systématisés chroniques, où l'affaiblissement des facultés n'apparaît que tardivement; voire même que, dans certains cas, elles se terminent par des guérisons solides et durables. Or, si la démence ne survient qu'après un délire à longue évolution, ce n'est plus de la démence précoce, et si la guérison se produit sans que les facultés mentales aient été amoindries, ce n'est même plus de la démence.

M. Masselon (de Pau). — Les caractères psychologiques de la démence précoce permettent de la différencier d'avec certaines autres formes d'affaiblissement intellectuel primitif, à côté desquelles elle vient prendre place pour former le groupe des démences primitives. La suggestibilité, l'échomimie, l'échopraxie, les stéréotypies, la conservation des attitudes, le négativisme, etc., ne sont que des symptômes secondaires de cette affection; ils ne sont que les manifestations de l'affaiblissement intellectuel particulier. Cet affaiblissement est primitif et consiste en une incoordination intra-psychique (Stransky) primitive, une désagrégation totale des éléments de l'esprit avec vie autonome de ces éléments. Les états de confusion que l'on voit survenir au cours de la maladie sont épisodiques; l'affaiblissement psychique leur est antérieur; aussi ne peut-on englober la démence précoce dans le groupe des confusions mentales.

Les délires systématisés chroniques hallucinatoires, qui évoluent vers la démence, bien qu'ayant une terminaison identique offrent des caractères psychologiques différents de ceux que l'on observe dans la démence précoce. Ces délires, y compris le délire chronique de Magnan, forment le groupe de la démence paranoïde ou paranoïaque, démence primitive qui vient se placer à côté de la démence précoce, mais qui en est distincte.

Certains débiles qui, sous des causes banales, tombent dans la démence, présentent également des caractères ressemblant à ceux des déments précoces; ces malades rentrent dans la conception de Morel et doivent être exclus du cadre de la démence précoce, psychose accidentelle.

M. Dide (de Rennes). — La démence précoce a actuellement conquis droit de cité en pathologie mentale, et la discussion ne paraît porter que sur les limites à assigner à cette affection. Pour ma part, je pense qu'il y a lieu de réserver l'appellation de démence précoce à des cas survenant avant l'achèvement du développement complet de l'individu et caractérisés, au point de vue mental, par des alternatives d'excitation maniaque et de dépression avec inhibition, ces alternatives étant le plus souvent commandées par des hallucinations, les unes psychomotrices (excitation), les autres psycho-inhibitrices (dépression). La maladie évolue rapidement vers un affaiblissement intellectuel où l'attention et les sentiments affectifs sont altérés d'une façon précoce.

Il existe, en outre, des formes anormales résultant de l'exagération d'un symptôme : les formes catatonique, agitée ou stupide, en sont les exemples les plus simples. Dans la forme paranoïde, il existe une période délirante qui peut être la première en date. Enfin, la démence précoce simple, non délirante, est une forme fruste où les états obsédants et impulsifs semblent remplacer les hallucinations dont j'ai parlé tantôt.

Ainsi limitée dans ses grandes lignes, la démence précoce paraît devoir comporter, comme

la paralysie générale, des signes physiques dont aucun, considéré isolément, n'est pathognomonique, mais dont le groupement offre une certaine valeur. Les signes vasomoteurs sont à citer en première ligne; ce sont le dermographisme, le pseudo-œdème, le purpura, l'érythème multiforme, les alternatives de congestion et d'anémie de la papille. Puis viennent les troubles réflexes : exagération des réflexes tendineux, diminution des réflexes cutanés, variabilité de l'état moyen de la pupille. Il faut mentionner encore les troubles génito-urinaires (troubles de la fonction génitale, modifications de la formule urinaire avec oligurie, augmentation de la densité, diminution notable de l'urée). On peut noter enfin des modifications de la formule hématologique, avec légère lymphocytose et augmentation du taux des éosinophiles.

Au point de vue pathogénique, il semble bien que la démence précoce soit liée à des phénomènes auto-toxiques, mais certainement très différents des auto-intoxications hépato-rénales, car le régime lacté intégral, appliqué à 12 malades pendant cinq mois, n'a apporté que d'insignifiantes modifications à l'état mental.

Les guérisons signalées résultent probablement, en majeure partie, d'erreurs de diagnostic ou doivent être considérées comme des rémissions, du moins dans la plupart des cas.

M. Dupré (de Paris). — J'ai observé, pour ma part, 2 cas de démence précoce à forme catatonique, terminés par la guérison. Il s'agit de deux jeunes filles, âgées respectivement de dix-huit et de vingt-trois ans, qui, après avoir présenté pendant plusieurs mois le syndrome le plus net et le plus complet de la catatonie (raideur, stéréotypie des attitudes et du langage, négativisme, impulsions, etc.) ont absolument guéri sans diminution ultérieure saisissable de l'intelligence; la guérison dure chez l'une depuis un an et demi, chez l'autre depuis huit mois. L'avenir décidera s'il s'agit dans ces deux cas de rémission ou de véritable guérison; la cessation des accidents est en tout cas complète.

Ces faits sont analogues à ceux qu'ont déjà publiés les anciens aliénistes, et à ceux auxquels faisait allusion tout à l'heure M. Parant; ils rentrent dans la seconde classe des pseudo-démences précoces de Régis, celle des psychoses toxiques subaiguës qui atteignent les prédisposés sous des influences encore mal connues.

M. Lhermitte (de Paris). — Nous avons examiné, avec M. Camus, le sang de 30 malades atteints de démence précoce à différentes périodes de l'affection. Nous avons pu constater, au début de la maladie, une très légère anémie. En outre, dans la majorité des cas, on trouve, aux divers stades de l'affection, une leucocytose très modérée, portant de préférence sur les éléments mononucléés du type moyen.

Nous avons examiné, d'autre part, le liquide céphalo-rachidien de 20 déments précoces, chez lesquels il n'existait aucun antécédent syphilitique ni aucune cause appréciable d'irritation méningée. Dans 6 cas, nous avons cependant rencontré une lymphocytose modérée, surtout chez les malades arrivés à la phase de démence terminale. L'opinion des auteurs qui nient la lymphocytose dans les démences vésaniques nous paraît donc trop exclusive, car il y a des faits indiscutables — peu nombreux, il est vrai — où la constatation de ce signe, bien qu'encore inexpliquée, ne doit pas infirmer le diagnostic.

M. Leroy (d'Evreux). — Je vous présente, au nom de M. Laignel-Lavastine et au mien, des préparations provenant d'une démente précoce qui a succombé à une tuberculose pulmonaire. Au microscope, on ne remarque aucune lésion des méninges ni des vaisseaux; il n'existe pas trace d'inflammation. Les cellules pyramidales géantes sont normales, mais peu nombreuses; les grandes cellules pyramidales sont de forme normale, avec chromatolyse centrale ou totale, et sont « neuronophagées », surtout au niveau du lobule paracentral; dans cette dernière région seulement, les petites cellules pyramidales sont un peu atteintes; les autres variétés de cellules sont normales. Le cervelet, la protubérance et le bulbe paraissent normaux.

Ces lésions, comparées à celles d'un phtisique de même âge, en diffèrent en deux points : les grandes cellules pyramidales sont plus touchées, les cellules psychiatriques pyramidales géantes du lobule paracentral sont plus rares.

M. Régis (de Bordeaux). — J'estime, contrairement à M. Deny, qu'il faut conserver dans les cadres psychiatriques les démences vésaniques ou secondaires, consécutives aux diverses psychoses (manie, mélancolie, psychoses des dégénérés, etc.). Qu'elles soient symptomatiques ou non, ces affections sont trop solidement établies par la tradition pour qu'on puisse mettre leur existence en doute. Quant à la démence précoce au sens que M. Kräpelin attache à ce terme, avant de se demander si elle est d'origine constitutionnelle ou accidentelle, il aurait fallu, à mon avis, démontrer la réalité de son existence. Or, parmi les observations qui ont été publiées sous ce nom, il y a lieu de distinguer deux ordres de faits : les uns concernent des adolescents plus ou moins tarés antérieurement qui, parvenus à l'âge critique de la puberté, voient peu à peu leurs facultés intellectuelles disparaître; c'est la démence précoce, type Morel; les autres ont trait aux déments catatoniques et paranoïdes des auteurs allemands, et doivent être rattachés à la confusion mentale, car, le plus souvent, ces prétendues formes de la démence précoce se terminent par la guérison.

M. Ballet (de Paris). — Au point de vue nosographique et clinique, je me rallie à peu près complètement aux conclusions du rapporteur; je repousse donc les critiques que lui a adressées M. Parant et, loin de nier l'existence de la démence précoce, dont l'étude, il faut bien le reconnaître, a été complètement négligée en France pendant de longues années, je déclare, au contraire, que cette affection est extrêmement fréquente. Toutefois, les arguments invoqués par M. Deny pour démontrer l'origine accidentelle de la démence précoce ne me semblent pas devoir entraîner la conviction; contre cette théorie, on peut, je crois, faire appel à deux ordres de raisons, les unes anatomo-pathologiques, les autres étiologiques.

Au point de vue anatomo-pathologique, il y a une grande différence entre les lésions trouvées par MM. Klippel et Lhermitte dans 4 cas de démence précoce (diminution du nombre des cellules pyramidales, en dehors des zones psychomotrices, sans modification de la forme cellulaire, avec chromatolyse légère) et les lésions que j'ai décrites dans la confusion mentale (tuméfaction, gonflement, modifications de la forme cellulaire des cellules géantes de la région rolandique, avec chromatolyse intense). En vain, M. Deny a tenté d'identifier des lésions de caractères aussi différents et de se baser sur cette prétendue analogie histo-pathologique de la démence précoce avec la confusion mentale pour en déduire l'origine toxémique de la première de ces affections. Fussent-elles même comparables à celles de la confusion mentale, les lésions signalées par MM. Klippel et Lhermitte pourraient être encore attribuées à une intoxication secondaire, tout à fait en dehors de l'affection cérébrale et sous la dépendance de la stéatose hépatique ou de la tuberculose pulmonaire notées à l'autopsie, bien plutôt qu'à une lésion toxique. La diminution du nombre des cellules pyramidales (Klippel et Lhermitte) semble indiquer une lésion morphologique *congénitale*, c'est-à-dire *constitutionnelle*.

Au point de vue étiologique, M. Deny a bien reconnu l'existence de l'hérédité névro-psychopathique dans la démence précoce, mais il en a singulièrement diminué l'importance pathogénique au profit de l'auto-intoxication. Dans 17 cas de démence précoce, j'ai toujours trouvé des antécédents héréditaires ou personnels. En dehors de cet argument statistique, j'ai été surtout impressionné par quelques faits particulièrement éloquents : ce sont deux frères qui ne vivent pas ensemble, qui ont des professions différentes et qui deviennent presque en même temps déments précoces, l'un à vingt-six ans, l'autre à vingt-huit; j'avais déjà cité cet exemple l'an dernier (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 255), mais depuis lors j'ai encore appris qu'un cousin de la même famille avait également sombré dans la démence précoce. C'est une femme qui, à vingt ans, est atteinte de la même maladie après une existence invraisemblablement orageuse (violée à quatorze ans, mariée, divorcée, morphinomane, prostituée, etc.); son père, au moment où elle est née, était en pleine paralysie générale. C'est un jeune homme, dément paranoïde de vingt-six ans, dont le frère jumeau, la sœur aînée, ainsi que le fils de celle-ci, sont également déments précoces.

On répond que la prédisposition héréditaire joue dans la démence précoce un rôle équivalent à celui que tous les aliénistes lui reconnaissent dans la paralysie générale; mais qu'on cherche chez les paralytiques généraux des exemples aussi impressionnants que ceux que je viens de citer! Et d'ailleurs, a-t-on pour la démence précoce un facteur occasionnel aussi fréquent et incontestable que l'est l'intoxication syphilitique pour la paralysie générale? Je suis dégagé de tout préjugé au sujet de la doctrine assurément trop amplifiée de la dégénérescence mentale. Je suis donc tout prêt à lui enlever encore la démence précoce; mais, pour établir que cette affection est une psychose accidentelle, et non constitutionnelle, nous n'avons jusqu'ici qu'une hypothèse, celle de l'auto-intoxication. Cette hypothèse répond peut-être à la réalité des faits; toutefois, jusqu'ici, on n'a pas fourni, à mon avis, de preuves suffisamment convaincantes de sa légitimité.

Dr G. Deny,
Médecin de la Salpêtrière.

(A suivre.)

BULLETIN

Le rôle des huîtres dans la transmission de la fièvre typhoïde.

Il y a une dizaine d'années environ, des médecins anglais et américains signalèrent presque simultanément des épidémies de fièvre typhoïde ayant sévi parmi des familles et des collectivités qui avaient consommé des huîtres crues (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 28 et 36) et attribuèrent à ce mollusque l'origine de l'infection. Sans être établie d'une manière péremptoire, cette étiologie présentait néanmoins quelque vraisemblance, vu les conditions peu hygiéniques dans lesquelles fonctionne l'industrie ostréicole en Angleterre et aux Etats-Unis : c'est ainsi que, d'après une enquête faite par le Conseil d'hygiène de Middleton dans une épidémie de ce genre, il fut démontré que la maison qui avait fourni les huîtres incriminées avait l'habitude de laisser séjourner sa marchandise un ou deux jours à l'embouchure d'un fleuve, dans un endroit situé tout près de la bouche d'un égout; or, d'après les renseignements, il y avait eu récemment deux cas de fièvre typhoïde dans la maison que desservait exclusivement cet égout.

Ce mode d'infection typhoïdique n'avait point encore attiré l'attention des médecins des autres pays, lorsque, vers le milieu de l'année 1896, M. le docteur Chantemesse relata à l'Académie de médecine de Paris un fait qui, d'après cet auteur, prouvait que la fièvre typhoïde était susceptible de se transmettre par les huîtres (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 219-220). Il s'agissait de troubles gastro-intestinaux dont furent atteintes 14 personnes ayant mangé des huîtres provenant d'un même parc (Cette); deux d'entre elles, âgées d'une vingtaine d'années, eurent une fièvre typhoïde grave qui, dans l'un de ces cas, amena la mort. L'émoi fut assez grand, aussi bien en France qu'ailleurs, d'autant plus que les établissements d'ostréiculture de notre pays jouissent d'une renommée universelle, comme le prouvent très justement les rapports des savants étrangers envoyés chez nous pour étudier les méthodes employées par notre industrie ostréicole. La presse politique s'empara de ce fait, en exagéra — comme toujours — la portée et les conséquences, et manœuvra si bien que le commerce des huîtres indigènes, qui était toujours allé en augmentant depuis 1888 (400,000) pour atteindre son apogée en 1896 (1,247,000), a baissé d'un bon tiers (883,000) en 1902.

Des hommes mieux placés, pour connaître les circonstances locales du fait, que ne l'était M. Chantemesse, MM. les docteurs A. Sabatier, Ducamp et Petit, montrèrent, par une enquête menée sur place et par une série de recherches, que les huîtres de Cette, même en présence d'un milieu expérimental infecté, ne conte-

naient pas le bacille d'Eberth, et que dans la ville de Cette, où la population consomme près de 2 millions d'huîtres par an, le nombre des cas de fièvre typhoïde ne dépasse pas la moyenne relevée dans les autres villes de même population (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 428); la mortalité typhoïdique y serait même, d'après M. Petit, médecin en chef de l'hôpital de Cette, inférieure à celle que présentent certaines villes de population supérieure, ainsi que cela ressort de la statistique sanitaire du ministère de l'intérieur pour l'année 1903. Un des auteurs de la communication précitée, qui est un médecin doublé d'un naturaliste très compétent, M. Sabatier, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, actuellement doyen de la Faculté des sciences de ladite ville, écrivait ce qui suit à M. A. Giard, professeur à la Sorbonne et chargé du rapport sur la prétendue nocivité des huîtres, présenté au ministre de la marine, au nom du comité consultatif des pêches maritimes :

« Le fait sur lequel s'est appuyé M. Chantemesse est inconcevable.

» Il a accusé sans hésitation les huîtres de quelques dérangements d'entrailles et d'une mort survenue parmi 24 ou 25 personnes ayant banqueté toute une nuit avec glace, champagne, charcuteries, gibiers, etc. (repas de noce, comme on sait les faire dans nos campagnes et nos petites villes). Voyez aussi les expériences de laboratoire sur lesquelles il s'est appuyé; je les recommande à votre attention. Il est bien téméraire de tirer des conclusions affirmatives et si importantes d'expériences si peu nombreuses et si insignifiantes. »

L'expérience de M. Chantemesse, à laquelle M. Sabatier fait allusion, se trouve rapportée dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 219); elle se résume en ceci : on a placé pendant vingt-quatre heures des huîtres vivantes, achetées chez un marchand de Paris, dans de l'eau de mer souillée intentionnellement de déjections typhiques et de bacilles typhiques, puis, au bout d'une seconde période de vingt-quatre heures, elles ont été examinées bactériologiquement et on a trouvé dans leur corps des colibacilles et des bacilles typhiques vivants. Tout comme M. Sabatier, M. Giard trouve cette expérience insuffisante et ne prouvant nullement que « des huîtres saines placées dans de l'eau de mer naturelle et courante renferment les microorganismes suspects ». Une série d'expériences rigoureusement conduites en Angleterre, aux Etats-Unis et en France — ces dernières expériences entreprises sur l'ordre du ministre de la marine, après la publication d'un autre fait sensationnel d'épidémie typhoïdique d'origine prétendue ostréaire (Saint-Servan) — ont précisément prouvé le contraire. Il y a plus : M. le docteur Sacquépée a pu s'assurer que des huîtres artificiellement souillées avec du bacille typhique et placées dans un récipient dont l'eau de mer était changée deux fois par jour n'offraient plus aucun bacille d'Eberth au bout de six jours (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 345).

A la suite du rapport de M. le professeur Cornil sur la communication de M. Chantemesse, le ministre de la marine pria le comité de direction des services de l'hygiène au ministère de l'intérieur de faire procéder à une enquête sur les parcs du littoral français. M. le docteur Mosny fut chargé de cette enquête qui dura trois années et donna lieu à un rapport concluant à diverses mesures d'assainissement de quelques parcs. L'administration de la marine s'est efforcée de mettre autant que possible à exécution les mesures réclamées par le rapporteur, mais le ministre de la marine a voulu, d'autre part, que la question fût mise au point et il a chargé le comité consultatif des pêches maritimes d'en faire une étude complète, laquelle a eu pour résultat le rapport de M. Giard, dont nous avons parlé plus haut.

Sans vouloir entrer ici dans les détails des faits et des expériences qui se trouvent exposés dans ce document, nous croyons bon de donner les conclusions qui découlent de cette longue étude.

Un premier point — qui n'est pas sans importance —, c'est que les maladies microbiennes de l'huître ne sont pas transmissibles à l'homme; ces maladies sont rares, d'ailleurs, et inconnues dans la plupart des établissements ostréicoles français. Il existe bien chez ce mollusque d'autres affections paraissant infectieuses, telles que la leucocytose verte; mais celle-ci, très rare chez les huîtres françaises, plus fréquente chez les huîtres anglaises et américaines, ne serait pas nocive. Quant aux ostréotoxines, il semble bien que les accidents d'apparence typhoïdique qu'elles causent sont beaucoup plus rares que ceux que produisent les mytilotoxines (moules). Il arrive le plus souvent que l'empoisonnement par les huîtres — tout comme celui par les moules — ne doit pas être attribué au mollusque lui-même, mais aux actinies qui couvrent sa coquille : il y a alors un malaise de courte durée avec des démangeaisons très pénibles rappelant celles de l'urticaire, dû à l'absorption des poisons — congestine et thalassine — sécrétés par les cellules urticantes des actinies, ainsi que l'a démontré récemment M. Ch. Richet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 418 et 1903, p. 209).

Cette urticaire, d'origine apparemment malacologique, mais en réalité actinienne, conduit à se poser une question nouvelle. L'huître ne pourrait-elle pas jouer un rôle de transmission pour certaines maladies infectieuses en recélant transitoirement dans son organisme des microbes qui, inoffensifs pour le mollusque infesté, seraient dangereux pour l'espèce humaine? A cette question M. Giard répond que les huîtres draguées au large et sur les bancs naturels sont à l'abri de toute contamination; elles peuvent, dans certains cas, devenir impropres à la consommation, mais ne constituent pas un danger pour la santé publique. Quant aux huîtres parquées, le rapporteur ne nie pas, *a priori*, la transmission possible du bacille d'Eberth par les mollusques plongés momentanément dans une eau contaminée et consommés très peu de temps après; mais, en fait, les cas où cette transmission a été démontrée d'une façon rigoureusement scientifique sont très rares et M. Giard a pu se convaincre par une enquête approfondie que plusieurs exemples cités comme absolument démonstratifs laissaient place cependant à des doutes sérieux. Ils exigent un concours de circonstances tout à fait exceptionnel.

Bien qu'on ne doive pas attacher une grande importance à la transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres, en comparaison des nombreux autres facteurs étiologiques de cette maladie, il convient néanmoins de surveiller les parcs. En faisant abstraction des établissements de naissain, qui, par leur nature même, sont à l'abri de toute suspicion, il y a lieu de diviser les parcs en trois catégories : parcs d'étalage, parcs d'engraissement, parcs d'expédition.

a) Les *parcs d'étalage* sont peu nombreux et faciles à surveiller et à déplacer au cas où ils pourraient devenir insalubres; on n'a pu, d'ailleurs, les incriminer sérieusement;

b) Les *parcs d'engraissement*, pour remplir le but que se propose l'ostréiculteur, doivent être placés dans des conditions parfois suspectes en apparence, mais qui excluent forcément une contamination permanente;

c) Les *parcs d'expédition* seuls exigent une surveillance très active. Cette surveillance doit s'exercer également dans les *dépôts transitoires des ports*, où les huîtres séjournent souvent avant leur transport dans les gares.

Mais toute surveillance des parcs serait illusoire, si elle n'était suivie d'une surveillance beaucoup plus nécessaire des huîtres mises en réserve chez les marchands en détail, les restaurateurs, les vendeurs sur la voie publique, etc., etc., qui, pour rafraîchir les mollusques, les arrosent d'eau douce puisée au plus près, à la fontaine ou au ruisseau de la rue. Cette déplorable pratique, qui se fait presque partout, à Paris comme à Marseille, avait été signalée par M. Mosny dans son rapport de 1900. On n'est donc en droit d'incriminer les parcs que quand les huîtres prétendues nocives en proviennent directement, sans stabulation intermédiaire dans des dépôts ou chez des marchands au détail.

Quoi qu'il en soit de la prétendue nocivité des huîtres, et en admettant même que l'infection typhoïdique d'origine ostréaire fût établie, il n'en resterait pas moins que le nombre des cas de cette maladie causés par l'ingestion d'huîtres infectées est une quantité négligeable, eu égard à la morbidité totale de la fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 juillet 1904.

Nouvelles données sur le rôle du système nerveux dans la fonction du cœur.

MM. J. Dogiel et **K. Arkhanguelsky.** — Nous avons pu constater, sur des chiens et des chats préalablement curarisés et soumis à la respiration artificielle, que l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique sectionné au niveau du cou provoque l'arrêt du cœur en diastole. On obtient le même résultat en excitant le bout périphérique du pneumogastrique-sympathique sectionné d'un côté, en même temps que le sympathique isolé de l'autre côté; toutefois, l'arrêt du cœur est alors moins prolongé que dans la première expérience. Dans l'un et l'autre cas, il peut arriver cependant que le cœur ne s'arrête pas : on observe, en pareille occurrence, que la pression carotidienne est très élevée; au contraire, la section de la moelle entre la première et la deuxième vertèbre cervicale favorise l'arrêt du cœur et en augmente la durée; l'ablation du premier ganglion du sympathique thoracique produit le même effet que la section de la moelle cervicale.

De ces données, on peut déduire que la fonction cardiaque dépend à la fois du pneumogastrique, du sympathique, peut-être aussi du centre vasomoteur du cerveau ou de l'action de la moelle épinière, enfin de la distribution et de la composition du sang.

Sur les propriétés bactéricides des sucs helminthiques.

MM. L. Jammes et **L. Mandoul** envoient une note dans laquelle ils exposent les résultats de leurs recherches sur les propriétés bactéricides attribuées par certains auteurs aux sucs d'helminthes : on a notamment cru remarquer que les tuberculeux pouvaient retirer quelque avantage de la présence d'un tænia dans leur tube digestif.

MM. Jammes et Mandoul ont constaté que les ascarides sont dépourvus de toute action sur les microorganismes. Il n'en serait pas de même des tænias : c'est ainsi que, chez 5 cobayes ayant reçu simultanément de 5 c.c. à 8 c.c. de suc de tænia dans le péritoine, et 1 c.c. de ce même suc, servant de véhicule à des bacilles de Koch, sous la peau, les lésions tuberculeuses sont apparues plus tardivement et ont été sensiblement moins étendues que chez des témoins.

Cela étant, les auteurs sont disposés à admettre qu'il existe, dans le suc des tænias, une substance soluble, douée d'un certain pouvoir bactéricide.

Recherches sur le venin d'abeille.

M. C. Phisalix adresse une note dans laquelle il rend compte des expériences qu'il a faites pour dissocier l'action du venin d'abeille; il a pu constater que ce venin renferme : 1° une substance phlogogène, rapidement détruite par le chauffage à 100°, et qui est la cause des accidents locaux; 2° un poison convulsivant, qui disparaît après ébullition prolongée pendant une demi-heure; 3° un poison stupéfiant, qui n'est complètement détruit que par une température de 150°.

Le venin, tel qu'il sort de l'aiguillon de l'abeille, étant constitué par le mélange des sécrétions de deux glandes indépendantes (glande acide et glande alcaline), l'auteur a pu s'assurer directement que c'est la première de ces glandes qui fournit le poison stupéfiant et la substance phlogogène; il est donc à présumer que le poison convulsivant provient de la glande alcaline.

Sur une émanation pesante émise par certaines portions du corps humain.

M. J. Meyer envoie une note relative à des expériences d'où il résulte que certaines parties du corps humain (œil, doigt) émettent constamment, sous forme de jets comparables à des jets de liquide, une substance pesante dont la présence se manifeste par l'augmenta-

tion de luminosité qu'elle imprime à l'écran au sulfure de calcium.

On peut recueillir cette émission en introduisant la main dans un entonnoir placé sur un flacon où ces émanations se rassemblent, et d'où elles peuvent être transvasées, à la façon d'un liquide, dans un autre récipient; on peut de même les faire écouler par un tube, etc.

M. Blondlot a déjà démontré que divers corps, des pièces de monnaie, par exemple, jouissent de la propriété d'émettre de telles émanations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1904.

Hépatite aiguë suivie de guérison après ponction et laparotomie exploratrice.

M. Faure. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Denis (de Constantinople). Il s'agit d'un cas d'intervention pour des accidents d'hépatite aiguë, avec ictère et fièvre. Notre confrère, pensant à un abcès du foie, fit d'abord une ponction blanche, puis, quelques jours plus tard, il pratiqua une laparotomie exploratrice, sans rien trouver; néanmoins, le malade guérit rapidement.

On a cité déjà un certain nombre de faits analogues, où la laparotomie exploratrice a été suivie de guérison, mais dans quelques-uns de ces cas le drainage, qui a été établi après l'ouverture de l'abdomen, peut être invoqué comme ayant exercé une heureuse influence; or, chez le malade de M. Denis, on n'a pas drainé, et la guérison n'en est pas moins survenue.

M. Delbet. — Dans un cas de syphilis hépatique infantile, pour lequel j'avais été amené à faire une laparotomie exploratrice, j'ai vu cette intervention déterminer une diminution du volume du foie, sans qu'on eût institué le moindre traitement spécifique; il s'agissait pourtant bien d'une lésion syphilitique, car le petit malade fut atteint, quelques mois plus tard, d'une gomme frontale.

M. Lejars. — Je puis vous citer un fait analogue à celui que M. Delbet vient de nous communiquer. Il s'agit d'une femme que j'ai opérée, il y a douze ans, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur du foie, dont je ne crus pas, après ouverture de l'abdomen, devoir tenter l'ablation. Je me contentai donc de refermer le ventre; à la suite de cette intervention, le volume du foie diminua progressivement, et, un an après, on ne constatait plus rien d'anormal du côté de cet organe. Or, au bout de dix ans, cette femme eut une gomme du tibia qui me prouva qu'il s'était réellement agi d'une syphilis hépatique.

M. Michaux. — Dans un cas d'infection du foie, où je soupçonnais l'existence d'un abcès, j'ai fait, chez un enfant, une série de ponctions qui n'ont ouvert aucune collection purulente; il existait cependant, à la surface du foie, de petits abcès miliaires. L'état du jeune malade s'est amélioré à la suite de cette opération et le foie a diminué de volume.

M. Reynier. — J'ai observé, chez un étudiant en médecine, un cas analogue à ceux de MM. Delbet et Lejars. J'ai pratiqué une laparotomie, j'ai ponctionné le foie, sans rien trouver, et cette opération exploratrice a été suivie de guérison.

M. Tuffier. — Il faut faire un départ, au point de vue que nous discutons, entre les infections hépatiques et les tumeurs du foie. Pour ma part, je possède 2 observations comparables à celles qui viennent d'être relatées : dans l'une il s'agissait de lésions infectieuses, dans l'autre d'un néoplasme, qui ont guéri à la suite d'une simple laparotomie.

M. Hartmann. — Je puis vous citer 2 faits où j'ai vu une tumeur du foie rétrocéder à la suite d'une laparotomie exploratrice. Mais je me demande si c'est bien la laparotomie elle-même qui agit dans les cas de ce genre, et s'il ne faudrait pas plutôt attribuer la guérison au régime sévère et à l'immobilité que l'on impose aux opérés.

M. Delbet. — A cette hypothèse, je puis opposer le cas d'un étudiant en médecine qui, immobilisé depuis trois semaines et soumis au régime lacté, avait cependant une température assez élevée; or, le soir même du jour où fut pratiquée la laparotomie, la température s'abaissa sans qu'il y eût eu aucune évacuation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 juillet 1904.

Réactions nerveuses dans le purpura exanthématique.

M. Grenet communique les observations de 2 malades chez lesquels une éruption de purpura exanthématique a été suivie de zona. Dans 4 autres cas de purpura exanthématique, la ponction lombaire a révélé une réaction méningée, caractérisée par de la lymphocytose et par la présence d'albumine, en excès, dans le liquide céphalo-rachidien. Dans un de ces faits, la réaction méningée a disparu en même temps que s'effaçait l'éruption purpurique. Dans un autre, où cette réaction reparut brusquement sans qu'il se fût produit de nouvelles pétéchies, on constata une éruption de vésicules d'herpès, irrégulièrement distribuées sur la face : celles-ci une fois flétries, la lymphocytose disparut à nouveau.

Ces faits permettent, selon l'orateur, de rapprocher le purpura du zona, et d'affirmer que le système nerveux intervient d'une façon active dans la production du purpura exanthématique.

Paralysie faciale ourlienne avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Dopter relate l'observation d'un malade qui a été frappé de paralysie faciale au cours d'une atteinte d'oreillons. Cette paralysie, qui siégeait du côté gauche, s'accompagnait d'une hémiplégie droite du voile du palais et de mydriase de l'œil gauche.

La présence, dans le liquide céphalo-rachidien, d'une très grande quantité de lymphocytes autorise à admettre, selon l'orateur, que, chez ce sujet, la paralysie faciale ourlienne était la conséquence d'une propagation de l'inflammation des méninges aux troncs nerveux de la base du crâne. Si les paralysies ainsi produites sont dissociées, parcellaires, pour ainsi dire, cela est dû à ce que l'inflammation méningée ne se propage pas à toutes les fibres d'un tronc nerveux : elle en frappe seulement quelques-unes, en respectant les autres.

De l'intervalle qui s'écoule entre l'apparition du chancre induré et celle de l'immunisation.

M. Queyrat présente un jeune homme qui est atteint d'une série de chancres indurés survenus à quelques jours d'intervalle : le premier de ces chancres est apparu le 23 juin, le dernier douze jours après. Il semble résulter de ce fait que la période d'immunisation qui, d'après certains auteurs, commence deux ou trois jours après l'éclosion de l'accident primitif, peut, au moins dans certains cas, être plus tardive.

M. Danlos fait remarquer, à propos de ce malade, qu'il n'est pas rare d'observer, au voisinage des chancres syphilitiques, et avant l'apparition des accidents secondaires, une série de lésions mal caractérisées auxquelles M. Du Castel a donné le nom de lymphangites de voisinage : ces lésions, qu'il faut se garder de confondre avec de véritables chancres, seraient l'expression d'une infection locale précédant l'infection généralisée.

L'orateur ajoute, en ce qui concerne l'intervalle de temps qui s'écoule entre l'apparition du chancre induré et celle de l'immunisation, que Puech a obtenu une inoculation positive vingt-deux jours après l'apparition du chancre.

ÉTRANGER

BRUXELLES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 juillet 1904

Modifications du corps thyroïde dans le diabète.

M. Ch. Firket. — Dans un mémoire sur lequel je dois vous faire un rapport, M. Lorand (de Carlsbad) expose d'abord que, dans un grand nombre de cas de diabète, il a observé des troubles du côté du corps thyroïde, notamment une augmentation de volume de cet organe. Voulant se rendre compte expérimentalement des relations qui peuvent exister entre le diabète et la fonction thyroïdienne, il a rendu 3 chiens diabétiques par l'extirpation du pancréas. Au bout d'un certain temps, ces animaux furent sacrifiés, et leurs corps thyroïdes soumis à l'examen histologique : dans les 3 cas, il put observer une augmentation de volume des éléments du corps thyroïde, ainsi qu'une vascularisation très intense, anormale, de cet organe; bref, il constata non une dégénérescence thyroïdienne, mais au contraire une hypertrophie sécrétoire.

L'auteur se demande dès lors si, dans le diabète, une partie des phénomènes morbides n'est pas attribuable à l'action d'une hypersécrétion du corps thyroïde. En ce qui nous concerne, nous pensons que de nouvelles expériences et observations sont nécessaires pour éclairer plus complètement la question.

Contribution à l'étude expérimentale de l'ictère.

M. Rommelaere. — M. Lemaire (de Louvain) soumet à notre examen un travail dans lequel il cherche à élucider la pathogénie de l'ictère; pour cela, il a fait des expériences ayant consisté soit à lier les canaux hépatiques, soit — et surtout — à injecter les toxines du bacille de Löffler, procédé qui réalise mieux les conditions cliniques de la plupart des ictères spontanés, lesquels sont vraisemblablement d'origine toxique.

De fait, chez une vingtaine de chiens soumis aux injections de toxine diphtérique, la mort survint régulièrement avec ictère. L'examen des lésions, à l'autopsie, révéla que dans tous les cas il y avait hypersécrétion de bile, et que celle-ci était foncée et visqueuse. En outre, on observa constamment des lésions de catarrhe des voies biliaires. Il était évident d'autre part que cet ictère n'était pas d'origine intestinale. Enfin, l'examen du sang des animaux en expérience a révélé tantôt une augmentation, tantôt une diminution du nombre des hématies.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur les causes de la constipation chronique habituelle, par M. H. Lohrisch.

Actuellement, on distingue une forme atonique et une forme spasmodique de la constipation chronique, la première étant causée par l'atonie intestinale, la seconde par un spasme de certaines anses du tube digestif, résultant d'une irritation pathologique des filaments nerveux sensitifs de l'intestin.

On peut se demander si ces deux variétés embrassent véritablement tous les faits de constipation chronique et s'il n'existe pas des cas où l'absence de matières fécales est la cause de la constipation. C'est ainsi que Reichmann a observé des individus qui avaient une selle toutes les deux ou trois semaines seulement et qui, malgré cela, se portaient très bien.

Aussi M. Lohrisch a-t-il repris l'étude de la question — sous la direction de M. le professeur Schmidt (de Dresde) —, en recherchant de quelle façon des sujets de ce genre assimilaient un régime connu et constant, qui, chez des individus normaux, donnait en moyenne 249 grammes de matières fécales, contenant 59 grammes de substance sèche, 2 gr. 98 centigrammes d'azote, 13 gr. 78 centigr. de graisse et 1 gr. 80 centigrammes d'hydrates de carbone. Or, cette même alimentation, chez des malades souffrant de constipation habituelle, n'a fourni que 125 grammes de matières fécales, renfermant 34 grammes de substance sèche, 1 gr. 55 centigrammes d'azote, 8 gr. 36 centigr. de graisse et 1 gr. 39 centigr. d'hydrates de carbone.

Il est donc manifeste que les constipés ont mieux assimilé la nourriture que les sujets normaux, et qu'il en est résulté une quantité moindre de matières fécales. Et il s'agit bien là d'une faculté spéciale aux individus atteints de ce genre de constipation, car si l'on ralentit artificiellement le péristaltisme intestinal, chez un sujet normal, par l'administration d'opium,

on constate, il est vrai, une légère diminution de la quantité des matières fécales, mais ces matières contiennent une plus forte proportion de substance sèche et de graisse qu'à l'état normal.

Les matières fécales, dans la constipation habituelle, sont remarquablement pauvres en bactéries, d'où réduction des putréfactions et fermentations intestinales; du moins, le dosage des produits de la putréfaction intestinale dans l'urine et dans les fèces démontre-t-il que ces corps ne se trouvent pas en plus grande quantité chez les constipés; au contraire, leur proportion est souvent notablement inférieure à la moyenne. Cette constatation concorde d'ailleurs avec l'observation clinique, d'après laquelle la grande majorité des constipés ne présentent aucun des signes caractéristiques de l'auto-intoxication par coprostase, tels que maux de tête, fatigue générale, mauvaise humeur, manifestations neurasthéniques, etc. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — A. J.

Sur une hernie de la région pubienne, à travers le muscle droit de l'abdomen, par M. Draudt.

Il s'agit d'un type de hernie, qui semble unique jusqu'ici. Voici le fait, tel qu'il a été observé à la clinique de M. le professeur Garrè (de Königsberg) : une femme de trente-huit ans se présente avec une tumeur de la région pré-pubienne gauche, grosse comme une noix, et qui se prolonge dans la grande lèvre; cette tumeur est irréductible, tendue, de consistance kystique; elle est bien distincte de l'anneau crural et de l'anneau inguinal, et paraît se continuer en haut et en dedans, sans qu'on puisse nettement reconnaître un pédicule. On émet les hypothèses de kyste du ligament rond, ou du canal de Nück, de hernie pariétale de l'abdomen, etc. On intervient, et l'on trouve, reposant sur la branche horizontale du pubis, tout près de l'épine, un sac herniaire, dont le collet, gros comme un crayon, remonte en haut et en dedans, glisse sous le bord inférieur du grand oblique, puis s'enfonce dans l'épaisseur du muscle droit; de fait, le droit se divise, à son attache pubienne, en deux faisceaux qui circonscrivent entre eux une fente verticale de 3 centimètres de hauteur : c'est par cette fente que le collet du sac rejoint finalement le péritoine pariétal. La hernie ne contient qu'une frange épiploïque légèrement adhérente, qu'on décolle et réduit : le collet est lié et sectionné, l'hiatus musculaire réuni.

Ajoutons que toute la musculature de la région était singulièrement amincie et précaire : le grand oblique était dépourvu d'aponévrose antérieure, il était exclusivement charnu jusqu'à son attache, à peine renforcé de quelques bandelettes tendineuses; la gaine fibreuse du droit manquait également, et le muscle, très pauvre aussi en fibres tendineuses, n'était rien moins que bien fourni en fibres charnues; on ne vit pas trace du transverse, qui existait pourtant, d'après l'auteur, mais, à coup sûr, très atrophié.

Faut-il voir là une malformation musculaire congénitale, analogue à celles que M. Stumme a étudiées? Ou, plus simplement, le résultat des distensions et des éraillures provoquées par les grossesses? La question est malaisée à résoudre; nous ne chercherons pas à le faire, nous contentant de signaler cet exemple curieux de hernie « transrectale », hernie de la fossette inguinale interne, suivant toute vraisemblance, mais qui, au lieu de rejoindre le canal inguinal, ou de se développer en un sac pro-péritonéal, s'est engagée à travers le muscle droit, puis sous le bord inférieur du grand oblique, jusqu'à la grande lèvre. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.) — L.

Anémie grave avec hyperglobulie comme suite de l'intoxication chronique par l'oxyde de carbone, par M. G. Reinhold.

Malgré les multiples publications qui ont, au cours des dernières années, enrichi l'hématologie, on compte encore fort peu d'observations relatives à l'augmentation absolue du nombre des globules rouges. M. Reinhold en relate 2 cas qui ont trait à des ouvriers d'une usine à gaz, chez lesquels le séjour fréquemment répété dans une atmosphère surchargée d'oxyde de carbone amena d'abord des troubles gastro-intestinaux, puis une anémie grave avec hyperglobulie très marquée, le nombre des hématies atteignant chez l'un de ces patients 11,000,000 par millimètre cube, et chez l'autre 11,200,000. Malgré cette hyperglobulie, la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang était au-dessous de la normale, et l'auteur serait précisément porté à voir dans la surproduction de globules rouges une tendance de l'organisme à compenser le défaut d'oxydation du sang, lié à la diminution de l'hémoglobine. Chez les deux malades en question, les téguments présentaient une pâleur hors de proportion avec l'abaissement du taux de l'hémoglobine, fait qui s'explique par l'hyperglobulie concomitante : alors même que la quantité totale d'hémoglobine contenue dans le sang serait restée normale, la charge hémoglobinique de chaque globule rouge devait forcément diminuer en raison de la distribution de cette hémoglobine sur un nombre d'hématies deux fois plus grand qu'à l'état physiologique.

Les 2 observations dont il s'agit semblent uniques dans leur genre, la plupart des cas d'hyperglobulie que l'on trouve consignés dans la littérature médicale se rapportant à des cardiopathies congénitales. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril 1904.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement à ciel ouvert des greffes épidermiques.

Nous avons récemment signalé les bons effets que M. H. Wagner et M. O. Bernhard auraient obtenus du traitement des plaies à ciel ouvert (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 23 et 54). Or, d'après l'expérience de M. le docteur F. Brüning, assistant de M. le docteur E. Goldmann, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Fribourg, l'inocclusion de la surface cutanée serait susceptible de rendre, lorsqu'il s'agit de greffes épidermiques, des services aussi satisfaisants que dans le traitement des plaies.

Cette « mise à l'air », qui est particulièrement indiquée lorsque l'intervention a été pratiquée sous une simple anesthésie locale, peut être instituée immédiatement après l'opération. Au bout de quelques heures, on voit alors se former une sérosité abondante, qui s'écoule librement. Quand les lambeaux transplantés commencent à adhérer par leurs bords aux couches sous-jacentes, cette sérosité peut s'accumuler par places et soulever les greffes. Il est bon de vider chaque jour ces sortes de vésicules : pour cela, il suffit de les écraser à l'aide d'un tampon d'ouate, l'adhérence des lambeaux épidermiques étant dès la sixième ou la huitième heure assez intime pour que l'on n'ait pas à craindre de les décoller si l'on procède avec soin.

Lorsqu'on laisse ainsi les greffes à l'air libre, la guérison serait généralement complète au bout de huit jours. Dans les cas où notre confrère y a eu recours, il n'a jamais vu survenir de rétraction consécutive de la cicatrice. Si l'on a affaire à un malade agité pendant son sommeil, il est bon toutefois d'appliquer pour la nuit un pansement protégeant les greffes contre un traumatisme éventuel.

Le sable comme succédané de la brosse dans la désinfection chirurgicale des mains.

L'emploi de la brosse a longtemps été considéré comme un élément indispensable de la désinfection des mains. Depuis quelque temps, cependant, une réaction commence à se dessiner contre l'usage immodéré de cet instrument, et certains chirurgiens, appréciant les avantages que présente, au point de vue de la désinfection, un épiderme lisse et uni, ont complètement abandonné le brossage des mains. On sait d'autre part qu'un chirurgien de Philadelphie, M. le docteur O. H. Allis, a l'habitude, en vue d'adoucir l'épiderme de ses mains, de les frictionner périodiquement avec du sable fin (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 330). Faisant application du même principe, M. le docteur J. Jaworski (de Varsovie) a substitué à l'usage de la brosse l'emploi exclusif du sable. Voici comment procède notre confrère :

Les mains et les avant-bras ayant été trempés dans de l'eau chaude, on les savonne au savon noir pendant une ou deux minutes. Quand la mousse est bien formée, on les saupoudre avec une poignée de sable fin, préalablement stérilisé par le chauffage ou la calcination; il suffit de se frictionner au moyen de la sorte de magma que le sable ne tarde pas à produire avec la mousse de savon, pour adoucir et assouplir l'épiderme en six ou huit minutes. Lorsque ce but est atteint, on se lave dans de l'eau très chaude, et on termine en immergeant les mains dans une solution de sublimé au millième.

Des recherches expérimentales que M. Jaworski a instituées en vue de se rendre compte de la valeur de ce procédé, notre confrère croit pouvoir conclure que l'usage du sable constitue, au point de vue de l'asepsie opératoire, un moyen de désinfection aussi efficace que le brossage des mains.

Traitement des névralgies par introduction électrolytique de l'ion quinine.

Nous avons récemment signalé les excellents effets que M. le docteur S. Leduc, professeur de physique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes, a obtenus dans le traitement des névralgies par l'introduction électrolytique de l'ion salicylique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 192). Or, chez une femme de soixante-huit ans, atteinte depuis quatre années d'une névralgie de la branche sous-maxillaire du trijumeau gauche, et chez laquelle la section chirurgicale du nerf n'avait amené qu'une sédation momentanée des crises douloureuses, l'introduction électrolytique de l'ion salicylique ne put être pratiquée d'une façon satisfaisante, en raison des accès dont les séances déterminaient l'apparition. Notre confrère eut alors l'idée de recourir à l'introduction électrolytique de l'ion quinine : il obtint en trente-six heures, à la suite d'une seule séance de ce genre, la disparition progressive et définitive de la névralgie.

La technique adoptée par M. Leduc dans le cas dont il s'agit était calquée sur celle qu'il utilise pour l'introduction de l'ion salicylique : une compresse de huit épaisseurs d'un tissu de coton hydrophile, imprégnée d'une solution chaude à 1 % de bichlorhydrate de quinine, fut mise, par l'intermédiaire d'une plaque métallique, en rapport avec le pôle positif de la pile, la cathode négative étant appliquée en un point quelconque du corps. Bien que l'établissement du courant eût déterminé l'apparition d'un accès violent, notre confrère continua à élever l'intensité jusqu'à 20 milliampères, intensité qui fut maintenue pendant trente minutes.

La peau paraît plus sensible à l'ionisation quinique qu'à l'électrolyse salicylique : on constatait, en effet, après la séance, une rougeur et un œdème marqués de toute la surface d'introduction, et trois jours après, l'épiderme, ayant pris une couleur feuille morte, desquama par larges pellicules.

Le sérum antivenimeux contre la fièvre jaune.

Nous avons fait connaître l'année dernière que — se basant sur diverses considérations théoriques et expérimentales — un médecin brésilien, M. le docteur Bettencourt-Rodrigues (de São Paulo), avait traité un malade atteint de fièvre jaune par des injections de sérum antivenimeux; malgré une certaine amélioration à la suite de chaque injection, le patient avait finalement succombé, sans doute parce que la sérothérapie avait été instituée à une époque trop tardive (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 427).

Depuis lors, notre confrère a eu recours au même mode de traitement chez 24 autres malades, dès la première période de la fièvre jaune, le sérum étant employé à la dose de 30 à 60 c c. en injection sous-cutanée. Ces injections ont toujours eu pour effet d'arrêter les hémorrhagies, d'augmenter la diurèse et d'améliorer l'état général, et aucun des patients ainsi traités n'est mort. Même lorsque le traitement n'a pu être commencé qu'à la troisième période de la maladie, l'action diurétique et hémostatique des injections n'en a pas moins été très manifeste.

Le sérum antivenimeux paraissant d'autant plus efficace qu'il est administré d'une manière plus précoce, M. Bettencourt-Rodrigues estime qu'il convient de pratiquer les injections le plus tôt possible, alors même que le diagnostic est encore incertain.

RÉPERTOIRE CLINIQUE

Le chylothorax traumatique

L'histoire de l'épanchement traumatique du chyle dans la plèvre, ou *chylothorax traumatique*, est basée sur un nombre encore restreint de cas, puisque, en y ajoutant l'observation que M. Dietze (1) vient de publier, on n'en trouve guère qu'une dizaine d'authentiques, épars dans la littérature médicale.

I

Le traumatisme qui donne naissance à l'épanchement du chyle dans la plèvre consiste le plus souvent en une contusion violente et profonde du thorax. C'est à cette pathogénie que ressortit le plus ancien cas de chylothorax traumatique légitime (2) : il a été publié, il y a une trentaine d'années, par M. Quincke (3) dans le mémoire que cet auteur consacrait au phénomène, déjà connu depuis longtemps, mais alors peu étudié, de l'opalescence des humeurs organiques en général, phénomène sur lequel N. Guéneau de Mussy venait de rappeler l'attention. L'homme dont il s'agissait dans cette observation très caractéristique avait été renversé par une voiture dont les roues lui passèrent sur le thorax, alors qu'il était couché moitié sur le ventre, moitié sur le côté droit.

Une violence analogue est à incriminer dans le fait relaté dix ans plus tard par M. Kirchner (4) : il concerne une fillette de neuf ans, qui fut violemment projetée contre la barre d'appui d'une fenêtre et se contusionna la partie antérieure de la poitrine, dans la région de la troisième côte.

La même année, M. Krabbel (5) publia un cas fort analogue à celui de M. Quincke : il a trait à un mineur, renversé sur le dos et écrasé par un wagonnet lourdement chargé de charbon.

En 1898, c'est un nouveau fait de compression thoracique que relate M. Henssen (6) : il s'agissait, cette fois encore, d'un mineur, qui fut comprimé entre un wagonnet et un mur. Cette observation est remarquable en ce qu'elle est la seule où le chylothorax ait été bilatéral.

Les 2 cas de M. Handmann (7) se rapprochent de ceux que nous venons de signaler. L'un concerne un jeune homme qui, saisi par un volant en mouvement, eut la poitrine comprimée contre un socle en pierre; l'autre, cité par M. Handmann d'après les souvenirs de M. Kümmel, qui l'avait observé, a trait à un homme frappé en pleine poitrine par le choc d'une balançoire.

Dans le cas de Hahn (8), c'est encore d'un charretier écrasé par sa voiture qu'il est question.

Ajoutons, pour en finir avec les observations de ce groupe, que, dès 1877, von Thaden (1) avait relaté un cas de chylothorax survenu chez un matelot qui était tombé d'une hauteur d'environ 25 mètres, du sommet du mât sur le pont d'un navire. Il s'agissait donc également d'écrasement de la poitrine, comme dans les faits précédents; la nature du traumatisme seule différait.

Il en va tout autrement dans l'observation publiée par M. Port (2). Déjà, dans son premier cas, M. Handmann avait fait intervenir l'hyperextension du tronc, concurremment avec la compression du thorax, pour expliquer la production de l'épanchement chyleux. Or, dans le fait relaté par M. Port, l'hyperextension du tronc est seule mise en cause, le patient ayant été saisi par un tambour cylindrique animé d'un mouvement rapide de rotation, puis projeté au loin. Il n'y aurait donc pas eu ici d'écrasement de la poitrine suivant son diamètre antéro-postérieur.

Enfin, aux cas précédents — qui offrent tous, au point de vue pathogénique, ceci de commun que le chylothorax y est apparu à la suite de simples contusions, sans plaie pénétrante de la poitrine, les téguments étant restés parfaitement intacts — on peut opposer l'observation toute récente de M. Dietze, où l'épanchement du chyle dans la plèvre fut consécutif à une plaie pénétrante de poitrine par coup de feu. Ce fait est unique jusqu'ici. On voit donc que, contrairement à ce qui a lieu pour l'hémothorax, le traumatisme fermé est pour le chylothorax la règle, le traumatisme pénétrant l'exception.

II

Il est remarquable que, sauf en ce qui concerne les 2 cas relatés par M. Handmann, l'épanchement chyleux ait toujours occupé la plèvre droite; dans l'unique observation où le chylothorax a été double (celle de M. Henssen), il est expressément spécifié que la plèvre droite a été envahie la première. Or, dans son trajet thoracique, le canal thoracique ne chemine un peu à droite de la ligne médiane que de la onzième vertèbre dorsale — au niveau de laquelle il franchit l'anneau aortique du diaphragme — à la hauteur de la sixième, cinquième ou quatrième dorsale, où il change de direction, et, croisant en écharpe la face antérieure de la colonne vertébrale, se porte obliquement en haut et *à gauche*.

Il semblerait résulter de cette disposition que c'est constamment dans la moitié inférieure de son trajet intramédiastinal que le canal thoracique se rompt dans les traumatismes qui l'affectent. De ce que, dans le chylothorax traumatique, les fractures de côtes — lorsqu'elles existent — siègent toujours à gauche (3), il paraît également logique de déduire que, la compression du thorax agissant avec plus de force du côté gauche, la fuite a plus de facilité à se produire vers la droite, où la résistance est moindre. Enfin, il faut tenir compte aussi que, de par son volume, l'aorte, avec laquelle le canal collecteur du chyle présente d'intimes rapports dans la région interazygo-aortique, doit exercer sur son satellite un rôle protecteur certainement plus efficace que la veine azygos, moins volumineuse et plus éloignée.

Dans l'opinion des auteurs qui ont écrit sur la matière, c'est à la faveur d'une rupture ou d'une déchirure du canal thoracique que le chyle s'épancherait dans la cavité pleurale. Or, si l'on examine le mécanisme suivant lequel se serait effectuée cette rupture ou cette déchirure, il faut bien reconnaître qu'à cet égard, la lecture des observations, même de celles qui sont très détaillées, nous renseigne, en somme, fort peu. Le canal thoracique est profondément situé, caché pour ainsi dire entre deux vaisseaux beaucoup plus volumineux et relativement beaucoup plus exposés que lui, l'aorte et la veine azygos. Il est bien difficile de se rendre un compte exact de la façon dont la simple compression, même violente, du thorax, ou encore l'hyperextension du tronc (Port), peut produire une rupture de ce canal, alors surtout que les deux vaisseaux satellites demeurent intacts. Deux observations fournissent cependant à cet égard des indications intéressantes : ce sont celles de M. Krabbel et de Hahn, où l'on note, pour l'une, une fracture du rachis au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, pour l'autre, une rupture du neuvième disque intervertébral. On peut très bien concevoir que le canal thoracique qui, au niveau de la neuvième dorsale et du disque sous-jacent, repose sur les corps vertébraux, appliqué d'autre part contre le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre droite, se soit en quelque sorte coupé sur l'arête des fragments, puis ait laissé échapper son contenu dans la cavité pleurale droite.

Mais comment expliquer les cas où toute fracture susceptible d'intéresser le canal thoracique faisait défaut? M. Kirchner admet un effet de contre-coup, analogue à celui qui déterminerait la rupture de l'artère méningée moyenne dans les traumatismes du crâne. Même si l'on accepte une pareille interprétation, le fait relaté par M. Port, par exemple, n'en reste pas moins énigmatique jusqu'au bout : s'il s'agit bien ici d'une rupture du canal thoracique — ainsi que le donne à supposer la nature du traumatisme (hyperextension du tronc) —, on a quelque peine à concevoir la possibilité d'une guérison rapide, après la simple thoracotomie, comme ce fut le cas. Dans le fait de M. Quincke, d'autre part, il est expressément spécifié qu'à l'autopsie on n'a pu, malgré le plus grand soin, retrouver d'effraction de la plèvre. Cependant, la cavité de cette séreuse renfermait 7 litres de liquide, récemment épanché, puisqu'une ponction évacuatrice avait été pratiquée deux jours auparavant. Dans un cas pareil, il faudrait donc admettre — si tant est que la déchirure du canal thoracique ait bien eu lieu *intra vitam* — que le chyle a transsudé ou filtré à travers la membrane pleurale, ou bien que la lymphe, normalement puisée dans la cavité séreuse, a suivi une direction contraire au courant physiologique. Mais ce ne sont là qu'hypothèses et vues de l'esprit : mieux vaut s'abstenir d'édifier des théories et attendre qu'un fait bien observé vienne donner la solution du problème.

D'ailleurs, à l'autopsie, l'existence d'une communication fistuleuse du canal thoracique avec la cavité pleurale est peu aisée à démontrer, en raison des difficultés que présente la dissection de la région. Certains auteurs ont regretté de ne pas avoir facilité cette dissection par l'injection du canal thoracique; toutefois, les parois de ce canal sont fort peu résistantes, et l'injection en entraîne très facilement la rupture. Aussi l'application d'un pareil procédé n'aurait-elle aucune valeur démonstrative.

En somme, sur 4 autopsies qui ont été pratiquées, 2 seulement (Krabbel, Hahn) ont fourni des éléments satisfaisants au point de vue de la pathogénie. Dans l'observation de M. Quincke, les renseignements sont incomplets : le canal thoracique n'a pas été isolé dans sa partie inférieure. Il n'a pas été retrouvé du tout dans le cas de von Thaden, où il s'agit d'ailleurs d'une simple trouvaille d'autopsie.

Pour les faits de guérison, on en est naturellement réduit aux hypothèses, relativement au mécanisme suivant lequel se serait produit le chylothorax. L'observation relatée par M. Dietze

(1) A. Dietze. Ueber Chylothorax traumaticus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1904, LXXIII, 4-6, p. 450.)

(2) Le diagnostic — même rétrospectif — de chylothorax a été porté dans un certain nombre de cas dont quelques-uns sont fort anciens et qui ne méritent assurément pas de figurer sous cette rubrique. Il m'a semblé inutile de revenir ici sur ces observations, la critique en ayant été fort bien faite par M. Bargebuhr (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1895, LIV, 4-5, p. 410). D'autre part, Alvin Eyer a publié, il y a treize ans, un cas de « lésion traumatique du canal thoracique suivie de mort par inanition » (*Med. Record*, 1er août 1891, p. 122). Cette observation, que je n'ai d'ailleurs vue citée nulle part, ne m'a pas paru suffisamment convaincante pour en faire état.

(3) H. Quincke. Ueber fetthaltige Transsudate; Hydrops chylosus und Hydrops adiposus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1875, XVI, 2, p. 161.)

(4) Kirchner. Ein Fall von rechtsseitigem Chylothorax in Folge von Ruptur des Ductus thoracicus, nebst Statistik und Kritik der bisher bekannten einschlägigen Fälle. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1885, XXXII, p. 156.)

(5) Krabbel. Ein Fall von rechtsseitigem Chylothorax, durch Zerreissung des Ductus thoracicus entstanden. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 17 oct. 1885, p. 736.)

(6) O. Henssen. Ein doppelseitiger traumatischer Chylothorax. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mai 1898, p. 628.)

(7) Handmann. Zwei Fälle von traumatischem Chylothorax. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 fév. 1899, p. 181.)

(8) E. Hahn. Ueber Chylothorax. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 juin 1899, p. 401.)

(1) A. von Thaden. Erguss von Blut und Chylus in die rechte Pleurahöhle. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1877, XIX, 2-3, p. 313.)

(2) K. Port. Ein Fall von Chylothorax; casuistischer Beitrag zur Lehre von den Verletzungen des Ductus thoracicus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1894, XXXIX, 5-6, p. 572.)

(3) M. Handmann, à qui appartiennent les 2 faits de chylothorax *gauche*, note, dans sa première observation, des fractures des cinq premières côtes *droites*.

apporte à ce point de vue une contribution fort intéressante; elle montre, comme nous l'avons dit, que le chylothorax peut, le cas échéant, avoir pour origine une lésion immédiate du canal thoracique : conformément à l'opinion de l'auteur, il semble, en effet, naturel d'admettre que, dans ce cas, le canal même a été touché par le projectile (1). Il n'est assurément guère vraisemblable qu'il se soit trouvé sectionné d'emblée; car, dans cette éventualité, l'épanchement, qui ne s'est manifesté que le troisième jour, aurait apparu dès l'origine et d'une façon massive. Il ne s'est probablement produit tout d'abord qu'une simple contusion du canal, et l'épanchement ne s'est constitué que secondairement, au moment de l'élimination des parties contuses.

Quant aux autres cas de guérison, il est au moins douteux que le chylothorax y ait été consécutif à une rupture du canal thoracique; peut-être est-ce plutôt un tronc afférent qui s'est rompu. Il faut du reste tenir compte de ces anomalies fréquentes où le canal principal possède des collatérales plus ou moins importantes : le traumatisme n'intéressant que l'une des branches, le chyle pourrait cheminer par un des vaisseaux laissés intacts. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, on sait que la survie est parfaitement possible, même après la section complète d'un canal thoracique unique, ainsi que l'ont démontré les recherches déjà anciennes des physiologistes.

III

En clinique, le moment précis de l'irruption du chyle dans la plèvre ne peut guère être déterminé avec exactitude. Il n'est point du tout certain, en effet, ni même probable, que le chyle s'épanche toujours dans la plèvre immédiatement après le traumatisme; dans le cas relaté par M. Dietze, par exemple, nous venons de voir combien l'hypothèse d'une simple contusion du canal avec effraction secondaire paraît vraisemblable.

Même entièrement constitué, l'épanchement de chyle ne se manifeste pas par des signes qui permettent d'en reconnaître la nature et de le distinguer d'un épanchement banal. Aussi bien, est-ce le plus souvent à l'hémothorax que l'on songe quand, à la suite d'un traumatisme violent, on constate la présence d'un épanchement de la plèvre. Plusieurs auteurs ont commis cette erreur, et celle-ci, dans le fait de von Thaden, n'a été rectifiée qu'au moment de l'autopsie. Dans les autres cas, c'est à la suite d'une ponction — exploratrice ou évacuatrice — que le chylothorax a été reconnu, et ce n'est guère, en effet, que sur l'examen *de visu* du liquide épanché qu'il semble possible de compter. Tout au plus pourra-t-on en soupçonner la nature lorsqu'on voit se produire *rapidement* dans la plèvre *droite*, à la suite d'un traumatisme *violent* de la poitrine, un épanchement d'une grande *abondance*.

L'évolution clinique du chylothorax traumatique est variable : le trait le plus caractéristique est la reproduction généralement rapide et abondante de l'épanchement après la ponction.

L'absence de fièvre est partout signalée; bien qu'elle n'ait qu'une valeur fort relative en ce qui concerne le chylothorax traumatique, elle peut cependant constituer un élément de diagnostic d'avec la pleurésie traumatique séro-fibrineuse : celle-ci, en effet, est le plus souvent d'origine tuberculeuse (Barjon et Lesieur) et s'accompagne généralement d'une certaine élévation thermique.

(1) La balle, d'un calibre de 7 millimètres, pénétra dans la poitrine par le sixième espace intercostal gauche, à 7 centimètres de la ligne médiane, environ au niveau de l'appendice xiphoïde. Après avoir vraisemblablement suivi un trajet oblique à droite et en arrière et passé entre le cœur et le diaphragme, le projectile alla se loger à la face antérieure du corps de la douzième vertèbre dorsale, un peu à droite de la ligne médiane, où on le localisa neuf mois plus tard par la radiographie.

D'autre part, la durée et la terminaison sont essentiellement variables, sans que, dans chaque cas particulier, il semble possible d'assigner une raison satisfaisante à ces variations individuelles.

Au total, le seul élément sur lequel on puisse, en clinique, baser le diagnostic de chylothorax, est fourni par l'étude du liquide épanché.

A cet égard, on ne doit pas perdre de vue que, si favorables que soient les circonstances, on ne peut évidemment jamais, dans le chylothorax traumatique, trouver le chyle à l'état de pureté : le fait même du traumatisme implique l'idée d'un épanchement sanguin, et, en outre, la plèvre ne saurait pas ne pas répondre par des réactions de défense à l'irruption, entre ses feuillets, du corps étranger que constitue une collection de chyle. Celui-ci, au moment où on l'examine, est donc fatalement mélangé de sang et de produits inflammatoires : c'est là un fait dont il faut tenir le plus grand compte dans l'appréciation du liquide que l'on recueille par la ponction dans le chylothorax traumatique.

Les caractères de ce liquide, sur lesquels on peut se baser pour établir que l'on a affaire à du chyle, peuvent être groupés sous trois rubriques qui sont : l'aspect à l'œil nu, l'examen au microscope, enfin l'analyse chimique.

C'est l'apparence macroscopique du liquide qui éveille généralement l'attention. Son opacité, jointe à sa couleur blanchâtre, est, en effet, bien faite pour frapper l'esprit.

Mais, quelque particulier que soit l'aspect lactescent du liquide, il ne constitue pas une donnée suffisante pour permettre d'affirmer qu'il s'agit effectivement de chyle, car une simple pleurésie purulente peut, dans certaines circonstances, prendre un aspect lactescent assez prononcé pour induire en erreur.

On sait que pareille confusion s'est déjà produite à propos des ascites laiteuses. Alors que certains auteurs, Straus notamment, croyaient à la réalité d'épanchements de chyle dans le péritoine, d'autres — et cette opinion a eu pendant longtemps ses principaux défenseurs en France — niaient toute possibilité d'un épanchement chyleux dans une cavité séreuse, soit que les faits d'ascite chyleuse fussent pour eux de simples péritonites suppurées, renfermant des éléments cellulaires à l'état de dégénérescence graisseuse (N. Guéneau de Mussy), soit encore qu'ils en fissent des épanchements spéciaux par péritonite chronique, ayant une place à part à côté des épanchements banaux (Debove). Les arguments qui ont déjà servi pour l'ascite chyleuse pourraient être appliqués aux épanchements pleuraux. Aussi bien, est-ce non sur l'aspect extérieur du liquide, mais sur l'étude de ses caractères microscopiques et chimiques, qu'il convient d'asseoir la preuve définitive du diagnostic.

Abandonné à lui-même, l'épanchement chyleux présente, au bout d'un certain temps, une couche crémeuse qui surnage. Au microscope, on reconnaît que cette couche est composée de granulations de volume variable, mais d'une ténuité extrême et formant comme une sorte de poussière. C'est une véritable émulsion très fine, dont les gouttelettes n'ont aucune tendance à confluer. Sous l'influence de l'acide osmique, ces granulations prennent une teinte grisâtre; jamais elles ne deviennent noires comme de véritables gouttelettes de graisse.

En dehors des éléments précités, le liquide chyleux ne renferme que quelques rares leucocytes; les hématies ne s'y rencontrent qu'autant qu'il y a eu une hémorrhagie dans la plèvre, et leur nombre est en proportion avec l'abondance de cette hémorrhagie.

Par addition d'éther, on peut clarifier le liquide; l'éther, après séparation et évaporation, laisse un résidu de graisse.

Décanté de la couche crémeuse qui flotte à sa surface, le liquide présente une réaction alcaline. Il ne dégage pas d'odeur particulière. A la température du laboratoire, il reste très longtemps sans s'altérer, beaucoup plus longtemps que ne le font habituellement les liquides organiques. Dans le cas de M. Quincke, par exemple, on a pu le conserver pendant plus de huit jours.

Pour ce qui est des preuves d'ordre chimique, elles reposent surtout sur ce fait que le chyle renferme toujours du glucose et du glycogène. Aussi la teneur en sucre d'un épanchement laiteux de la plèvre constitue-t-elle un argument important en faveur de la nature chyleuse de cet épanchement.

Seul Rotmann considère la présence de sucre comme un signe d'importance secondaire et n'en croit la constatation vraiment démonstrative que lorsqu'on trouve une certaine quantité de cette substance (plus de 0.2 ‰). Peut-être la recherche en est-elle souvent faite trop tard, alors que la fermentation a déjà pu s'effectuer. On sait, en effet, que glucose et glycogène disparaissent rapidement de la lymphe abandonnée à elle-même. Il est possible aussi que, dans les observations publiées, le sucre ait été masqué par suite de la dilution du chyle par d'autres liquides, ou bien encore qu'il ait été de la part de la plèvre l'objet d'une résorption élective.

L'épreuve de Straus, qui consiste à administrer une graisse spéciale et à la rechercher dans l'épanchement, n'a jamais été tentée dans les faits de chylothorax traumatique. Elle paraît cependant susceptible d'apporter, le cas échéant, un appoint sérieux au diagnostic.

IV

Le pronostic du chylothorax traumatique est aussi variable que la marche de la maladie est capricieuse. D'une façon générale, ce qui le domine, c'est moins la nature de l'épanchement que son abondance. C'est ainsi que dans les cas de M. Henssen, de M. Handmann, par exemple, la résorption s'est faite spontanément. Les causes de la mort — qui est survenue dans 4 cas sur 10 — ne sont pas toujours faciles à préciser; on peut incriminer les lésions concomitantes multiples dans le fait de von Thaden; en ce qui concerne les blessés de M. Krabbel et de Hahn, la fracture du rachis a certainement contribué pour beaucoup à assombrir le pronostic. Ce qui frappe surtout dans les cas qui ont abouti à une issue fatale, c'est la quantité considérable de liquide trouvée dans la plèvre : M. Krabbel parle de 6 litres, M. Quincke, von Thaden, Hahn de 7 litres.

La rapidité avec laquelle se reproduit l'épanchement, si elle constitue un élément important de diagnostic, ne paraît guère influer sur la marche de l'affection : le malade de Hahn a guéri après dix ponctions, celui de M. Dietze après neuf.

Au point de vue thérapeutique, il semble qu'une expectative vigilante constitue la meilleure ligne de conduite à adopter. Des thoracentèses répétées aussi souvent qu'il sera nécessaire permettront de soulager le malade s'il se produit des crises de dyspnée inquiétantes, et M. Dietze estime que, même dans les cas graves, elles ont une efficacité réelle.

De fait, chez les 4 patients qui ont succombé des suites de leur chylothorax, on a trouvé à l'autopsie, comme nous venons de le dire, 6 et 7 litres de liquide dans la plèvre. Ce sont là des quantités considérables, que l'on jugerait certainement fort dangereux de laisser dans la poitrine, s'il s'agissait d'une pleurésie banale séro-fibrineuse. On peut se demander si, en l'espèce, ces vastes épanchements n'ont pas été la cause directe et immédiate de la mort et s'il n'eût pas mieux valu adopter une thérapeutique plus active et ponctionner plus souvent ou moins tardivement : les malades de von Thaden, de M. Krabbel sont morts asphyxiés, non ponctionnés, et celui de M. Quincke succomba brusquement, avec 7 litres de liquide dans la poitrine, au moment même où l'on commençait la ponction. Cependant, des thora-

centèses même répétées sont parfois impuissantes à sauver le malade, puisque, dans le cas de Hahn, le patient, après avoir été ponctionné dix fois, n'en a pas moins fini par succomber d'inanition.

Enfin, lorsque l'épanchement se reproduit après la thoracentèse avec une rapidité et une abondance inquiétantes, il ne faudrait pas perdre de vue que M. Port a obtenu, dans le cas qu'il relate, un excellent résultat thérapeutique par la thoracotomie. Peut-être même, en présence de l'innocuité habituelle de cette intervention, pourrait-on se demander s'il ne serait pas préférable d'y avoir systématiquement recours, aussitôt le diagnostic de chylothorax traumatique dûment établi.

L'opération radicale, qui consisterait à aller à la recherche des bouts du canal thoracique divisé pour en pratiquer la ligature, n'a pas été tentée jusqu'ici. Les difficultés de diagnostic et de technique donnent de cette abstention une raison suffisante.

Dr Francis Munch (de Paris).

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Quatorzième session tenue à Pau du 1er au 7 août 1904.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière.

M. Sano (d'Anvers), *rapporteur*. — A quel degré les fonctions motrices de la moelle sont-elles localisées? Connaissons-nous suffisamment de territoires nettement délimités pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble? De l'ordonnance des localisations motrices dans la moelle épinière, ressort-il des indications générales sur les rapports que ces localisations affectent entre elles et les concordances qu'elles présentent avec les organes périphériques innervés? Telles sont les principales questions que nous allons examiner.

Il résulte d'abord de l'étude générale des localisations des fonctions motrices de la moelle, qu'à ce point de vue particulier les différences entre les animaux et l'homme doivent être bien minimes.

Le plan général des vertébrés supérieurs est si constant que personne ne doutera de l'existence et de l'agencement défini des centres moteurs dans la corne antérieure de la moelle humaine, s'il est prouvé qu'il existe chez les animaux des détails de structure anatomique dont la signification ne laisse aucun doute sur la réalité de cette différenciation.

La méthode expérimentale suivie dans ces études est spécifique des recherches de localisation : elle consiste à découvrir dans la moelle la répercussion localisée d'un traumatisme localisé produit récemment à un endroit déterminé de la périphérie. La relation fonctionnelle de ces territoires ne peut offrir aucun doute; leur relation anatomique peut être démontrée dans des limites si étroites qu'elle s'impose à l'esprit.

Enfin, au moyen des connaissances ainsi acquises expérimentalement chez les animaux, il est possible de donner l'explication des faits cliniques et anatomo-pathologiques obtenus par d'autres méthodes, et d'élaborer même un plan d'ensemble qu'il s'agira de contrôler et de compléter par des recherches futures.

Pour produire avec le maximum de certitude les lésions centrales, on a eu recours tantôt à la simple section ou à la résection d'un nerf, tantôt à l'amputation d'un membre ou segment de membre, tantôt même à la rupture violente ou à l'arrachement du nerf. Cette dernière méthode a été surtout préconisée par M. Van Gehuchten, mais cet auteur a été le premier aussi à en reconnaître les sérieux inconvénients : on arrive ainsi aisément à « dépasser le but », car non seulement la rupture a lieu dans la profondeur de la moelle elle-même, mais encore des phénomènes inflammatoires aigus se produisent du côté de cet organe.

Les erreurs personnelles que chacun peut commettre ne doivent pas entacher la valeur de cette méthode, ni faire croire qu'il existe des contradictions irréductibles entre les résultats obtenus par les divers expérimentateurs. Rien que le simple numérotage des racines médullaires peut être une cause d'erreur, étant donné que le nombre des racines varie de 30 à 37 suivant l'espèce animale.

Dans une première période, les auteurs se sont contentés des sections *nerveuses*. De cette façon, M. Marinesco a démontré que chaque nerf rachidien possède en général dans la corne antérieure de la moelle épinière un noyau principal et des noyaux accessoires; le noyau principal constitue une masse bien circonscrite, « excepté pour le médian et le cubital qui ont un noyau principal commun »; chaque nerf spinal tire ses origines de plusieurs segments médullaires, deux, trois et même davantage; le noyau médian a des fonctions motrices étroitement liées à l'innervation des territoires dépendant des rameaux postérieurs des nerfs rachidiens, des muscles du dos en particulier. D'après M. Knappe, cependant, il n'y aurait pas dans la moelle de noyaux nettement circonscrits d'où les nerfs des membres tireraient leur origine, mais les différents groupes auraient probablement des fonctions différentes : la flexion ressortirait aux noyaux latéraux, l'extension aux noyaux centraux.

Dans une seconde période, les expérimentateurs ont extirpé des *muscles*; les résultats furent dès lors plus précis; on reconnut que pour chaque muscle il existait dans la moelle un noyau d'innervation bien déterminé (Parhon et ses collaborateurs, Goldstein, Savu, Popesco, Mme Parhon). Cependant, à la même époque, d'autres auteurs, M. Van Gehuchten et M. De Neeff surtout, en amputant des *segments de membre*, obtinrent également des localisations bien délimitées dans la moelle et ils en conclurent que chaque segment de membre possède dans la moelle un noyau d'innervation : ces résultats concordaient admirablement avec les recherches de M. Brissaud sur la métamérie spinale.

On étudia alors les rapports topographiques qu'affectent tous ces noyaux entre eux dans la moelle.

La différenciation profonde du système musculaire trouve son image dans la différenciation des noyaux médullaires : à chaque muscle répond un noyau, à chaque groupement fonctionnel musculaire répondent des groupements de noyaux, au segment d'un membre correspond dans la moelle une zone qui comprend les noyaux fonctionnels précédents. Le renflement cervical, par exemple, renferme trois zones d'innervations *segmentaires*, tenant sous leur dépendance les trois segments du membre supérieur, bras, avant-bras et main; chacune de ces zones est subdivisible en groupements nucléaires *fonctionnels*, présidant les uns à l'extension, les autres à la flexion; dans chacun de ces groupements on peut, enfin, reconnaître l'existence de noyaux *musculaires* individuels, commandant chacun un muscle isolé, et même, pour chacun des muscles complexes, comme le sterno-cléido-mastoïdien, le quadriceps fémoral, etc., on trouve dans la moelle des noyaux répondant à chacun des grands faisceaux du muscle.

Il est remarquable de voir que la disposition des noyaux dans la moelle reproduit la topographie des muscles dans les membres : c'est ainsi que le noyau du deltoïde entoure le noyau du biceps dans sa partie supérieure, comme le muscle deltoïde lui-même enveloppe la partie supérieure du muscle biceps; de même, le noyau des adducteurs se trouve en dedans et en arrière du noyau du quadriceps fémoral, comme les muscles adducteurs se trouvent eux-mêmes en dehors et en arrière du muscle quadriceps.

Les *recherches anatomo-cliniques* ont démontré que, chez l'homme comme chez tous les autres vertébrés, ce plan général trouve son application. Mais il faut se mettre en garde contre l'importance qu'on est tenté d'attribuer à ces recherches : elles ne doivent être admises qu'à la condition qu'elles concordent avec les données expérimentales. Il faut, en effet, tenir compte dans l'anatomie pathologique de la moelle humaine des affections qui ont nécessité l'intervention opératoire, l'amputation d'un membre par exemple, ainsi que des affections ou infections associées diverses, intercurrentes ou terminales. De plus, les lésions anciennes qui se sont compliquées d'atrophie ou de sclérose médullaire et les lésions destructives de la substance médullaire (tumeurs, syringomyélies, hématomyélies, etc.), ne peuvent fournir de documents pour établir la théorie des localisations : ces lésions ont, en effet, suffi à elles seules à bouleverser la topographie médullaire et à empêcher de faire la part exacte et de délimiter la situation des altérations secondaires aux lésions périphériques. Ces cas servent cependant à démontrer la valeur pratique de la théorie des localisations pour l'interprétation des symptômes morbides. En somme, les faits favorables sont peu nombreux, et parmi eux un petit nombre seulement ont été étudiés, par la méthode de Nissl, dans le but spécial de rechercher les localisations des fonctions motrices dans la moelle; aussi n'est-il pas possible encore de donner avec certitude, chez l'homme, la fonction de chacun des noyaux. Ce que l'on sait, c'est que les noyaux cellulaires sont infiniment plus nombreux que ceux que l'on décrivait autrefois, c'est-à-dire les quatre groupes antéro et postéro-interne, antéro et postéro-externe, signalés par Waldeyer, et que chaque noyau, loin d'être constitué par une colonne de cellules ininterrompue et verticale, est formé par une masse de configuration et de situation essentiellement variables suivant les niveaux : aussi ces groupements cellulaires ne peuvent-ils être véritablement étudiés que sur des coupes sériées.

Au total, nous croyons que la localisation des fonctions motrices de la moelle épinière de l'homme répond à la différenciation morphologique et fonctionnelle du système musculaire. A chaque muscle strié correspond un noyau médullaire; à chaque groupement de muscles, un groupement de noyaux; à chaque segment de membre, une zone régulièrement disposée. Au membre tout entier correspond l'ensemble des trois zones du bras, de l'avant-bras et de la main, ou de la cuisse, de la jambe et du pied.

Tout comme les muscles striés, les muscles lisses ont d'ailleurs leurs centres d'innervation localisés dans des noyaux à situation constante.

M. Grasset (de Montpellier). — Deux points importants ont été très bien mis en lumière par M. Sano : le premier, c'est que la question des localisations médullaires motrices *chez l'homme* est encore incomplètement élucidée; le second, que les diverses théories proposées sont toutes trop exclusives, mais qu'elles ne se contredisent entre elles qu'en tant que théories et qu'il faut retenir les faits sur lesquels chacune d'elles s'appuie.

En somme, il y aurait dans la moelle trois types de centres ou groupements de neurones : un premier type (Van Gehuchten et Nélis, Brissaud) à distribution *segmentaire*, comprenant des centres dont l'altération se manifeste par des troubles occupant des zones séparées les unes des autres par des lignes perpendiculaires à l'axe des membres; un second type (Dejerine) à distribution *radiculaire*, correspondant à des centres dont l'altération se traduit par des troubles au niveau de zones séparées les unes des autres par des lignes parallèles à l'axe des membres, et un troisième type (Sano) à distribution *individuelle musculaire*.

Ces divers centres ne sont nullement contradictoires les uns par rapport aux autres. Ce sont des centres successifs dans l'appareil nerveux sensitivo-moteur.

Pour bien comprendre la chose et voir que cette disposition est uniquement l'application d'une loi générale, il suffit de comparer ces centres médullaires aux centres bulbaires et mésocéphaliques.

Le nerf oculo-moteur commun, par exemple, est l'analogue d'une racine antérieure; son centre, dit « origine réelle » du nerf, en est le centre radiculaire. Chaque muscle qu'il innerve (droit interne, droit supérieur, etc.) a son noyau distinct : centre individuel musculaire.

Au-dessus de ces deux ordres de centres, dans le mésocéphale, il y a ce que M. Parinaud a appelé les centres supranucléaires. Dans ce cas, la distribution du trouble symptomatique est toute différente.

Quand un centre supranucléaire est altéré, ce n'est ni un nerf oculo-moteur commun ni un nerf oculo-moteur externe qui est troublé; c'est, par exemple, le muscle droit externe d'un côté

et le muscle droit interne de l'autre. L'altération d'un centre supranucléaire se manifeste par une paralysie (ou une convulsion) associée, bilatérale, du lévogyre, par exemple, ou du dextrogyre des deux yeux.

Ces centres supranucléaires sont donc à distribution segmentaire. Seulement, pour l'appareil de la vision, la ligne médiane qui sépare le corps en deux segments (un droit et un gauche) passe par le milieu de chacun des deux yeux. L'appareil sensorio-moteur de la vision est divisé ainsi en un segment droit, formé non de l'œil droit, mais de la moitié droite des deux yeux, et un segment gauche, formé non de l'œil gauche, mais de la moitié gauche des deux yeux. Ce qui m'a permis de dire que *chaque hémisphère voit et regarde, avec les deux yeux, du côté opposé* (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 154).

Donc, pour les oculo-moteurs, voilà trois ordres de centres superposés : le centre supranucléaire à distribution segmentaire (moitié latérale homonyme des deux yeux), le centre nucléaire à distribution radiculaire (oculo-moteur commun), le centre à distribution musculaire (droit interne, droit supérieur, etc.).

De même, dans la moelle, il y a aussi des centres à distribution musculaire, des centres à distribution radiculaire et des centres à distribution segmentaire.

Ces derniers, que l'on peut appeler supranucléaires, par analogie avec ceux de M. Parinaud, sont, dans la moelle, l'aboutissant ou le point de départ des centres corticaux qui sont, eux aussi, des groupements de neurones à distribution segmentaire.

M. Brissaud, dans son discours d'ouverture du Congrès, nous a brillamment montré Bordeu, prévoyant et prophétisant cette grande vérité, il y a près de deux siècles : c'est le cerveau, c'est l'écorce, qui fait l'unité anatomique d'un appareil nerveux, dont la raison d'être est l'unité physiologique ou de fonction (et ainsi nous retrouvons les diverses théories fonctionnelles exposées par notre collègue M. Sano); *chaque appareil nerveux a son unité centrale dans l'écorce et son unité périphérique dans la fonction.*

Ainsi défini et caractérisé, l'appareil nerveux sensitivo-moteur est segmentaire, c'est-à-dire *articulo-moteur* et *segmento-sensitif*.

L'origine corticale des articulo-moteurs est démontrée par la distribution des hémiplégies cérébrales incomplètes dans les membres. Et, pour les yeux, l'existence, dans l'hémisphère, des oculogyres bilatéraux est prouvée par la déviation conjuguée de la tête et des yeux et par les hémiplégies oculaires, sur lesquelles M. Brissaud a appelé récemment l'attention.

Cet appareil nerveux sensitivo-moteur à distribution segmentaire, dont l'unité et l'individualité sont faites par l'unité de fonction, est formé de neurones supérieurs (corticaux) de perception ou de volition et de neurones inférieurs (médullaires ou mésocéphaliques) de réception ou d'émission (centres supranucléaires).

Au-dessous de cet appareil nerveux corticomédullaire à distribution segmentaire existent d'autres groupements de neurones à distribution radiculaire (centres nucléaires et ganglionnaires) et enfin, au-dessous encore (pour la motilité), d'autres neurones à distribution individuelle musculaire.

Cette vue d'ensemble des localisations motrices dans la moelle est, je le reconnais, surtout un cadre.

A l'anatomo-clinique, et à elle seule, incombe la tâche, encore bien lourde, mais déjà brillamment commencée, de meubler le cadre avec des faits précis qui fixeront peu à peu le siège exact de chacun de ces centres prévus.

M. Parhon (de Bucarest). — Je me rallie d'une façon générale aux conclusions de M. Sano. Le rapporteur range en deux catégories les expérimentateurs qui se sont occupés de la question des localisations des fonctions motrices de la moelle épinière : d'une part, ceux qui, avec MM. Marinesco, Van Gehuchten, Brissaud, Nélis, De Neeff, etc., soutiennent que ces localisations peuvent être déterminées avec exactitude; d'autre part, ceux, moins nombreux, qui se refusent encore à admettre ces localisations. Telle est, en particulier, la manière de voir de MM. Knappe, Ferrannini, Peruccini, Lapinsky, etc., etc. D'après ce dernier auteur, en particulier, il est impossible d'établir aucune localisation des fonctions motrices de la moelle dans le sens anatomique du mot. Cette opinion ne me paraît pas fondée. Je suis, en outre, d'avis que les nerfs rachidiens se comportent de la même manière que les nerfs crâniens. Il me suffira de rappeler à l'appui de cette manière de voir, ainsi que vient de le faire M. Grasset, la décomposition du noyau du nerf de la troisième paire (moteur oculaire commun) en des groupements secondaires, l'existence d'un noyau spécial pour le muscle grand oblique, enfin les recherches de M. Marinesco et de M. Van Gehuchten, relatives aux localisations dans le noyau du facial, et celles que j'ai faites avec MM. Goldstein, Kosaka et Jagita sur les localisations dans le noyau du grand hypoglosse.

Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels.

M. Kéraval (de Ville-Evrard), *rapporteur*. — La tendance actuelle paraît être non plus seulement d'étendre l'aile de l'autorité judiciaire sur les délinquants et criminels irresponsables ou semi-irresponsables qui ont eu maille à partir avec la justice — ainsi qu'on l'avait en vue jusqu'ici —, mais de dénoncer à l'autorité judiciaire tout aliéné qui semble faire courir un danger non point simplement à la société, mais même aux hôtes des asiles, ses compagnons, et de le traiter malgré lui, en l'internant, sous une forme exceptionnelle, dans des établissements spéciaux, préparés, organisés et administrés à cet effet. A une certaine période, la collaboration des médecins à cette besogne paraissait un peu négligée; mais ceux-ci s'étant montrés favorables à la mise en vigueur de ces procédés d'exception, leur concours préalable a été proclamé indispensable.

Examinons donc les mesures proposées à l'égard aussi bien des aliénés criminels que des criminels aliénés et des aliénés dangereux : les unes sont d'ordre judiciaire, les autres d'ordre médico-administratif.

Les dispositions judiciaires se résument d'un trait en la substitution de l'*autorité judiciaire* à l'*autorité administrative* pour tout ce qui concerne l'internement, le maintien, la sortie de tout aliéné qui a commis un crime. Doit-on distinguer quant à la nature du crime? Y aurait-il, selon les espèces ou d'une manière quelconque, un ou plusieurs procédés juridiques à adopter? Les réponses à ces questions nous seront fournies en grande partie par la proposition de loi déposée par M. Dubief à la Chambre des députés, proposition qui apparaît comme l'incarnation de la plupart des discussions sur la matière.

D'après les articles 37 et 41 de cette proposition, tout inculpé, prévenu ou accusé, objet d'un non-lieu ou d'un acquittement pour irresponsabilité, est envoyé devant le tribunal en chambre du Conseil qui ordonnera son internement dans un asile ou quartier de sûreté si son état est de nature à compromettre la sûreté, la décence et la tranquillité publiques, sa propre sûreté, sa guérison. Cette décision, qui renvoie l'individu devant le tribunal, interdit sa mise en liberté et ordonne qu'il sera retenu jusqu'à décision du tribunal et qu'il ne pourra sortir que si le médecin traitant le déclare *guéri* et non *suspect de rechute*. Si le tribunal n'accorde pas la sortie, il doit remettre le requérant à un an au maximum. D'autre part, toute sortie n'est que conditionnelle, révocable; elle implique des mesures de surveillance à régler par le tribunal en chambre du Conseil; à la moindre difficulté, la réintégration judiciaire est possible.

Nous aurions personnellement mauvaise grâce à rejeter l'intervention de la magistrature dans la séquestration, le maintien, la sortie des aliénés qualifiés à tort de criminels. L'immense majorité des personnalités scientifiques qui s'y rallient, après tant et tant d'années de discussions et d'études, donnent à la nouvelle formule que nous nous sommes attachés à reproduire ici, une importance considérable. Que de fois d'ailleurs n'avons-nous pas lu qu'à côté de la sécurité sociale, cette réforme supprime la responsabilité du médecin traitant!

Toutefois, nous devons à la vérité d'ajouter que, dans le cours d'une direction de huit années d'un des asiles réputés pour un des plus difficiles de France, nous n'avons jamais eu besoin de cet expédient.

Il faut reconnaître, du reste, que, dans ces dernières années, la question des aliénés criminels a été quelque peu obscurcie par celle des criminels aliénés. La situation spéciale qu'occupent ces derniers vis-à-vis de la loi légitime cependant certaines dispositions spéciales : ce sont des *condamnés*.

Pour éviter qu'il ne se glissât à l'avenir, comme cela a eu lieu si souvent dans le passé, des aliénés criminels dans la catégorie des criminels aliénés, M. Cruppi a proposé un projet de réforme de l'instruction et de l'expertise, qui paraît appelé à rallier tous les suffrages.

Malgré l'identification défendue par M. Collin des criminels aliénés avec les aliénés criminels, nous accepterions volontiers l'idée d'une législation particulière pour les criminels aliénés proprement dits. Il y a, à notre avis, des chances pour que, après la minutieuse sélection de l'expertise contradictoire, on ait affaire à des esprits modelés d'une certaine façon, foncièrement criminels, imposant par conséquent des mesures de protection légale adaptées à leur moralité.

La proposition de loi déposée par M. Dubief dispose comme suit sur ces malades (art. 36) : « Les individus de l'un et l'autre sexe, condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'une année d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine....., sont, après avis du médecin désigné par le préfet, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers spéciaux de sûreté..... » Les individus dont il vient d'être question, lorsqu'à l'expiration de leur peine le ministre de l'intérieur aura reconnu dangereux, soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département, sont maintenus dans les asiles ou quartiers spéciaux (art. 40, § 2). La sortie de ces malades est soumise aux mêmes précautions que celle des aliénés criminels.

Nous croyons que si l'expertise contradictoire arrive à préciser autant qu'il est possible la nature de l'aliéné inculpé, il y aura bien des chances en faveur de la criminalité prédominante chez ceux des condamnés qui seront devenus aliénés en cours de peine ou seront restés aliénés après l'expiration de leur peine. Il y aurait lieu, par suite, de recommander à leur sujet l'intervention de la magistrature, conformément à l'opinion de M. Dubief.

Pour la sortie, nous sommes d'ores et déjà armés par l'article 29 de la loi de 1838; le tribunal civil, en chambre du Conseil, après examen médical, ne constitue donc point une innovation; c'est une généralisation.

Ce même article 29 fournit également une arme suffisante pour empêcher la sortie prématurée des asiles des aliénés dangereux, vicieux, dépravés, etc.

Quant aux mesures *médico-administratives* proposées pour remédier aux défectuosités de la loi actuelle, elles peuvent se résumer dans une formule unique : l'élimination des asiles ordinaires des aliénés criminels, des criminels aliénés, des aliénés dangereux, vicieux, etc.

Tout d'abord, faut-il conserver dans les asiles ordinaires les *aliénés criminels* ou créer pour eux des asiles ou des quartiers spéciaux?

En réalité, il n'y a qu'un petit nombre d'aliénés criminels qu'il soit opportun d'exclure des asiles ordinaires. Ce ne sont pas les plus criminels, ce sont surtout les plus dégénérés, le terme de dégénérescence étant pris ici dans le sens d'abolition du sens moral avec tendance agressive, perturbatrice; pour ces dégénérés, l'asile spécial est supérieur, dit-on, au quartier spécial, parce que le groupement de ces aliénés dans un asile indépendant en favorisera le traitement.

Il faudra toutefois, écrit M. Alombert-Goget, examiner sérieusement le malade avant de se décider; quoique, en effet, l'asile spécial de sûreté ne doive être ni une prison, ni une maison dont le séjour implique une sorte de déshonneur, il sera tenu en suspicion par le public, de sorte que si l'on y envoyait un malade d'un asile ordinaire, la famille en ressentirait forcément le contre-coup.

Cette recommandation constitue précisément l'inverse d'une des raisons alléguées par cer-

tains auteurs, qui ne veulent pas de la promiscuité des aliénés criminels avec les autres aliénés, parce qu'elle serait pour ces derniers une espèce de déshonneur.

Aussi M. Bourneville paraît-il avoir raison en demandant pour les malades en question l'organisation dans l'asile ordinaire d'un quartier de surveillance moderne, d'une « sûreté de Bicêtre » perfectionnée.

Cette pratique, plus conforme à la dissémination des aliénés criminels, peut-être plus maniables par fractions qu'en cohortes, donnerait toute latitude aux exigences locales, car il faut également tenir compte des nécessités régionales, sans doute différentes.

A moins qu'on ne veuille appliquer à tous les aliénés criminels, parce que criminels, des mesures draconiennes, il serait peut être sage de ne pas trop se hâter. Déjà, du reste, nous avons un asile des aliénés criminels, la Chambre des députés ayant décidé la désaffectation de l'infirmerie pénitentiaire de la maison centrale de Gaillon, et sa transformation en *Asile central des aliénés criminels*.

Nous conseillerions donc, non pas le *statu quo*, intenable dans les départements où l'asile encombré regorge d'aliénés criminels et délinquants, difficiles et par conséquent nuisibles à eux-mêmes autant qu'aux autres aliénés, mais bien une judicieuse organisation qui sût tenir compte des indications, puisque le caractère des aliénés criminels n'est pas plus uniforme que celui des aliénés ordinaires. Cette organisation devrait prendre en considération les particularités individuelles propres au terroir. Il sera toujours temps de faire appel à l'arsenal des moyens judiciaires et des procédés d'ordre pénitentiaire.

Voyons, maintenant, quelles sont les mesures applicables aux *criminels aliénés*.

Un certain nombre d'auteurs sont partisans de les interner dans un asile spécial d'Etat, commun aux criminels aliénés et aux aliénés criminels; d'autres demandent un asile spécial pour les criminels ou condamnés aliénés; quelques-uns, enfin, préfèrent des quartiers spéciaux annexés à la prison ou à la maison de détention.

Les médecins qui réclament un asile commun pour les criminels aliénés et les aliénés criminels se basent sur le grand nombre des aliénés méconnus et condamnés (qui, par suite, ne sont pour eux que des aliénés criminels), ou sur l'identité au point de vue mental de ces deux sortes d'aliénés. Parmi eux, il en est quelques-uns qui parlent d'un quartier spécial dans l'asile spécial, afin de ne pas mélanger le criminel qui, en somme, a subi une tache, à l'aliéné qui reste, malgré son crime, un honnête homme, et aussi pour assurer une surveillance plus rigoureuse sur les criminels, familiarisés avec tous les subterfuges de la vie pénitentiaire. Wood dit notamment que les aliénés criminels et les criminels aliénés seront placés dans l'asile d'Etat, mais qu'il y aura une section des convicts ou criminels devenus aliénés en cours de peine et exigeant une surveillance plus rigoureuse, quoique humaine.

Quand, par suite des réformes de l'instruction, on aura éliminé les aliénés méconnus et condamnés, soit 35 à 40 %, il n'y aura plus qu'un petit nombre de criminels aliénés. Ces criminels aliénés vrais, dit M. Alombert-Coget, devront être séparés des aliénés ordinaires et placés dans un quartier spécial de l'asile de sûreté pour aliénés criminels. Lorsque leur peine est expirée, ils deviennent des aliénés ordinaires et doivent être envoyés dans les asiles. S'ils y sont reconnus nuisibles, ils rentrent dans la catégorie des aliénés criminels et sont passibles du même régime.

Les partisans d'un asile spécial pour criminels et condamnés aliénés estiment en général que le criminel qui devient aliéné est un prédisposé, un débile, un paranoïaque, un fou moral, etc., etc., particulièrement dangereux, devant être interné dans un asile spécial.

Les promoteurs d'asiles spéciaux annexés à la prison ou à la maison de détention s'appuient sur différentes raisons :

M. Hood, M. Gatsch, M. Proust pensent qu'il est aussi naturel de traiter les criminels aliénés dans une annexe de prison ou de maison de détention que de soigner à l'infirmerie de ces établissements toute autre maladie; il suffit de promulguer des règlements d'administration publique. M. Näcke accorde que l'annexe de la prison convient, car il n'existe pas de psychose de détention et le criminel aliéné est, selon lui, un dégénéré vicieux ou un aliéné criminel, très fréquemment un aliéné méconnu et condamné. M. Sérieux vise quatre quartiers spéciaux annexés aux établissements pénitentiaires près des villes universitaires, pour condamnés devenus aliénés en cours de peine.

Nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter que l'on demande partout à grands cris la visite des établissements pénitentiaires par des aliénistes, au besoin même l'adjonction de psychiatres à ces établissements, ce qui rassurerait les esprits inquiets de savoir ce que deviendront les criminels aliénés soumis à la collocation dont nous venons de parler.

Les mesures médico-administratives qui viennent d'être exposées sont, à notre avis, parfaitement applicables; n'oublions pas, en effet, que le condamné devenu aliéné relève exclusivement du service pénitentiaire.

Si Gaillon devient un asile d'essai à l'usage des aliénés criminels en général, on y pourra peut-être réserver un quartier de criminels aliénés et un local d'inculpés en observation. Cette spécialisation faciliterait sans nul doute la tâche des aliénistes qui brûlent de voir disparaître le groupe des aliénés méconnus et condamnés à tort.

Si l'on n'adoptait pas plus tard la création des asiles de sûreté pour aliénés criminels, on pourrait, avec Gaillon, réaliser celle d'un asile spécial de criminels aliénés, qui mérite avant tout l'attention. Quant à nous, nous préférerions un asile spécial de criminels aliénés à des annexes aux établissements pénitentiaires, parce que l'assistance pourrait être plus médicale dans le premier que dans les autres.

Par contre, nous avons de la répugnance à souscrire à la création d'un asile qui reçoive, comme certains le réclament, tous les déchets moraux des asiles d'aliénés ordinaires (aliénés dangereux, vicieux, dépravés, etc.). Cet asile serait, il est vrai, un asile d'Etat, relevant de l'assistance publique et très bien doté à tous les points de vue. Mais le malade qui y serait envoyé serait justiciable pour toujours de formalités complexes tenant plus de la procédure que de l'assistance. Or, rien n'est plus suggestif que le cadre. Rien n'est plus défavorable au traitement des aliénés que la suppression ou le partage de la responsabilité.

Puisque l'on a reconnu que les grands criminels aliénés, foncièrement dangereux, ou que les aliénés dangereux, pervers, vicieux, à tendances criminelles, sont en petit nombre, pourquoi s'orienter systématiquement vers ce projet? On est, au surplus, fort indécis. Le plan primitif, qui s'adressait à tant d'aliénés, a été abandonné bien qu'on en eût résolument proclamé l'urgence. Aujourd'hui on veut, et l'on a raison, faire du choix — mûrement étudié — la règle.

Mais pourquoi ne pas tout de suite améliorer tous ceux de nos asiles qui sont des capharnaüms inutilisables au point de vue du traitement, en suivant les indications en rapport avec les besoins départementaux correspondants? Agrandissez et subdivisez les quartiers; les médecins, comme l'a recommandé Dagonet, feront la répartition opportune. Cela vaudra mieux peut-être que de réunir dans un même établissement tous les amoraux, délinquants, criminels ou non, plus ou moins délirants.

Cela ne veut pas dire qu'on n'appliquera pas aux aliénés dangereux les systèmes de liberté apparente, coloniaux ou autres; au contraire, on les leur appliquera dans des conditions plus favorables, en les noyant dans la population générale des aliénés, qu'en les groupant.

Au pis aller sera-t-on autorisé à essayer avec circonspection, sous le couvert de la loi de 1838, l'asile de Gaillon dans les mêmes limites que nous avons admises pour les aliénés criminels.

M. Pactet (de Villejuif). — Je ne saurais me rallier aux conclusions du rapport de M. Keraval. Je suis, en effet, convaincu de l'utilité d'un établissement spécial pour les aliénés criminels : subordonner sa création à un essai préalable dans les asiles réorganisés équivaudrait, selon moi, à un ajournement indéfini de la réforme. Je ne crois pas davantage que, grâce à la réforme de l'expertise, aucun aliéné ne soit plus jamais envoyé dans les établissements pénitentiaires. Ce que je désirerais surtout voir reconnaître d'une façon définitive, c'est la réelle différence qui existe entre les aliénés criminels et les autres aliénés. Cette différence réside, selon moi, dans le caractère même de l'acte accompli par les aliénés de cette catégorie; cet acte est l'expression de tendances particulières, inhérentes à la nature de ces sujets, tendances qui se manifestent à l'occasion de la maladie mentale. Cette conception est d'ailleurs en tous points conforme à la loi générale de biologie, qui n'accorde à la maladie que le pouvoir de perturber le dynamisme des phénomènes existant normalement sans créer d'éléments nouveaux.

Il n'est pas rare, en effet, de voir 2 aliénés présentant les mêmes conceptions délirantes, les mêmes troubles sensoriels, etc., réagir d'une façon différente : l'un pourra se livrer à des homicides, et l'autre n'avoir jamais recours à la violence; celui-ci sera un passif et celui là un actif. C'est donc ailleurs que dans les caractères du délire qu'il faut chercher la cause de ces différences réactionnelles. Cette cause réside dans le tempérament, la constitution de ces sujets. Cela étant, il est légitime d'avoir recours pour ces aliénés actifs, violents, à tendances homicides, à un mode particulier d'assistance, que seul pourra réaliser la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels.

M. Colin (de Villejuif). — Je crois également que, même en se plaçant à un point de vue exclusivement médical, le terme d'aliénés criminels doit être conservé, car on peut et on doit admettre que les deux états coexistent, la folie d'une part, les tendances criminelles de l'autre (persécutés homicides, faibles d'esprit, incendiaires, violateurs, pervertis sexuels, etc., etc.). A côté de ces sujets chez lesquels il y a superposition pour ainsi dire de deux états, l'un morbide, l'autre criminel, il existe une autre catégorie composée de sujets qui sont uniquement des malades, mais qui réagissent à la façon des criminels soit sous l'influence de leurs idées délirantes, soit à la suite d'une abolition temporaire ou permanente des facultés intellectuelles (persécutés, épileptiques, paralytiques généraux, etc.). Pour l'ensemble de ces individus, qui tous sont à un degré quelconque des malades, mais des malades toujours dangereux et souvent criminels, l'asile spécial s'impose.

Par contre, on ne saurait assimiler aux criminels vrais, ni considérer comme des aliénés criminels, les aliénés simplement vicieux, paresseux, ivrognes, habitués et exploiteurs des asiles, si nombreux dans les grands centres urbains. Pour ces différentes catégories de malades, je suis partisan de la création de quartiers spéciaux annexés aux asiles.

C'est dans l'intérêt même des aliénés criminels que doivent être prises les mesures que je réclame. Actuellement, ces individus sont maintenus dans des cellules ou dans des quartiers de force (sûreté de Bicêtre); lorsqu'ils parviennent à reconquérir leur liberté, ils récidivent et sont réintégrés tantôt dans des asiles, tantôt dans des prisons, quand on ne les guillotine pas comme Vacher, lequel avait été interné dans différents asiles à la suite d'une première tentative d'assassinat et de suicide, et qui fit ensuite un nombre considérable de victimes.

En matière d'assistance des aliénés criminels, il faut renoncer d'une façon complète au *statu quo :* le système des quartiers annexés aux prisons, comme en Allemagne, des asiles-prisons, comme en Italie, des quartiers spéciaux annexés aux asiles, comme en France, doit être abandonné. Il faut imiter le seul mode rationnel d'assistance qui ait fait ses preuves, celui de Broadmoor en Angleterre ou de Matteawan et Dannemora dans l'Etat de New-York.

En même temps que la création d'un asile central d'Etat ou d'asiles régionaux, je réclame l'intervention de la magistrature pour le placement et la sortie des aliénés criminels. A mon sens, il est absolument indispensable de placer dans cet asile tous les aliénés ayant commis un crime avant ou après l'apparition de leurs troubles mentaux.

La question de la mise en liberté de ces malades pourrait être résolue comme à Broadmoor et à Matteawan, dont les pensionnaires, lorsqu'ils sont mis en liberté après avis du médecin, restent néanmoins soumis à la haute surveillance de l'Etat.

M. Doutrebente (de Blois). — Les mesures à prendre contre les aliénés criminels sont ur-

gentes si elles concernent les aliénés en liberté; elles sont déjà prises, et suffisantes, à l'égard des aliénés criminels hospitalisés dans les asiles publics d'aliénés ordinaires.

Les aliénés, dits criminels, passent inaperçus au milieu des autres aliénés; rien dans leur manière d'être ou de se conduire n'attire particulièrement l'attention sur eux. Ils sont, en général, dociles, faciles à diriger et à surveiller. J'ajoute que je n'ai jamais entendu dire par les autres malades, que le contact avec les aliénés criminels leur fût désagréable ou pénible. Cette promiscuité entre aliénés criminels et aliénés non criminels a paru regrettable à un certain nombre d'auteurs, partisans des asiles spéciaux pour aliénés criminels; c'est là la manifestation d'une idée propre à ces auteurs; mais ce n'est pas le résultat d'une enquête faite auprès des aliénés non criminels, les seuls intéressés dans la question.

Du reste, ne craignons pas de le dire, l'asile spécial où seraient accumulés et réunis tous les éléments de désordre et de dangers ne pourrait être qu'une prison, où on ne tarderait pas à envoyer, avec les aliénés criminels, tous ceux qui, à l'asile, commettraient l'acte qualifié d'homicide ou tentative d'homicide. Ce serait une reculade, un retour aux temps passés, aux anciennes maisons de force.

Je ne parle pas, avec intention, des criminels devenus aliénés après condamnation, parce que j'estime que, dans nombre de cas, il s'agit d'aliénés méconnus, qui n'ont pas fait l'objet d'un examen médico-légal avant leur comparution en justice. Pour eux comme pour les autres, l'asile ordinaire suffit, l'asile spécial est inutile.

Reste la question de la responsabilité qui nous incombe quand nous avons à prendre une décision pour la sortie ou le maintien d'un aliéné criminel amélioré ou guéri qui demande son *exeat*. En pareil cas, il me paraît nécessaire de réclamer l'intervention de l'autorité judiciaire, les magistrats ayant seuls qualité, à mon avis, pour rendre définitives les mesures d'entrée et de sortie des aliénés, quels qu'ils soient.

M. Parant. — Il est inutile, préjudiciable même au bien moral des aliénés, de créer des asiles spéciaux pour ceux d'entre eux qui ont pu commettre des actes réputés crimes ou délits. En ce qui concerne les déments de toute catégorie, l'accord est complet pour admettre que cela est absolument inutile; quant aux autres, en les plaçant dans un asile spécial ou asile-prison, on les expose à être considérés comme des prisonniers de droit commun, ce qui sera pour eux une flétrissure injuste. Il suffirait, pour les plus difficiles de ces aliénés, aussi bien que pour certains aliénés persécuteurs, raisonnants, impulsifs, imbéciles, qui sont susceptibles de troubler le bon ordre d'un asile, de créer des quartiers spéciaux annexés aux asiles.

Pour ce qui est de l'intervention judiciaire dans le placement et le maintien des aliénés, j'estime qu'elle n'est pas désirable : non seulement cette intervention n'augmentera pas les garanties que présente actuellement le contrôle de l'autorité administrative, mais elle contribuera plutôt, comme la création d'asiles spéciaux, à assimiler les aliénés à des délinquants et à des criminels.

M. Rey (de Marseille). — La dénomination d'aliénés criminels est sans valeur, puisqu'il n'y a que l'intervention judiciaire, souvent due au hasard, qui puisse faire distinguer cette catégorie d'aliénés des aliénés simplement dangereux; seule l'appellation de criminels aliénés, malgré les erreurs possibles, a une signification. Quoi qu'il en soit, les uns et les autres peuvent être traités sans inconvénient dans un asile ordinaire. L'internement dans un asile spécial ne serait justifié, à mes yeux, que pour quelques dégénérés doués de mauvais instincts, dangereux et absolument irréductibles.

M. Dupré. — J'estime que, pour tous les sujets à criminalité pathologique, aliénés non délirants, mais dégénérés récidivistes de l'alcool et de l'homicide, êtres dangereux et antisociaux, la création d'asiles de sûreté intermédiaires à l'asile ordinaire et à la prison s'impose.

M. Gimbal (de Prémontré). — Pour ma part, je suis partisan de la création d'un asile spécial destiné non seulement aux aliénés criminels, mais encore à tous les aliénés reconnus dangereux : le placement dans cet asile spécial et la mise en liberté de ces malades seraient ordonnés par l'autorité judiciaire, après avis consultatif du médecin.

M. le Président met aux voix le vœu suivant :

« 1° Qu'il soit créé d'urgence des asiles spéciaux pour le traitement des aliénés particulièrement dangereux;

» 2° Que l'établissement de Gaillon soit immédiatement utilisé, sous le simple couvert de la loi de 1838, pour les aliénés dangereux dans les asiles, ainsi que pour les aliénés criminels;

» 3° Que l'autorité judiciaire intervienne dans l'internement, le maintien et la sortie des aliénés criminels;

» 4° Qu'il soit procédé à la réforme de l'outillage hospitalier des aliénés, comprenant le désencombrement des asiles, le système des bâtiments dispersés, la réduction du nombre des malades, l'élévation de la proportion du personnel des infirmiers et des médecins. » (Adopté.)

De quelques centres sympathiques de la moelle.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Voici les coupes de la moelle d'un chien auquel j'ai enlevé le sympathique thoracique gauche du troisième au dixième rameau communicant. Les lésions, maxima dans la région du troisième segment dorsal, s'étendent du septième segment cervical au septième dorsal.

Dans le troisième segment dorsal, la corne latérale gauche ne fait plus de saillie; elle ne contient que 3 cellules en voie de destruction, tandis que la corne latérale droite renferme 12 cellules normales.

Le cinquième segment dorsal comprend, pour 10 cellules normales dans la corne latérale droite, seulement 5 cellules altérées dans la corne latérale gauche; il en est de même au niveau du septième segment dorsal.

Dans le huitième segment cervical, la corne antérieure gauche, beaucoup moins volumineuse que la droite, est comme affaissée sur sa base. Ce qui reste de la corne latérale droite contient, par coupe, 4 cellules seulement à gauche, et 10 à droite. A la partie externe de la base des cornes antérieures existe un petit noyau de cellules fusiformes semblables aux cellules de la corne latérale. Ce noyau, à gauche, ne renferme, par coupe, que 3 cellules, et elles sont presque complètement détruites, en neuronophagie intense; le noyau homologue droit contient, au contraire, 10 cellules normales.

De l'ensemble de ces faits, on peut conclure que les neurones de la chaîne sympathique thoracique ont leurs centres trophiques dans la corne latérale de la moelle dorsale et dans un noyau latéro-externe de la corne antérieure de la moelle cervicale inférieure. Ce noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure de la moelle cervicale est distinct du noyau postéro-externe de la corne antérieure, dont les cellules sont étoilées.

Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses.

M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon). — Dans les psychoses confusionnelles et stuporeuses, on observe très souvent des phénomènes musculaires spasmodiques (raideurs, contractures, attitudes stéréotypées) qui, dans un certain nombre de cas, peuvent à la longue entraîner, au niveau des muscles intéressés, des troubles trophiques plus ou moins graves : rétractions tendineuses et atrophies musculaires.

Ces contractures et ces atrophies musculaires, chez les stupides et les déments, sont habituellement curables, mais peuvent, dans quelques cas, devenir définitives; elles rappellent l'atrophie musculaire des paralysies hystériques (Charcot, Babinski), et peut-être plus encore celle que l'on observe à la suite de certains spasmes professionnels, où l'on voit des muscles inutilisés pour le travail à accomplir, mais néanmoins maintenus fortement fléchis en permanence, devenir peu à peu le siège d'atrophie et d'une rétraction définitive (Brissaud).

Il s'agit en somme, dans ces cas divers, mais analogues, d'une véritable maladie de Dupuytren dont la cause, au lieu d'être constituée par une sorte de traumatisme externe, résulte d'une irritation permanente exclusivement interne.

Myotonie avec atrophie musculaire.

M. Lannois (de Lyon) présente les photographies d'un malade atteint, depuis quatre ans, d'une atrophie musculaire à forme segmentaire (avant-bras et jambes) avec parésie marquée, steppage, abolition des réflexes rotuliens. Il existe en outre une série de phénomènes qui font penser à une maladie de Thomsen limitée : s'il serre la main, cet homme ne peut plus ouvrir les doigts qu'avec lenteur; il a de même de la peine à lâcher son verre, son couteau. Quand il descend de son lit, il a une contraction dans les muscles des fesses et de la région postérieure de la cuisse, qui l'oblige à s'asseoir sous peine de tomber accroupi. Il offre encore de la raideur pour les premiers mouvements de mastication, de la gêne au début de la miction. La réaction myotonique existe chez ce malade et l'examen biopsique d'un fragment de muscle a montré les lésions typiques de l'atrophie musculaire.

Examen de la suggestibilité chez les névropathes.

M. Schnyder (de Berne). — J'ai examiné la suggestibilité chez un certain nombre de névropathes, en les soumettant à un simulacre d'électrisation pendant cinq minutes et en les interrogeant sur leurs sensations.

Sur 203 sujets soumis à cette épreuve (111 femmes et 92 hommes), la proportion des résultats positifs a été de 54 %. Le plus grand nombre de ces résultats positifs a été constaté chez des neurasthéniques et, beaucoup plus rarement, chez des hystériques. J'attribue cette particularité au rétrécissement du champ de conscience des hystériques, qui les rend réfractaires à des suggestions nouvelles, en dehors du système fixe de leurs auto-suggestions préexistantes.

Sur un moyen épilepto-frénateur.

M. Crocq (de Bruxelles). — On sait qu'il n'existe aucun moyen d'arrêter un accès d'épilepsie lorsqu'il est commencé : or, d'après mes observations, il suffit de placer le sujet sur le *côté gauche* pendant la période *tonique* pour supprimer la période clonique et voir le patient revenir à lui. Je me hâte d'ajouter que la priorité de ce procédé appartient à M. Mc Conaghey (d'Edimbourg), et qu'il m'a réussi dans tous les cas où je l'ai employé. La *latérostation droite* du malade ne m'a donné au contraire que des insuccès.

Migraine ophtalmique avec hémianopsie et aphasie transitoires.

M. Meige (de Paris) communique l'observation d'une femme de soixante-treize ans, atteinte, depuis la ménopause, d'une migraine accompagnée (scotome scintillant, céphalalgie, sensations vertigineuses). Les crises migraineuses se compliquent, en outre, d'hémianopsie et d'aphasie transitoires, ainsi que de parésie de la moitié droite de la face, qui devient œdémateuse.

Tous ces phénomènes doivent être attribués, d'après l'orateur, à un trouble vasculaire transitoire, à un angiospasme, qu'il est difficile de localiser d'une façon précise.

Traumatisme et délire alcoolique.

M. Mabille (de la Rochelle) relate 3 cas de réveil de délire alcoolique, dont 2 survenus à la suite d'un traumatisme et le troisième après un choc moral. Chez ces malades, le délire n'est apparu que plusieurs jours après le trauma et la privation de tout liquide alcoolique.

Tout en admettant que l'organisme s'habitue à l'agent toxique et que cette accoutumance peut être troublée par un choc physique ou moral du buveur toujours en puissance d'alcoolisme, l'orateur estime qu'il faut tenir compte, plus qu'on ne le fait ordinairement, des inconvénients résultant de la suppression brusque des boissons alcooliques chez les buveurs d'habitude.

Sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne.

M. Coulonjou (d'Alençon), après avoir rappelé les constatations faites par les auteurs qui

tendent à voir dans la paralysie générale une maladie des peuples civilisés, établit qu'à l'asile d'Alençon la proportion des paralytiques généraux n'atteint que 2 %, alors que dans la plupart des asiles français elle est de 15 à 30 %. La syphilis et l'alcoolisme existant dans le département de l'Orne au même degré que partout ailleurs, l'orateur attribue cette différence au défaut de culture intellectuelle des populations de la basse Normandie, comparée à celle des autres régions. Ce fait vient à l'appui de la théorie qui considère la paralysie générale comme une affection due surtout à l'usure cérébrale, les autres causes étant seulement occasionnelles.

Puérilisme démentiel sénile.

M. Dupré communique l'observation d'une femme de quatre-vingts ans, démente sénile depuis plusieurs années, gâteuse depuis six mois, qui, après un ictus suivi d'hémiparésie gauche transitoire, présenta brusquement le syndrome le plus net du puérilisme. Elle se mit à affecter les manières, le ton et le langage d'une petite fille, demanda des poupées et se comporta comme une enfant pendant plusieurs mois.

Les progrès ultérieurs de la démence, en diminuant de plus en plus les manifestations de l'activité psychique, effacèrent progressivement les traits de ce tableau clinique.

Le phénomène plantaire combiné.

M. Crocq décrit, sous le nom de *phénomène plantaire combiné*, l'abolition simultanée du réflexe plantaire cortical ou réflexe en flexion et du réflexe plantaire médullaire ou réflexe du *fascia lata*.

Ces réflexes étant d'une constance remarquable à l'état normal, l'orateur attache une grande importance à leur abolition et considère le phénomène plantaire combiné comme un signe pathognomonique de l'hystérie.

Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleuse chez une idiote aveugle-née.

M. Giraud (de Lyon) fait connaître les résultats de l'examen — qu'il a pratiqué avec M. Taty — du cerveau et du cervelet d'une jeune idiote de quatorze ans, aveugle par suite d'ophtalmie purulente des nouveau-nés et morte de tuberculose.

Dans le cerveau, les lésions cellulaires sont étendues aux deux hémisphères, avec un maximum dans les lobes occipitaux et le lobe frontal; elles vont en décroissant dans le pli courbe, les circonvolutions rolandiques et les lobes temporaux. La destruction des éléments cellulaires est totale dans les deux scissures calcarines et les deux lèvres de ces scissures.

Le cervelet est également atteint dans toutes ses parties et les lésions y ont le même caractère (destruction d'un très grand nombre d'éléments, atrophie des survivants); elles paraissent toutefois prédominantes dans le *flocculus* gauche.

Un cas de polynévrite éthylique ayant évolué sous la forme de paralysie ascendante.

M. Oberthur (de Paris) communique l'observation d'une femme de trente-six ans, alcoolique depuis l'âge de treize ans, qui fut atteinte d'une paralysie complète avec incontinence des matières et abolition des réflexes rotuliens. Peu à peu, la paralysie des membres inférieurs envahit le tronc et les membres supérieurs et la mort survint dans une syncope.

Bien qu'il n'y ait pas eu de contrôle anatomique, l'orateur croit qu'il s'est agi là d'une polynévrite éthylique à marche ascendante, superposable aux cas de Landry, de Leudet, etc.

Euphorie délirante des phtisiques.

M. Dupré relate l'observation d'un homme de trente-trois ans, atteint de tuberculose subaiguë, qui, durant toute l'évolution de la maladie, présenta à un degré extrême les caractères de la mentalité habituelle des phtisiques : euphorie, optimisme, inconscience de la gravité de sa situation, illusions, projets, espoir ferme d'un avenir heureux, etc.

A l'autopsie on trouva, outre des lésions tuberculeuses des deux poumons, une méningite hyperplasique et des altérations profondes des cellules nerveuses des lobes frontaux, auxquelles il semble bien qu'on doive attribuer le syndrome psychopathique observé chez ce patient.

Le radium en thérapeutique nerveuse.

M. Foveau de Courmelles (de Paris). — Le radium, comme les rayons X et ultra-violets, est un analgésique puissant. Depuis deux ans, avec des activités de 140 à 10,000, en application continue ou fragmentée, j'ai constaté l'action sédative de ces rayons sur la douleur, organique ou cancéreuse, nerveuse ou névralgique. La suggestion a été diminuée ou supprimée le plus possible, rien n'étant annoncé aux malades, et l'application du radium succédant toujours à d'autres agents médicamenteux ou physiques qui s'étaient montrés impuissants.

Certaines névralgies faciales anciennes — quelques-uns de ces patients avaient déjà été opérés (élongation ou section des nerfs) sans succès — ont cédé plus ou moins rapidement; de même une névralgie sciatique.

Les douleurs en ceinture de 2 ataxiques ont disparu, pour un malade sous l'influence des rayons X; pour l'autre, sous celle des émanations de radium.

Insomnie et attaques convulsives d'habitude.

M. Crocq communique plusieurs cas d'insomnie et d'attaques convulsives d'habitude. Ces phénomènes constituent le reliquat, sur un système nerveux prédisposé, de l'insomnie ou des attaques (hystériques ou épileptiques) provoquées une première fois par une cause tangible et qui se reproduisent ensuite, sans autre raison que l'habitude. Pour combattre ces phénomènes d'habitude, il suffit d'avoir recours à la psychothérapie et aux médicaments régulateurs des fonctions nerveuses.

Traitement des manifestations douloureuses du tabes par le nitrite de soude.

M. Oberthur relate les observations de plusieurs tabétiques chez lesquels il a réussi à faire disparaître les phénomènes douloureux, qui avaient résisté à tous les autres moyens thérapeutiques, au moyen de nitrite de soude administré soit par la bouche, soit par la voie sous-cutanée.

Deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains frais.

M. Doutrebente communique 2 cas de délire aigu pyrétique, accompagné de troubles gastro-intestinaux analogues à ceux de la fièvre typhoïde, qui ont guéri sous l'influence de bains frais (à 28°) d'une durée d'un quart d'heure, renouvelés quatre fois par jour.

Dr G. DENY,
Médecin de la Salpêtrière.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à l'étude des tumeurs ovariennes proliférantes dues aux cellules lutéiniques, par M. V. Grouzdev.

On connaît déjà des exemples assez nombreux de kystes développés aux dépens du corps jaune; plus rares sont les cas où le kyste est dû simplement à la prolifération des cellules lutéiniques; le fait relaté par M. Grouzdev paraît d'autant plus exceptionnel que, chez cette malade, les corps jaunes eux-mêmes avaient disparu.

Une femme de soixante ans, entrée dix ans auparavant dans la ménopause, était sujette depuis quatre mois à des douleurs abdominales, ainsi qu'à une leucorrhée et à des métrorrhagies assez abondantes. La seule particularité anamnestique notable était la multiparité : la patiente avait eu treize enfants et une fausse couche. A l'examen gynécologique, on trouvait un utérus gros, bosselé, dont la cavité mesurait 13 centim. 1/2; par le col entr'ouvert, le doigt pouvait pénétrer dans la cavité cervicale où il percevait de nombreuses nodosités; de chaque côté de l'utérus, on sentait une tuméfaction plus ou moins inégale. Après excision et examen histologique d'une des nodosités utérines, qui était simplement formée de tissu fibreux, on porta le diagnostic de fibrome utérin et l'extirpation de la matrice, ainsi que celle des ovaires atteints de petits kystes, fut exécutée par voie vaginale.

L'examen des pièces montra que l'utérus était effectivement occupé par une série de fibromes sous-muqueux. Quant aux ovaires, qui avaient chacun le volume de deux prunes environ, ils représentaient une masse formée de trois ou quatre petits kystes retenus les uns aux autres par un noyau central de tissu ovarien : à la coupe, ce stroma se montrait parsemé d'un assez grand nombre de kystes minuscules. La paroi de ces diverses productions kystiques était en général constituée par le stroma ovarien, tapissé, du côté de la lumière kystique, par de grosses cellules contenant un pigment jaunâtre et donnant les réactions habituelles aux cellules lutéiniques. Autour des *corpora albicantia* du stroma — restes cicatriciels des anciens follicules —, on retrouvait ces mêmes éléments, et on pouvait suivre tous les stades de développement des kystes, depuis la simple accumulation de cellules lutéiniques jusqu'à la formation d'une cavité par la dégénérescence des parties centrales de ces amas cellulaires. Mais on rencontrait aussi, et en assez grand nombre, des cellules lutéiniques éparses dans le stroma ovarien et dépourvues de toute relation avec les *corpora albicantia*. Nulle part n'existaient de corps jaunes plus ou moins récents, ce qui était assez naturel, vu l'âge de la malade et l'ancienneté de la ménopause.

Il s'agissait donc, chez cette femme, d'une tumeur au sens propre du mot, puisque les altérations observées étaient dues à la prolifération des cellules lutéiniques, mais sans trace apparente de corps jaune. Cette tumeur, en raison de ses caractères histologiques et de l'évolution clinique, peut être considérée comme de nature sarcomateuse : en effet, six ou sept mois après l'hystérectomie, la malade avait un ventre volumineux, de l'ascite et un néoplasme dans la partie supérieure de l'abdomen. Une laparotomie exploratrice permit de constater que l'épiploon et le péritoine étaient envahis par une sarcomatose généralisée. L'abdomen fut refermé, mais quand la patiente, convalescente, quitta l'hôpital, trois semaines plus tard, l'ascite était déjà en voie de reproduction. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — R. DE B.

De l'action des rayons de Röntgen sur les organes internes, par M. H. Heineke.

Au cours de recherches entreprises en vue de se rendre compte du mode d'action des rayons de Röntgen, M. Heineke a été à même de constater que les effets de ces rayons se manifestent tout d'abord du côté de la rate, par la destruction des corpuscules de Malpighi. Cette action destructive des rayons de Röntgen commence à se réaliser déjà quelques heures après l'exposition de l'animal aux radiations, atteint le maximum de son intensité au bout de huit à douze heures et se trouve parachevée dans l'espace de vingt-quatre heures. Le processus de destruction se traduit d'abord par la fragmentation des noyaux des lymphocytes contenus dans les corpuscules de la rate; les fragments et les globules ainsi formés sont saisis par les phagocytes, qui à leur tour ne tardent pas à disparaître, de sorte que bientôt il ne reste plus rien du corpuscule de Malpighi.

Ces altérations se produisent à un moment où l'on ne constate encore aucune modification du côté des autres organes du corps, voire même du côté de la pulpe splénique, et où il ne saurait être question des lésions cutanées. Les rayons de Röntgen paraissent donc exercer, pendant les premières heures qui suivent leur application, une action réellement *élective* sur les glomérules de Malpighi. Cela étant, l'auteur s'est demandé si d'autres organes lymphoïdes ne réagiraient pas de la même façon à l'égard de ces rayons. Les recherches qu'il a instituées en vue d'élucider ce point ont pleinement confirmé l'hypothèse en question : un processus analogue à la destruction des corpuscules de la rate se poursuit, simultanément avec cette destruction, dans tous les groupes de ganglions lymphatiques, dans les follicules clos de l'intestin et — chez les jeunes sujets — dans le thymus.

En ce qui concerne la durée de l'exposition

aux rayons, nécessaire pour déterminer ces lésions, il importe de remarquer que, d'une façon générale, elle est très courte : une exposition d'un quart d'heure peut suffire pour provoquer au bout de quelques heures, chez un chien de taille moyenne, la fragmentation des noyaux dans les follicules de la rate, des ganglions mésentériques et de l'intestin. Or, le laps de temps pendant lequel on fait ainsi agir les rayons de Röntgen est trop court pour influencer d'une manière notable l'état général de l'animal en expérience, voire même pour déterminer une réaction tant soit peu intense des téguments.

En se basant sur ces faits, M. Heineke arrive à conclure qu'il existe, dans l'organisme animal, des cellules beaucoup plus sensibles à l'égard des rayons de Röntgen que les cellules épidermiques, lesquelles ont généralement été considérées jusqu'à présent comme le premier point d'attaque pour ces rayons. La réaction des follicules lymphatiques se produit beaucoup plus tôt que celle de l'épithélium de recouvrement, de sorte que la *période latente* de l'action des rayons et les *effets cumulatifs* qui en dépendent — si caractéristiques pour la réaction cutanée — font, au contraire, défaut quand il s'agit du tissu adénoïde.

L'auteur se croit autorisé à supposer que, chez l'homme aussi, une courte exposition aux rayons de Röntgen déterminerait des altérations analogues dans les follicules lymphatiques. Or, comme l'action exercée par ces rayons sur le tissu adénoïde est essentiellement destructive, on pourrait l'utiliser, dans un but thérapeutique, toutes les fois que ce tissu donne lieu à des troubles morbides, soit par son développement exagéré, soit par une sorte d'hyperactivité pathologique. A ce titre, la radiothérapie serait susceptible de rendre de bons services dans les hypertrophies chroniques de la rate, que l'on réunit sous le nom de pseudoleucémies, dans les cas de lymphome malin ou de lymphosarcome du même organe, ainsi que dans les diverses formes de leucémie. On pourrait également essayer l'emploi des rayons de Röntgen chez les malades pour lesquels il y a lieu de supposer que les troubles morbides sont dus à un développement excessif du thymus.

Ajoutons que les recherches expérimentales de M. Heineke et les conclusions qu'il en tire au point de vue thérapeutique cadrent bien avec les résultats que la radiothérapie a donnés, entre les mains de MM. Senn, Brown, Steinwand, Guilloz et Spillmann, dans la leucémie (1) ou la pseudo-leucémie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 423, et 1904, p. 120 et 174). (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai 1904.) — L. CH.

Des kystes pararénaux en communication avec le bassinet rénal, par M. A. KROGIUS.

L'auteur décrit une variété de kystes pararénaux que les classiques ne distinguent pas toujours, et dont il n'existerait jusqu'ici qu'une dizaine de cas dans la littérature : celui de M. Krogius serait le premier qui aurait été traité par l'extirpation.

Le sujet de cette observation est un homme de vingt-quatre ans qui, depuis l'enfance, éprouvait des douleurs dans le côté droit de l'abdomen, s'accompagnant parfois de vomissements. Ces douleurs revenaient par crises, et c'est au cours d'un de ces accès que l'on constata l'existence d'une tumeur de la région lombo-abdominale droite. Dans les deux ou trois dernières années il s'était produit des hématuries à trois reprises différentes. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, les urines n'offraient rien de bien anormal, sinon leur abondance (de 1,200 à 2,400 c.c.); mais, quelques jours après, on vit sourdre de l'uretère droit, à l'examen cystoscopique, une urine légèrement teintée de rouge. Dans l'abdomen on sentait une grosse tumeur arrondie, élastique, s'étendant des fausses côtes à l'épine iliaque et de la région lombaire au bord externe du muscle droit du côté droit, et donnant, au palper bimanuel, une sensation très nette de ballottement.

On fit le diagnostic d'hydronéphrose. A l'opération, on tomba en effet sur une tumeur kystique contenant environ 1500 c.c. de liquide brunâtre; la poche, qui fut crevée au cours de sa dissection, adhérait au sommet du bassinet avec lequel elle communiquait par un pertuis muni d'un repli membraneux pouvant former clapet. Le kyste fut enlevé, le bassinet refermé et la plaie tamponnée. Malgré un shock opératoire assez considérable, le malade se rétablit et, après n'avoir émis que 150 c.c. d'urine dans la première journée, il en rejeta bientôt entre un et deux litres par jour.

L'opération avait cependant laissé une fistule qui se fermait de temps à autre, causant ainsi des malaises et de la fièvre. On se décida donc à une deuxième intervention, mais les adhérences, le petit volume du rein, l'extrême friabilité de son parenchyme et du bassinet obligèrent à enlever tout l'organe, alors qu'on espérait pouvoir se contenter d'une néphrectomie partielle.

L'examen histologique de la pièce permit de constater, tout au voisinage de l'insertion du kyste au bassinet, quelques vestiges de tissu rénal. La surface intérieure de la poche était partiellement tapissée par un épithélium en continuité avec celui du bassinet. Cette disposition donne à penser que les kystes rénaux de ce genre se développent aux dépens de lobules rénaux aberrants. Quant au liquide, il contenait 1.90 % d'albumine, 0.03 % d'urée et 0.60 % de chlorure de sodium; la ponction exploratrice, en révélant les différences de composition chimique de ce liquide et de l'urine, aurait donc pu permettre de poser un diagnostic plus exact. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 1.) — R. DE B.

Sur la rupture de l'utérus gravide au niveau d'une cicatrice provenant d'une opération gynécologique antérieure, par M. R. VON FELLENBERG.

On connaît déjà d'assez nombreux exemples de ruptures utérines survenues chez des femmes ayant subi une délivrance artificielle, une opération césarienne, une énucléation sous-péritonéale de myome ou surtout une hystéropexie. Il est intéressant de noter que des interventions en apparence plus bénignes peuvent exposer à cet accident, comme le fait s'est produit chez une malade de M. von Fellenberg.

Il s'agissait d'une femme ayant eu cinq grossesses dont la dernière, terminée par une fausse couche, lui avait laissé une salpingite suppurée gauche. Celle-ci fut opérée, et, afin de prévenir l'infection péritonéale, on pratiqua l'évidement cunéiforme de la corne utérine contenant le segment interstitiel de la trompe. Les suites opératoires furent assez sérieuses, car, le pyosalpinx s'étant rompu au cours de l'opération, on avait dû tamponner à la Mikulicz et la guérison ne s'était faite que par seconde intention. Deux ans après, cette femme était de nouveau enceinte, à terme et en travail: celui-ci avait débuté et s'était poursuivi sans que la parturiente eût éprouvé de douleurs particulières ou de sensation de déchirement. Cependant, la sage-femme et le médecin ayant observé quelques symptômes anormaux envoyèrent la patiente à l'hôpital. Là, on put constater tout d'abord que la cicatrice de la laparotomie s'était élargie au niveau de son tiers moyen et formait une saillie aux parois amincies, sous lesquelles on sentait les parties fœtales avec une netteté inquiétante : le globe utérin ne se retrouvait nulle part. Au toucher, on arrivait sur un col presque entièrement dilaté et sur la tête qu'on sentit nettement progresser sous l'influence d'une poussée, bien que les contractions utérines cessent généralement après les ruptures. On s'empressa d'appliquer un forceps : la tête fut facilement extraite, mais le tronc se trouva arrêté; en insinuant les doigts le long du cou, on reconnut que l'épaule antérieure accrochait en avant et à gauche un relief résistant, dont le siège élevé empêcha de reconnaître la nature exacte. Cependant, en tirant en bas et en arrière, on finit par dégager l'épaule. On introduisit alors la main dans l'utérus et, dans la région de la trompe gauche, on reconnut une vaste déchirure où se rencontraient pêle-mêle des caillots, des anses intestinales et le placenta. L'état général de la parturiente ne permettant pas d'entreprendre une laparotomie, on se borna à tamponner. La mort survint quelques instants après; à l'autopsie, on put constater que le placenta siégeait au niveau même de la déchirure.

Cette localisation du placenta sur une ancienne cicatrice semble, en effet, porter au maximum les risques de rupture. Chez une seconde femme qui avait subi une opération exactement semblable à la précédente, on constata, lors d'une grossesse ultérieure — trois ans et demi plus tard —, que l'utérus était extrêmement aminci dans la région de la corne utérine. On pouvait à bon droit craindre une rupture. Cependant, la malade accoucha prématurément, à huit mois, et expulsa spontanément et sans complications un fœtus mort pesant 1,680 grammes. Si, dans ce cas, la rupture ne se produisit pas, c'est que probablement le placenta ne s'insérait pas sur la cicatrice utérine. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les lavages du bassinet du rein contre la pyonéphrose unilatérale.

Lors de la discussion soulevée, il y a six ans, au sein de la Société de médecine berlinoise, par une communication de M. Casper, relative au traitement de certaines affections rénales par des lavages du bassinet après cathétérisme urétéral, l'efficacité de cette méthode thérapeutique fut contestée par différents orateurs (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 463, 503 et 510). Aussi nous paraît-il intéressant de signaler les bons effets que M. le docteur Rafin, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, a obtenus avec ce procédé chez une femme de vingt-six ans, atteinte d'uropyonéphrose colibacillaire du côté gauche: notre confrère a vu la lésion rénale guérir complètement et rapidement à la suite d'un lavage prolongé du bassinet.

Pour être efficaces, les lavages doivent, en effet, être pratiqués avec une grande quantité de liquide: c'est ainsi que dans le cas en question, alors que dix lavages avec 12 à 15 grammes d'une solution de nitrate d'argent à 1 % avaient paru à peu près sans action, il suffit d'un seul lavage prolongé pendant deux heures, et fait alternativement avec de l'eau boriquée bouillie et avec une solution de nitrate d'argent tantôt à 5 % et tantôt à 1 %, pour obtenir une amélioration notable, qui était manifeste à l'examen du résidu rénal : celui-ci, demeuré encore relativement abondant, était devenu presque limpide et sans odeur. Un second lavage vint parfaire la guérison. Trois mois après, on ne trouvait plus dans l'urine qu'un léger dépôt de cristaux oxaliques et quelques très rares globules de pus. Au point de vue bactériologique, l'urine était entièrement stérile; du côté du rein, tous les signes avaient disparu.

Le décubitus ventral comme moyen de faciliter la réduction de la luxation de la hanche.

D'après l'expérience de M. le docteur E. Delanglade, professeur de pathologie externe à l'Ecole de médecine de Marseille et chirurgien adjoint des hôpitaux de ladite ville, on faciliterait notablement les manœuvres de réduction de la luxation traumatique de la hanche en plaçant le blessé sur une table, dans le décubitus ventral, le membre luxé pendant verticalement au dehors. Cette position — qui, du reste, a déjà été préconisée, il y a quelques années, par M. L. A. Stimson (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 102) — permettrait de fixer le bassin beaucoup mieux qu'on ne peut le faire dans le décubitus dorsal, selon le procédé classique de Desprès-Bigelow. En outre, l'attitude « à plat ventre » faciliterait le relâchement musculaire, le poids du membre venant s'ajouter à l'effort du chirurgien, au lieu de le contrarier comme cela a lieu quand le blessé est couché sur le dos; il serait ainsi possible de se passer de l'anesthésie générale dans des cas où celle-ci serait indispensable avec les procédés ordinaires.

De fait, le décubitus ventral a permis à notre confrère de réduire deux luxations iliaques: l'une avait résisté à des tentatives multiples de réduction, et pour l'autre on avait affaire à un homme très fortement musclé, avec contracture particulièrement intense.

(1) Deux autres cas de leucémie splénomédullaire, traités avec succès par les rayons de Röntgen, ont été récemment relatés par MM. Bryant et Crane (*Med. Record*, 9 avril 1904), et un fait analogue a été depuis lors publié par M. Krone (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai 1904). — L. CH.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

La torsion du cordon spermatique (bistournage spontané), par M. J. Vanverts.

Pratiquée depuis longtemps par les vétérinaires, sous le nom d'opération du bistournage, en vue de la castration des animaux, la torsion du cordon spermatique peut se produire spontanément chez l'homme et déterminer alors des accidents sérieux. L'auteur n'a pu recueillir que 44 observations de cette affection dans la littérature médicale, auxquelles il ajoute un fait personnel. A cette occasion, il s'est en outre livré à des recherches cliniques et expérimentales, qui, jointes à l'étude des 45 cas cliniques précités, constituent la base du présent mémoire.

Sur deux points de l'histoire de la torsion du cordon, M. Vanverts a été conduit à des conclusions différentes de celles de ses devanciers. Ces divergences concernent essentiellement l'évolution des lésions et la conduite à tenir.

D'après la généralité des chirurgiens, la torsion du cordon entraînerait infailliblement la suppuration et la gangrène septique des parties atteintes. Or, pour l'auteur, ces phénomènes ne surviendraient que lorsqu'il y a une infection surajoutée. En dehors de conditions spéciales, d'ailleurs rarement réalisées, le foyer aseptique que constitue le testicule après suppression de sa circulation propre ne serait pas plus exposé à s'infecter que ne le serait un hématome sous-cutané, par exemple. C'est pourquoi M. Vanverts croit devoir considérer la guérison avec atrophie simple du testicule, sans suppuration, comme la règle chez l'homme, ainsi qu'elle l'est chez les animaux après le bistournage.

Les expériences entreprises par l'auteur en vue d'élucider ce point spécial lui ont du reste donné des résultats entièrement favorables à cette manière de voir : ayant séparé, chez des chiens, après incision des bourses, les enveloppes scrotales proprement dites d'avec les portions sous-jacentes, il vit dans tous les cas la plaie cutanée s'infecter et l'élimination du testicule se produire. Au contraire, pareil fait ne s'observe jamais après la torsion sous-cutanée.

M. Vanverts est ainsi amené à considérer le testicule comme beaucoup moins gravement compromis dans sa vitalité, à la suite de la torsion du cordon, qu'on ne s'accorde généralement à l'admettre. Un pareil pronostic a comme corollaire naturel des indications opératoires différentes de celles qui sont communément adoptées. On sait, en effet, que l'intervention chirurgicale est, en principe, jugée indispensable dans tous les cas de torsion du cordon, et que seul varie le mode de cette intervention (détorsion par manœuvres externes ou internes, exérèse du testicule). Or, d'après l'auteur, il importe d'établir, à ce point de vue, une distinction essentielle entre les cas où il s'agit d'un testicule en ectopie et ceux où cet organe a sa situation normale dans les bourses.

Lorsque l'on a affaire à un testicule ectopié, on ne saurait songer à détordre le cordon par manœuvres externes, puisque la glande est retenue au niveau du canal inguinal. En outre, le diagnostic reste pour ainsi dire toujours hésitant entre l'hypothèse de torsion du cordon et celle d'étranglement herniaire. Une incision s'impose donc. Il faut alors, si les accidents sont récents, et en se guidant sur l'aspect que prend le testicule après détorsion et abaissement, ou sacrifier cet organe — ce qui paraît devoir être la règle —, ou le conserver en le ramenant à sa place normale dans les bourses. La castration est encore indiquée toutes les fois que les accidents remontent à vingt-quatre heures ou plus, la vitalité du testicule, en pareille occurrence, étant compromise d'une façon irrémédiable. La castration paraît être d'ailleurs, dans ces cas, sans grand inconvénient, la cryptorchidie indiquant d'habitude que le testicule a perdu toute valeur fonctionnelle.

Il en est autrement quand on se trouve en présence d'un testicule normalement descendu dans les bourses : ici on doit supposer que la glande avait, avant la torsion, une valeur fonctionnelle normale; en outre, le diagnostic de hernie étranglée peut toujours être éliminé par l'étude clinique du malade. Aussi M. Vanverts conseille-t-il de s'efforcer tout d'abord de réduire la torsion par des manœuvres externes, quitte à recourir, en cas d'échec, à l'incision immédiate avec détorsion manuelle. Etant donné que, dans ces conditions, un testicule normal et normalement situé présentera presque toujours une coloration plus claire, indiquant que la circulation est susceptible de se rétablir, il faudra conserver l'organe et se contenter de le fixer par une ou deux sutures perdues au catgut, afin d'éviter que la torsion ne se reproduise.

Lorsqu'on intervient à une époque tardive — l'accident datant de plus de vingt-quatre heures —, l'auteur estime que l'abstention doit être de règle, à moins que des phénomènes d'inflammation bien nette et prolongée, ou encore la répétition de la torsion, n'imposent l'opération : dans la première éventualité, il faudra recourir à la castration, dans la seconde à la détorsion et à la fixation du testicule. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mars 1904.) — F. M.

Symptômes tardifs et intenses de l'empoisonnement par le phosphore chez une fillette de sept ans; guérison, par M. L. Baumel.

Le fait d'empoisonnement par le phosphore que relate M. Baumel est intéressant d'abord en ce que les symptômes furent tardifs; ensuite, parce qu'il prouve que, contrairement à l'opinion régnante, cette sorte d'empoisonnement n'est pas absolument au-dessus de nos ressources thérapeutiques, même chez l'enfant.

Une fillette de sept ans fut prise, trois jours après avoir absorbé une assez grande quantité d'une volaille empoisonnée à l'aide de grains d'avoine bouillis avec des allumettes, d'accidents graves consistant en une contracture généralisée, associée à de violentes convulsions et à de très vives coliques avec sensation de brûlure dans le ventre. Le lendemain, ces manifestations restant les mêmes, on constatait une légère teinte subictérique de tout le tégument externe et des sclérotiques; les masses musculaires contracturées étaient fort douloureuses à la palpation; la constipation était opiniâtre, et la petite malade avait des envies fréquentes d'uriner, avec oligurie très marquée, mais sans albuminurie; le foie était augmenté de volume. Durant les trois premiers jours, les symptômes persistèrent, accompagnés d'une fièvre d'ailleurs très modérée (38° le soir). Puis cette légère hyperthermie disparut elle-même, et les diverses manifestations allèrent en s'amendant progressivement et très lentement. La convalescence, entrecoupée de crises de contracture, voire même de convulsions, se prolongea un bon mois; elle fut marquée par des décharges phosphaturiques abondantes. Le traitement employé avait consisté en inhalations d'oxygène et absorption d'essence de térébenthine, afin d'oxyder le phosphore, et en administration de magnésie, dans le but de neutraliser l'acide phosphorique ainsi formé.

Comme on le voit, chez cette petite malade la phase des accidents primitifs locaux, dus à l'action caustique du phosphore sur le tube digestif, fit entièrement défaut, vraisemblablement à cause de l'état de division extrême sous lequel le toxique — dissous dans les graisses de la volaille empoisonnée — avait été absorbé; on entra donc de plain-pied dans la phase des accidents généraux, ceux que l'on observe, d'ordinaire, à la fin de l'empoisonnement par le phosphore, lorsque celui-ci a pu pénétrer la masse sanguine et les divers organes, le système nerveux en particulier. (*Montpellier méd.*, 20 et 27 mars 1904.) — F. F.

Diagnostic de l'intoxication tuberculeuse chez l'homme par l'injection sous-cutanée, à des cobayes tuberculeux, de divers liquides de l'organisme, par M. Mérieux.

Si la réaction à la tuberculine offre, pour le diagnostic de la tuberculose, une indiscutable valeur, il est non moins certain que ce procédé n'est pas exempt d'inconvénients graves. A ce titre, la méthode de « réaction indirecte » que propose M. Mérieux peut rendre des services : elle consiste à provoquer la réaction, non plus chez le malade lui-même, mais bien chez un animal tuberculeux auquel on injecte tel ou tel liquide organique provenant du sujet suspect, et, par suite, susceptible de renfermer de la tuberculine.

De fait, sur 18 cobayes tuberculisés depuis plusieurs semaines, et qui reçurent en injection sous-cutanée soit du sérum, soit des urines, soit du liquide d'épanchement, soit enfin du sang (hémoptysie) fournis par des tuberculeux avérés ou douteux, ou au contraire par des non-tuberculeux, 10 donnèrent une réaction positive, se traduisant par une élévation thermique de 1° à 2°; or, les liquides injectés provenaient régulièrement dans ces cas d'individus certainement tuberculeux. 2 autres animaux réagirent moins nettement, en ce sens que l'hyperthermie atteignit seulement 0°75; les malades correspondants étaient des douteux : pour l'un une seconde épreuve, avec une injection plus massive, eut un résultat positif; pour l'autre, cette seconde épreuve ne put être faite. Enfin, chez les 6 derniers cobayes, qui avaient reçu des liquides fournis par des sujets non tuberculeux, la réaction fut négative, l'élévation de température ayant atteint au maximum 0°5.

Aussi, l'auteur conclut-il de ces recherches qu'une réaction positive permet d'affirmer l'existence de lésions tuberculeuses; en cas de doute, il convient de recommencer l'expérience en augmentant la dose de liquide injecté. (*Lyon méd.*, 27 mars 1904.) — F. F.

Du suicide par auto-section linguale en Indo-Chine, par M. Talbot.

Le mépris de la mort qu'affectent la plupart des Orientaux explique que le suicide soit fréquent chez eux : ils y ont recours dans tous les cas où ils croient nécessaire de « sauver la face ». Parmi les modes de suicide employés en Indo-Chine — le plus fréquent de beaucoup étant la submersion (80 %) —, M. Talbot en fait connaître un qui est remarquable à la fois par son originalité et par la difficulté que le médecin peut avoir, en pareille occurrence, pour rapporter à leur véritable cause les accidents qu'il observe : il s'agit de l'auto-section linguale par morsure, mode de suicide auquel l'Annamite s'adresse quand les circonstances (incarcération, étroite surveillance) s'opposent à ce qu'il utilise les autres procédés de suicide.

Comme la simple striction de la langue entre les arcades dentaires — par la contraction, même brusque et intense, des temporaux et des masséters — est le plus souvent insuffisante pour sectionner l'organe et ne produit guère qu'une contusion au deuxième ou au troisième degré, le sujet complète d'ordinaire l'action de sa mâchoire par celle, plus énergique, de son poing ou de son genou, dont il heurte violemment son menton. La mort survient par syncope, consécutivement à l'abondante hémorrhagie que produit la section de l'artère linguale, quand le patient est privé de soins; même la simple contusion de la langue pourrait entraîner parfois la mort, en raison de l'asphyxie déterminée par l'œdème énorme de la région.

A vrai dire, les tentatives de suicide par autosection linguale seraient assez rarement couronnées de succès. L'auteur a eu l'occasion d'en observer 4 cas, tous terminés par la guérison; dans un de ces faits, notamment, la tentative était déjà ancienne, et le lambeau antérieur, incomplètement sectionné, demeurait attaché à la base de la langue par un pont musculaire de 6 millimètres de largeur. Dans un autre, la section — toute récente et également incomplète — portait sur le cinquième antérieur de l'organe; on pratiqua une suture musculo-muqueuse au catgut, mais le patient faisait dès le lendemain sauter les sutures; la cicatrisation des deux lambeaux se fit donc isolément, et l'on dut ultérieurement sectionner aux ciseaux le petit lambeau antérieur, qui flottait derrière les arcades dentaires à tout mouvement de la langue.

Il est à remarquer que, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, ces pertes de substance plus ou moins étendues de la langue n'entraînent en général, après cicatrisation, que des modifications insignifiantes des fonctions du langage : seul un léger zézaiement accompagne parfois, mais non toujours, l'élocution.

Comme traitement, l'intervention rationnelle, en cas d'auto-section incomplète, est évidemment la suture des lambeaux par un surjet musculo-muqueux au catgut. Si la section est au contraire complète, on se contentera de la-

vages antiseptiques chauds de la région buccale. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin 1904.) — F. F.

Les mouvements involontaires de la tête comme expression d'une affection isolée d'un des canaux semi-circulaires chez l'homme, par M. B. Okounev.

Les fonctions du labyrinthe sont encore mystérieuses : en effet, si les mémorables expériences de Flourens sur les pigeons ont permis de constater des troubles très particuliers de la statique (mouvements de rotation, de manège, etc.) à la suite de la lésion de tel ou tel des canaux semi-circulaires, il est assez curieux que ces lésions, quand elles surviennent chez l'homme, ne déterminent dans l'immense majorité des cas que du vertige et du nystagmus. A ce point de vue, il est intéressant de signaler les 2 observations relatées par M. Okounev, car les troubles qui y sont mentionnés sont beaucoup plus immédiatement comparables aux résultats obtenus par l'expérimentation.

Ils concernent deux jeunes hommes qui, au cours d'une otite moyenne — de date très ancienne, mais avec épisode aigu, dans l'un des cas; plus récente dans l'autre —, furent pris de mouvements d'oscillation de la tête dans le sens antéro-postérieur; ces oscillations, se faisant autour de l'axe transversal de l'extrémité céphalique, étaient rythmiques et très rapides : on en comptait de 60 à 70 par minute chez l'un des malades, de 110 à 120 chez l'autre, qui offrait en outre des oscillations concomitantes du tronc autour d'un axe passant par les articulations coxo-fémorales. Ces troubles disparurent au bout d'une semaine chez le premier patient; le second n'en était pas débarrassé quand il quitta le service de M. Okounev au bout de plus de six mois.

Ces oscillations sont attribuées par l'auteur à une lésion isolée du canal semi-circulaire postérieur, sans doute envahi par du pus ou des granulations; il est vraisemblable d'ailleurs que la simple congestion jouait un rôle dans leur pathogénie, car l'application de vésicatoires à la région mastoïdienne eut pour effet, dans les deux cas, de les atténuer. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la signification de la constatation de traces de sang dans les fèces, par M. G. Joachim.

L'auteur rappelle le procédé préconisé, il y a déjà onze ans, par M. H. Weber en vue de déceler de petites quantités de sang dans les fèces, et qui consiste à faire, des matières à examiner, un extrait à l'aide de l'acide acétique et de l'éther, de manière à transformer l'hématine en acétate d'hématine; sur cet extrait on pratique ensuite l'épreuve, bien connue, du mélange de teinture de gaïac et d'essence de térébenthine. La préparation de l'extrait a simplement pour but d'éliminer toutes les autres substances qui, à l'égal du sang, ont la propriété de bleuir le mélange de gaïac et de térébenthine. La sûreté de la réaction dont il s'agit a été confirmée par d'autres auteurs, tels que MM. Schär, Schuster et Rossel. Mais la valeur diagnostique de cette recherche des traces de sang, pour les affections du tube digestif, a été surtout mise en évidence par M. Boas.

A son tour, M. Joachim a cherché à se rendre compte de l'importance clinique de la constatation de traces de sang dans les fèces, en examinant systématiquement, à ce point de vue, tous les malades nouvellement admis à la clinique de M. Lichtheim. Il a pu de la sorte s'assurer que l'épreuve reste toujours négative chez les individus pour lesquels il n'y a aucune raison de supposer que les fèces puissent contenir du sang. Si cette règle souffre quelques exceptions, celles-ci s'expliquent soit par l'ingestion récente d'aliments renfermant du sang (boudin, viande crue ou incomplètement cuite), soit par la déglutition du sang provenant d'une épistaxis ou, plus rarement, d'une hémoptysie. Chez les pneumoniques eux-mêmes, la réaction donne un résultat négatif, et cela malgré le caractère sanguinolent de l'expectoration.

Par contre, dans les affections des voies digestives, la réaction est très souvent positive. Et d'abord, elle l'est presque toujours dans les cas de cancer : sur 19 observations de cette catégorie, une seule (cancer de l'œsophage) a donné un résultat négatif; chez tous les autres patients, les fèces ne restaient jamais complètement exemptes de sang pendant plusieurs jours consécutifs.

Moins constante chez les sujets atteints d'ulcère de l'estomac (28 cas), la réaction positive y a, cependant, été notée dans la proportion de 83 % des faits. Si, chez les cancéreux, les hémorrhagies sont à la fois peu abondantes et en quelque sorte ininterrompues, dans les cas d'ulcère gastrique on voit, au contraire, alterner des périodes marquées par des écoulements sanguins considérables avec des périodes où l'épreuve de M. Weber reste négative.

Il est aussi des processus ulcératifs, la tuberculose intestinale par exemple, qui ne s'accompagnent pas d'élimination du sang avec les fèces. Il en est de même pour les gastrites banales, la gastroptose, la présence des parasites dans l'intestin (chez 1 sujet infesté par le *Balantidium coli*, la réaction fut, cependant, positive).

Il est évident que, étant donné le grand nombre d'affections gastro-intestinales susceptibles d'entraîner des hémorrhagies des voies digestives, la constatation de traces de sang dans les fèces ne saurait avoir, en elle-même, une importance considérable; mais la recherche en question peut rendre de bons services pour juger de l'évolution d'une maladie chronique, telle que l'ulcère de l'estomac, et pour apprécier la valeur des moyens thérapeutiques mis en œuvre en vue de la combattre. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 mai 1904.) — L. CH.

Le traitement moderne de l'ophidisme au Brésil, par M. E. von Bassewitz.

Les morsures de serpent sont, comme on le sait, particulièrement fréquentes au Brésil, où les ophidiens venimeux sont représentés surtout par les genres *Crotalus* et *Bothrops*. Jusque dans ces dernières années, toute la thérapeutique dirigée contre ces morsures était limitée à l'emploi des moyens locaux, tels que les injections sous-cutanées de permanganate de potasse (de Lacerda), associés ou non à l'usage interne de quelques remèdes populaires. Fort peu efficace, ce traitement ne réussissait guère à diminuer d'une manière sensible la mortalité, assez élevée, par ophidisme. Aussi les médecins exerçant au Brésil s'étaient-ils, dès le début, vivement intéressés aux essais de sérothérapie des accidents causés par les morsures de serpent. Mais on ne tarda pas à se convaincre que le sérum anti-venimeux, préconisé par M. Calmette, échoue complètement ou ne donne que des résultats douteux, en ce qui concerne les morsures par les serpents du Brésil, et de nombreuses expériences sur des animaux, instituées par M. Vital Brazil, ne firent que confirmer l'observation clinique, en démontrant l'inefficacité absolue de ce sérum à l'égard du venin provenant des Thanatophidiens indigènes. C'est que, pour obtenir le sérum en question, on était parti de cette idée que la nature et la composition chimique du venin sont les mêmes chez tous les ophidiens : le sérum, préparé avec du venin d'un serpent quelconque, devait pouvoir neutraliser les sécrétions venimeuses de tous les autres ophidiens. Or, ces vues théoriques sont loin de répondre à la réalité des faits, la nature du venin variant avec le genre de serpents auquel on a affaire.

En tenant compte de ce principe fondamental, M. Vital Brazil a pu obtenir, par l'immunisation des chiens et des chèvres, deux sortes de sérums antivenimeux, dont l'un est efficace à l'égard des morsures des serpents du genre *Crotalus*, et dont l'autre possède les mêmes propriétés vis-à-vis le genre *Bothrops*. Dans les cas où l'on n'est pas fixé sur l'identité de l'ophidien en cause, on injecte un mélange composé, par parties égales, des deux sérums en question. Malheureusement, ces préparations ne conservent pas longtemps leurs propriétés spécifiques, ce qui n'est pas sans diminuer sensiblement leur valeur.

Afin de remédier à cet état de choses, M. von Bassewitz a imaginé un procédé qui, tout en présentant quelques analogies avec la sérothérapie, paraît cependant plus facile à mettre en pratique. Partant de ce fait que les serpents venimeux jouissent d'une immunité absolue à l'égard de leur propre venin, l'auteur s'est demandé si cette immunité n'est pas due à l'action neutralisante et antitoxique de la bile de ces mêmes animaux. Des expériences *in vitro* et une série d'essais institués sur des lapins confirmèrent pleinement cette hypothèse. Cela étant, M. von Bassewitz conseille de procéder de la façon suivante : comme, dans la plupart des cas, le serpent qui vient de mordre est tué sur-le-champ, rien n'est plus facile que d'utiliser son foie en vue d'une inoculation antivenimeuse. A cet effet, on commence par extirper la glande biliaire, en observant toutes les précautions d'asepsie; puis, on la triture dans un mortier, en y ajoutant peu à peu de 50 à 100 c.c. d'une solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium. On obtient de la sorte une émulsion que l'on filtre, ensuite, à travers une couche d'ouate aseptique, et on injecte le filtrat sous la peau du flanc ou du dos. A titre d'adjuvant, on peut administrer *per os* le contenu de la vésicule biliaire du même serpent.

Il va sans dire que le procédé en question ne doit être employé que dans les cas où l'on n'a pas sous la main un sérum antivenimeux récemment préparé. Il est bon de savoir que l'injection d'extrait hépatique préconisé par l'auteur présente l'inconvénient de donner souvent lieu à des abcès au niveau de la piqûre, ce qui tient, peut-être, à la richesse du liquide injecté en éléments figurés, tout comme à la diminution du pouvoir bactéricide des tissus sous l'influence du venin. Quoi qu'il en soit, il est évident que, étant donnée la gravité des accidents, la crainte d'une suppuration éventuelle ne saurait empêcher d'essayer un moyen qui, cette complication mise à part, paraît donner d'excellents résultats. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mai 1904.) — L. CH.

Sur le système vasculaire et la curabilité des tumeurs, par M. H. Ribbert.

Le système vasculaire des néoplasmes présente, au point de vue histologique, cette particularité qu'on ne saurait reconnaître dans les canaux qui le constituent — à moins qu'il ne s'agisse de vaisseaux préexistants, envahis seulement par la tumeur — la structure typique des artères, des veines et des capillaires : on n'y voit que des tuyaux vasculaires, larges ou étroits, mais qui diffèrent entre eux d'autant moins que le développement du néoplasme a été plus rapide. Dans les tumeurs à évolution lente, les vaisseaux afférents (plus larges) offrent, il est vrai, des fibres élastiques et des fibres musculaires lisses, mais ces éléments n'affectent pas la disposition normale. Dans les néoplasmes malins, riches en cellules et à prolifération rapide, les canaux afférents, eux-mêmes, ne sont souvent constitués que par une simple membrane endothéliale. On comprend que cette structure rudimentaire doive nécessairement aboutir à un fonctionnement défectueux : pour assurer la circulation régulière du sang, il manque à cette ébauche de système vasculaire deux propriétés essentielles, l'élasticité et la contractilité. D'autre part, la tension élastique des tissus environnants, qui, à l'état normal, favorise la progression du sang dans les vaisseaux, fait ici presque complètement défaut. Ce qui contribue encore à aggraver cet état de choses, c'est la disposition irrégulière des canaux vasculaires (absence de division dendriforme), peu propice à la circulation du sang, et l'irrigation généralement insuffisante de la masse néoplasique, comme on peut s'en rendre compte, par exemple, sur les tumeurs de l'ovaire, où l'on voit souvent un seul tronc vasculaire, plus étroit que l'artère rénale, arroser un néoplasme dont le volume dépasse de beaucoup celui d'une tête d'adulte.

Ainsi donc, à tous les points de vue, la circulation du sang dans les tumeurs est loin de se faire comme dans les tissus normaux : insuffisante quantitativement, elle manque aussi d'énergie et d'uniformité, de sorte que le sang progresse trop lentement et souvent même subit une stagnation complète. S'il en est ainsi, on peut se demander comment, malgré cet état défectueux de la circulation sanguine, est pos-

sible l'existence, parfois même le développement excessivement rapide, de la tumeur. C'est qu'à l'état normal la plupart des matériaux nutritifs que le sang apporte aux tissus sont utilisés par ceux-ci en vue de leur activité fonctionnelle, la réparation des éléments anatomiques ne nécessitant chez l'homme adulte qu'une portion tout à fait minime de ces matériaux. Or, les cellules néoplasiques n'ayant généralement pas de fonction à accomplir, les matériaux nutritifs que leur fournit le sang sont utilisés exclusivement pour la prolifération, aux besoins de laquelle la circulation — quoique fort défectueuse — suffit cependant largement, et encore convient-il de faire remarquer que plus on s'éloigne des parties périphériques de la tumeur, dont la nutrition est assurée en raison même du voisinage des tissus sains, et plus on constate de signes d'une vitalité compromise, tels que dégénérescence graisseuse, vacuolisation, irrégularités dans la structure des noyaux, etc.

Cela étant, la curabilité de certains néoplasmes sous l'influence des agents thérapeutiques, qu'ils soient de nature chimique (arsenic, injections d'alcool, toxines bactériennes) ou physique (rayons de Röntgen, radium), devient facile à comprendre : ces agents exercent une *action élective* sur les cellules néoplasiques, non pas parce que les éléments cellulaires en question possèdent des propriétés particulières, mais tout simplement en raison de la nutrition défectueuse de la tumeur; aussi les cellules néoformées deviennent-elles facilement la proie des agents nocifs, alors que les tissus normaux ne sont que peu ou point atteints par ces mêmes agents. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 mai 1904.) — L. CH.

Traitement des plaies pénétrantes de poitrine; un cas de suture du poumon, par M. GRUNERT.

Les exemples de plaies du poumon, traitées par la suture immédiate, et guéries, sont assez rares pour qu'il soit utile de les noter tous. Voici, en raccourci, l'observation de M. Grunert :

Un ouvrier reçoit un coup de couteau au côté gauche de la poitrine; deux heures après, on l'apporte à l'hôpital, pâle, anhélant, le pouls petit, quoique régulier; on trouve, dans le quatrième espace intercostal gauche, en arrière de la ligne mamillaire, une plaie béante de 6 centimètres de long, par où l'air s'engouffre avec bruit à chaque respiration. On désinfecte la région. Le doigt, introduit dans la plèvre, provoque l'évacuation d'un demi-litre de sang, d'abord noir, puis rutilant; l'hémorrhagie continue, elle ne vient pas de la paroi. La plaie agrandie, un lambeau est relevé, de dehors en dedans, et un segment de 7 centimètres de la quatrième côte est réséqué. On peut alors faire pénétrer la main dans le thorax, et l'on reconnaît, sur le poumon, que chaque mouvement respiratoire projette en partie hors de la plaie cutanée, à la face antérieure du lobe inférieur, près de la base, une plaie de 3 centimètres de long, de 2 centimètres de profondeur environ, qui saigne à flots.

Après un essai infructueux d'hémostase au thermocautère, on prend le parti de suturer les lèvres de cette plaie. L'auteur était seul, la nuit, sans aide (le blessé avait été superficiellement chloroformisé); les mouvements respiratoires empêchaient toute manœuvre utile dans la profondeur : il amena donc au dehors le lobe inférieur du poumon, le fixa de la main gauche, pendant que, de la droite, il passait son premier point de catgut; pour nouer, il « lâcha » le poumon, puis il le reprit, pour placer le second fil, et, de nouveau, le laissa aller, pour faire le second nœud. Ces deux catguts suffirent : l'hémorrhagie s'arrêta instantanément. On rabattit le lambeau, qu'on réunit, en laissant une mèche aseptique. La guérison ne fut retardée par aucun accident : au douzième jour, le blessé se levait; au vingt-cinquième jour, le côté opéré de la poitrine était, à l'auscultation, tout à fait normal.

Lorsqu'elle aboutit à un résultat de ce genre, l'intervention immédiate réalise, à n'en pas douter, tous les avantages : elle prévient l'hémothorax et ses dangers d'infection, l'emphysème généralisé, qui peut devenir mortel, les hémorrhagies pleurales secondaires, toutes complications bien connues et dont M. Grunert donne des exemples. Elle est donc indiquée, d'après lui, — au moins dans un milieu hospitalier qui s'y prête — lors de plaies par instruments tranchants, qui saignent abondamment et « dans la profondeur », ou qui s'accompagnent d'emphysème ou de cette distension gazeuse et progressive de la plèvre, de ce pneumothorax par tension (*Spannungspneumothorax*), résultant d'une perforation oblique de la paroi et d'un mécanisme de clapet. Pour les plaies par armes à feu, on sait que la découverte des lésions et surtout l'hémostase sont, d'ordinaire, beaucoup plus malaisées : toutefois, lorsque les accidents immédiats témoignent de la blessure d'un vaisseau de calibre, la thoracotomie d'urgence sera encore la meilleure ressource. C'est peu de chose, ajoute l'auteur, que l'excision d'une ou deux côtes; sans doute, mais la difficulté et le danger ne sont pas là, ils sont dans la complexité des manœuvres intra-thoraciques, et dans leur incertitude. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — L.

Sur la production artificielle et prophylactique de la stérilité chez la femme, par M. H. CRAMER.

Passant en revue les divers moyens habituellement employés pour provoquer la ménopause artificielle et la stérilité chez la femme atteinte d'une affection générale ou locale de nature à justifier une telle intervention, M. Cramer s'arrête particulièrement sur la cautérisation de la muqueuse utérine par la vapeur chaude, d'après le procédé de M. Snéguirev (Voir *Semaine Médicale*, 1894, Annexes, p. CX). Dans nombre de cas, cette *vaporisation* de l'utérus devrait être préférée à l'ablation des ovaires et à la castration utérine, lesquelles entraînent souvent, comme on le sait, des conséquences fâcheuses pour l'organisme. L'emploi de la vapeur chaude est, toutefois, absolument contre-indiqué lorsqu'il existe des lésions annexielles et, en particulier, des adhérences inflammatoires des trompes : il importe, en effet, de ne pas oublier que, pendant la menstruation, la muqueuse des trompes participe au processus hémorrhagique au même titre que celle de la matrice; cela étant, les adhérences ne manqueraient pas d'amener des rétentions de sang, qui se traduiraient par des crises excessivement douloureuses de coliques salpingiennes.

En ce qui concerne la technique de la vaporisation, on doit surtout s'attacher à respecter la muqueuse cervicale; d'autre part, comme l'hypertrophie de la muqueuse ou les dépôts de mucus ou de sang sont susceptibles de rendre certaines portions de la surface intra-utérine inaccessibles à l'action de la vapeur, il convient de faire précéder la vaporisation d'un bon curettage, suivi de l'introduction d'une sonde armée d'un tampon imbibé d'une solution d'adrénaline. En laissant cette substance agir pendant une ou deux minutes, on assure l'hémostase, en même temps que l'on provoque une contraction énergique de la musculature utérine. Après la vaporisation, il est bon de pratiquer, pendant assez longtemps, le cathétérisme de la matrice.

L'auteur a eu l'occasion d'expérimenter avec succès le procédé en question chez 5 femmes, dont 3 étaient atteintes de phtisie et dont 2 présentaient une cardiopathie avec troubles de la compensation. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril 1904.) — L. CH.

Contribution à l'étude de la dyspnée fébrile, par M. L. HOFBAUER.

L'auteur a eu l'occasion de se convaincre que la « respiration courte » (la dyspnée proprement dite, tout comme l'asthme) est généralement liée à des modifications plus ou moins importantes des mouvements respiratoires du thorax, modifications qu'il est facile de saisir graphiquement et d'étudier ensuite sur la « courbe respiratoire » obtenue de la sorte. Fait curieux, ces changements, toujours identiques pour une même cause de dyspnée, varieraient avec l'étiologie des troubles respiratoires : la modification de la courbe normale serait tout autre, par exemple, dans la dyspnée due à un processus pulmonaire et dans la dyspnée par néphrite (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 86 et 133).

Cela étant, M. Hofbauer a cherché à se rendre compte si la fièvre est susceptible de déterminer, par elle-même, une altération caractéristique de la courbe respiratoire. A cet effet, il a institué des recherches graphiques sur des fébricitants exempts de toute lésion de nature à provoquer de la dyspnée pour son propre compte (altérations pulmonaires, pleurésie, néphrite, etc.). La fièvre typhoïde et surtout la malaria lui ont paru particulièrement favorables à cette sorte de recherches, en raison de la possibilité, chez les sujets atteints de ces maladies, de comparer la courbe respiratoire à l'état fébrile et à l'état apyrétique. Or, cette comparaison a démontré que les mouvements respiratoires ne subissent aucune modification caractéristique imputable à l'hyperthermie et que l'on ne saurait, par conséquent, admettre l'existence d'une véritable *dyspnée fébrile*. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 avril 1904.) — CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un syndrome diagnostique de la syphilis cérébrale, par M. W. B. PRITCHARD.

Se basant sur une expérience qui date déjà de quinze ans, l'auteur estime que la nature syphilitique d'une paralysie d'origine cérébrale peut être affirmée toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un homme âgé de vingt-cinq à quarante-cinq ans, chez lequel les accidents paralytiques ont été précédés d'accès de céphalalgie survenant — ou tout au moins s'exacerbant — la nuit et associés à des vertiges avec insomnie. Cette dernière s'observerait pendant la première moitié de la nuit et la paralysie se produirait durant le sommeil; la céphalalgie et l'insomnie disparaîtraient, d'ailleurs, dès l'apparition des symptômes paralytiques.

Il va de soi que, considérés isolément, les divers éléments susmentionnés peuvent tout au plus suggérer au praticien des soupçons sur la nature spécifique de l'affection, mais leur ensemble aurait une valeur presque pathognomonique, à en juger d'après les constatations que M. Pritchard a été à même de faire dans plusieurs centaines de cas.

Si l'on étudie de plus près la formule que l'auteur croit pouvoir donner comme caractéristique de la syphilis cérébrale, il convient d'abord de remarquer que la limite d'âge qu'il fixe ne doit pas être prise dans un sens absolu, car les accidents dont il s'agit peuvent occasionnellement survenir chez des sujets âgés de moins de vingt-cinq ans, ou ayant au contraire dépassé quarante-cinq ans. Dans 160 observations de syphilis cérébrale, soigneusement recueillies, l'âge moyen des patients était de trente-sept ans; le plus jeune avait vingt-deux ans, et le plus vieux, soixante-douze. En moyenne, l'intervalle entre la date du chancre et l'apparition des manifestations cérébrales de la syphilis a été de sept ans et demi; l'intervalle le plus court a été de sept mois, et le plus long, de vingt-huit ans. En règle générale, comme il est rare d'observer l'accident primaire chez des jeunes gens âgés de moins de dix-huit ans, la syphilis du système nerveux ne se rencontre guère avant vingt-cinq ans. D'autre part, au delà de quarante-cinq ou de cinquante ans, le syndrome en question perd beaucoup de sa valeur diagnostique, car les altérations séniles des tissus, et, en particulier, la dégénérescence des artères, déterminent des symptômes cérébraux plus ou moins analogues à ceux des lésions syphilitiques.

Les maux de tête varient beaucoup à la fois comme localisation et comme intensité, sans que l'on puisse, le plus souvent, attribuer la moindre signification diagnostique à l'une ou l'autre de ces particularités. La céphalée exaspérante, qui détermine une excitation quasi maniaque ou des hallucinations, doit être tenue pour suspecte, mais elle milite en faveur de l'hypothèse d'une tumeur cérébrale tout comme en faveur de la syphilis. Le seul caractère réellement frappant, et presque constant, de la céphalée spécifique est constitué par sa périodicité nocturne et sa persistance. Sur les 160 malades susmentionnés, 141 avaient accusé des maux de tête plus ou moins persistants, et chez 124 d'entre eux la céphalalgie survenait, par accès, le soir et augmentait d'intensité pendant la nuit pour cesser complètement vers le matin. Lorsqu'elle est suivie de paralysie cérébrale, cette céphalée disparaît invariablement, tout

au moins pour quelque temps, et sa réapparition doit être considérée comme d'un pronostic fâcheux et faire craindre un retour offensif du mal.

Le vertige n'a d'importance que dans les cas où il est associé à la céphalée. Habituellement, c'est un vertige « de position », aggravé par tout mouvement brusque, comme l'acte de se lever ou de s'arrêter pendant la marche. Il peut aussi être provoqué ou aggravé par une excitation, ainsi que par l'exposition à une chaleur excessive. En général, il ne s'accompagne ni de bourdonnement d'oreilles, ni de surdité, ni de nausée; parfois, il peut aboutir à une perte momentanée de connaissance.

Le sommeil subit presque toujours des troubles plus ou moins profonds pendant la période de développement de la syphilis cérébrale. D'une façon générale, on peut dire que plus le patient est jeune, plus grande est la tendance à l'insomnie, et que plus il est vieux, plus marquée est la somnolence morbide : au-dessous de cinquante ans, l'apparition de l'insomnie est une règle qui ne souffre que fort peu d'exceptions; au delà de cinquante ans, c'est la somnolence qui est habituelle. L'insomnie est habituellement associée à des troubles moteurs ou sensitifs, qu'elle précède parfois; quant à la somnolence, elle présagerait quelque trouble mental imminent, notamment la démence. Comme la céphalée, l'insomnie disparaît après l'attaque de paralysie, et sa réapparition a la même signification fâcheuse que le retour des maux de tête.

En ce qui concerne la paralysie syphilitique et la tendance qu'elle présente à se produire pendant le sommeil, l'auteur serait porté à croire que, la lésion consistant habituellement en une endartérite oblitérante, l'occlusion du vaisseau par thrombose surviendrait d'autant plus facilement au cours du sommeil que l'activité cardiaque est alors amoindrie et que la *vis a tergo* est considérablement réduite. Dans les cas où l'on voit se produire, chez un sujet syphilitique, une paralysie dans le courant de la journée, le patient étant debout et en pleine activité, il y a lieu de soupçonner une rupture d'anévrysme plutôt qu'un thrombus. (*Med. Record*, 14 mai 1904.) — L. CH.

Torsion intra-abdominale de l'épiploon, par M. Th. B. Noble.

L'extrême rareté d'un tel accident — la torsion de l'épiploon ne se produisant guère qu'à l'intérieur d'un sac herniaire — nous engage à résumer l'observation relatée dans le présent travail.

Une femme de vingt-quatre ans fut prise une nuit, dans la région épigastrique, de douleurs atroces, avec nausées et vomissements. Depuis deux ans elle avait de temps à autre des douleurs de ce genre, mais qui n'avaient jamais encore présenté pareille intensité. Les antécédents de la malade étaient nuls, sauf une infection blennorrhagique datant de deux ans et demi. Quant le médecin la vit le lendemain de sa dernière crise, elle avait une température de 37°7, un pouls battant à 90 et la langue un peu chargée; les vomissements de la nuit avaient cessé. La patiente était couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies; l'abdomen était sensible, surtout à droite, et la compression du point de McBurney réveillait une vive douleur qui se répercutait jusqu'à l'estomac. Il existait un peu de météorisme; toutefois, le son tympanique abdominal faisait place à une légère matité dans une zone mal limitée, placée à droite et au-dessous de l'ombilic; d'ailleurs, la rigidité musculaire et un léger embonpoint rendaient le palper difficile. La malade avait eu une selle la veille.

On porta le diagnostic d'appendicite, mais, les symptômes s'étant un peu amendés, cette femme refusa de se laisser opérer. Six jours après, cependant, les douleurs reparurent, accompagnées d'un frisson et d'une élévation de la température à 38°3; on sentait alors une masse distincte, située à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic. L'opération fut cette fois acceptée, et l'on fit la laparotomie. Entre le fascia transversalis et le péritoine, on trouva tout d'abord un léger exsudat; puis, la séreuse ayant été ouverte, on vit une masse de couleur foncée, presque noire, large de 5 centimètres, longue de 12 centim. 1/2, entourée d'adhérences récentes. Après la dissociation de ces adhérences, qui s'accompagna d'une hémorrhagie assez abondante, on reconnut que cette masse noirâtre était le grand épiploon qui, fixé par son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite, formait une bride autour de laquelle il s'était enroulé à tel point que sa circulation était interrompue : il est probable qu'abandonnée à elle-même, la lésion aurait abouti à la nécrose et à la suppuration. Quant au mécanisme de cet accident, on peut supposer que l'infection blennorrhagique antérieure était la cause de l'adhérence épiploo-tubaire et que les mouvements des anses intestinales avaient eu pour effet d'enrouler l'épiploon autour de lui-même.

L'épiploon fut réséqué, ainsi que l'appendice — bien que celui-ci ne présentât aucune lésion —, et la malade guérit parfaitement. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars 1904.) — R. DE B.

Névrose chronique caractérisée par des paroxysmes fréquents de douleur, avec œdème et hémorrhagie dans différentes parties du corps; mort par tuberculose pulmonaire aiguë, par MM. T. K. Monro et A. N. McGregor.

Il s'agit d'une affection particulière, qui, tout en étant voisine de l'œdème angionévrotique, paraît présenter quelques points de ressemblance avec les érythèmes d'origine infectieuse.

Le malade, chez lequel MM. Monro et McGregor ont observé cette singulière névrose, était un jeune homme de vingt-huit ans qui, sept ans auparavant, avait été pris, pour la première fois, d'un accès caractérisé par des douleurs et de la tuméfaction des deux genoux. Sous l'influence du repos au lit, les douleurs, qui s'étendaient à la totalité des extrémités inférieures, ne tardèrent pas à s'amender, faisant place à une décoloration sensible des téguments; quant à la tuméfaction, elle subsista encore douze heures environ. Une fois remis, le patient ne présenta plus rien d'anormal durant deux mois; puis, il vit se reproduire un paroxysme absolument analogue au premier, mais localisé, cette fois-ci, aux coudes. Depuis lors, les mêmes accès se répétèrent à des intervalles variant entre quinze jours et un mois. La douleur et l'œdème apparaissaient à peu près simultanément, tandis que la décoloration des téguments ne survenait qu'au moment où la crise avait atteint son apogée et commençait déjà à décliner. Les mouvements, tant actifs que passifs, des articulations atteintes occasionnaient de vives douleurs. Quelquefois, on distinguait nettement, dans ces jointures, de la fluctuation; d'autres fois, la lésion paraissait périarticulaire. Les paroxysmes se produisaient également du côté des parties charnues des membres. Les altérations portaient souvent sur les deux côtés du corps, sans être toujours strictement symétriques. Parfois, les quatre extrémités étaient intéressées simultanément. Quelques-unes de ces crises s'accompagnèrent de l'apparition, sur les jambes, de petites taches rouges, légèrement surélevées.

Sur ces entrefaites, le malade ayant contracté une tuberculose pulmonaire, les accès commencèrent à se manifester plutôt du côté des parties molles qu'au niveau des jointures. En même temps on vit survenir, à l'occasion de ces crises, des hémorrhagies dans différentes parties du corps (genoux, muqueuse buccale, cavité thoracique, régions palmaires et plantaires, etc.).

Le patient ayant succombé à ses lésions pulmonaires, il fut impossible de déceler, à l'autopsie, l'existence d'une altération des centres nerveux, susceptible d'expliquer les symptômes observés pendant la vie.

La cause et la nature de l'affection dont il s'agit restent d'autant plus obscures que, dans les antécédents personnels et héréditaires du malade de MM. Monro et McGregor, on ne relevait point d'accidents hémophiliques.

Quoi qu'il en soit, les auteurs du présent mémoire estiment que les hémorrhagies qu'eut ce patient étaient d'origine plutôt nerveuse qu'infectieuse, et, sans contester l'existence d'une certaine parenté entre ce cas et l'œdème angionévrotique, ils font néanmoins remarquer qu'il leur a été impossible de trouver dans la littérature médicale une observation semblable à celle qui fait l'objet de leur mémoire. (*Lancet*, 16 avril 1904.) — L. CH.

Exophtalmie pulsatile droite; ligature de l'artère carotide primitive droite et de l'artère carotide interne gauche; traumatisme accidentel; guérison, par M. Ch. A. Oliver.

L'observation que relate M. Oliver est curieuse en ce qu'elle a trait à un cas d'exophtalmie pulsatile qui, après avoir résisté à tous les traitements, guérit spontanément à la suite d'un traumatisme accidentel.

Il s'agit d'un garçon de quinze ans, chez lequel, consécutivement à un coup de feu derrière l'oreille, il s'était progressivement développé une exophtalmie de plus en plus marquée de l'œil droit. En même temps était apparu un bruit de souffle, extrêmement pénible pour le malade en raison de sa continuité, et qui semblait localisé en un point situé immédiatement en arrière de l'oreille droite.

Lors du premier examen, on constata que l'œil droit faisait une saillie d'environ 5 millimètres plus considérable que celle de l'œil gauche; il était dévié en dehors de 30°. Les veines rétiniennes droites étaient un peu dilatées et présentaient des pulsations assez fortes; à part cela, la rétine semblait normale à l'ophtalmoscope. Il n'y avait pas de pulsation perceptible au niveau de l'orbite; mais, lorsqu'on refoulait l'œil dans la cavité orbitaire, on sentait un frémissement très net, qu'il était d'ailleurs facile de supprimer en comprimant la carotide correspondante. Ce même frémissement, plus intense encore, était perçu au niveau de la cicatrice marquant, au-dessous de l'apophyse mastoïde droite, le point de pénétration du projectile.

En raison du soulagement qu'apportait la compression de la carotide primitive droite, on eut l'idée de pratiquer la ligature de ce vaisseau. Cette opération n'amena toutefois qu'une amélioration très relative (diminution légère du souffle orbitaire, de l'exophtalmie et de la déviation externe du globe) et surtout fort passagère. On se décida alors à lier également la carotide interne gauche; malgré une accalmie de quelques heures survenue au dixième jour, la situation continua à empirer, d'autant plus que des phénomènes glaucomateux se manifestaient par moment.

Or, quinze mois environ après la seconde intervention, soit à peu près trois ans après l'accident, le malade subit une assez violente collision avec un camarade de jeu : le soir même, il s'aperçut que bruit et exophtalmie étaient notablement amendés; le lendemain, ces deux symptômes avaient entièrement disparu, et ils n'ont plus reparu depuis lors. Les mouvements des yeux sont également redevenus normaux, de même que l'acuité visuelle, si bien qu'à l'heure actuelle, il ne subsiste plus qu'une très légère dilatation des vaisseaux rétiniens, sans qu'il soit d'ailleurs possible d'assigner à cette amélioration tout à fait imprévue d'autre cause que le traumatisme accidentel signalé ci-dessus. (*New York Med. Journ.*, 9 avril 1904.) — F. M.

Un cas d'otite moyenne purulente aiguë précédant une pneumonie, par M. N. G. Ward.

S'il est très fréquent de voir une otite moyenne se produire au cours ou à la suite d'une pneumonie, il est, par contre, tout à fait exceptionnel d'observer une infection simultanée de l'oreille et du poumon, comme dans le cas relaté par l'auteur, où les manifestations auriculaires étaient même tellement accusées, qu'elles masquèrent complètement le processus pulmonaire jusqu'à ce qu'on eût calmé l'otalgie par l'incision du tympan.

Il s'agissait d'un médecin, indemne de tout antécédent d'otite et qui fut pris brusquement, pendant la nuit, de douleurs violentes dans l'oreille gauche, avec fièvre. Le lendemain, on constata que la membrane du tympan était rouge et injectée, sans qu'il y eût un exsudat dans l'oreille moyenne. Au bout de deux jours, les douleurs ayant augmenté d'intensité et le tympan étant bombé et fortement injecté, M. Ward pratiqua la myringotomie et évacua le pus. Les douleurs cessèrent immédiatement et le malade éprouva un bien-être manifeste, en même temps que la température, qui, auparavant, oscillait entre 39°4 et 40°5, descendait à 37°7. Mais, quelques heures après, le patient se réveilla avec une douleur au niveau du côté droit du thorax, et le jour suivant on put diagnostiquer une pneumonie lobaire. L'écoule-

ment otitique persista pendant toute la durée de l'affection pulmonaire, son maximum coïncidant avec la période d'acmé de la pneumonie; puis il diminua peu à peu, au fur et à mesure que s'atténuaient également les manifestations pulmonaires.

L'examen bactériologique de l'écoulement n'ayant pas été pratiqué, on ne saurait évidemment affirmer, d'une manière catégorique, que l'otite en question fût de nature pneumococcique, mais la coexistence et l'évolution parallèle des deux affections semblent prouver qu'on se trouve en présence d'une infection simultanée — et par un même agent pathogène — de l'oreille et du poumon. (*Med. News*, 16 avril 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Contribution à l'étude de l'endocardite aiguë, par M. G. Baschieri-Salvadori.

C'est surtout à l'étiologie de l'endocardite aiguë que l'auteur consacre le présent mémoire, basé sur les recherches qu'il a faites à l'Institut d'anatomie pathologique de Rome: sur un total de 603 autopsies pratiquées dans cet établissement durant l'année scolaire 1901-1902, 10 permirent de découvrir des lésions aiguës d'endocardite, soit une proportion de 1.65 %.

Soumises à des investigations bactériologiques, les pièces provenant de ces 10 cadavres donnèrent les résultats suivants: 7 fois on isola le diplocoque de Fränkel, 1 fois le staphylocoque pyogène blanc, 1 fois un streptocoque, 1 fois enfin l'examen bactériologique demeura négatif.

En ce qui concerne plus spécialement les cas d'endocardite pneumococcique, cette lésion était presque toujours (6 fois sur 7) consécutive à une pneumonie lobaire aiguë; une fois seulement, il s'agissait d'une arthrosynovite purulente de l'articulation tibio-tarsienne gauche, ayant débuté sous les apparences d'un pseudo-rhumatisme infectieux.

Il n'est pas sans intérêt de relever à quel stade étaient parvenues les lésions pulmonaires chez les 6 pneumoniques ayant eu une endocardite; à cet égard, les constatations de M. Baschieri-Salvadori ne permettent guère de conclusion ferme, car on y trouve 1 cas d'hépatisation rouge, 1 cas d'hépatisation grise, 1 cas intermédiaire entre les deux formes d'hépatisation, 1 de gangrène post-pneumonique, 2, enfin, d'induration; en somme, les divers stades de la détermination pulmonaire du pneumocoque sont ici représentés. A noter que, dans 2 de ces faits, la pneumonie était compliquée, outre l'endocardite, d'une méningite cérébro-spinale.

Quant aux 2 observations concernant des endocardites microbiennes non pneumococciques, elles ont trait respectivement à une endocardite ulcéreuse primitive due au staphylocoque blanc chez un jeune homme ayant eu de multiples attaques rhumatismales, et à une endocardite streptococcique par septico-pyohémie d'origine vraisemblablement vésicale, chez un vieillard atteint d'hypertrophie prostatique avec cystite purulente.

Enfin, dans le cas où l'on ne put isoler aucun microorganisme, on avait sans doute affaire à une endocardite rhumatismale primitive, mais, en l'absence de renseignements cliniques suffisants, il est impossible de rien affirmer à cet égard.

Il est à noter que, de par la gravité de ses lésions, l'endocardite aiguë due au pneumocoque paraît infiniment plus sévère que les autres variétés étiologiques de la même affection. (*Policlinico*, 7 et 14 mai 1904.) — F. F.

Sur le rôle du pancréas dans l'absorption des graisses, par M. U. Lombroso.

On sait que le suc pancréatique a pour effet de dédoubler les corps gras neutres en acides gras et glycérine et de saponifier une partie de ces acides gras. Cela étant, les physiologistes ont naturellement été amenés à se demander quelle influence exercerait sur l'absorption des graisses l'absence de sécrétion pancréatique dans l'intestin. Ce point étant encore loin d'être élucidé, l'auteur s'est appliqué à étudier le sort des graisses alimentaires chez des animaux auxquels il avait, au préalable, pratiqué la ligature des canaux excréteurs du pancréas, pour leur faire subir, quelques jours plus tard, l'extirpation de la glande elle-même. La ligature préalable des canaux pancréatiques permet, en effet, aux animaux de survivre un certain temps à la résection totale du pancréas.

En dosant les graisses dans les fèces de 12 chiens soumis à un régime approprié et auxquels il avait lié et réséqué, entre deux ligatures, non seulement le canal de Wirsung, mais aussi le canal pancréatique accessoire, M. Lombroso a été à même de constater que l'absorption des graisses continue à s'accomplir dans de bonnes proportions, quoique la sécrétion pancréatique ne soit plus déversée dans l'intestin. Comprise, à l'état normal, entre 93 et 95 %, cette absorption oscillait, chez les animaux en expérience, entre 75 et 85 %, et tendait à s'améliorer quelques jours après l'intervention.

Encore que ces faits semblent contredire l'opinion, admise par un certain nombre de physiologistes, que la présence du suc pancréatique dans l'intestin est indispensable pour l'absorption des graisses, il ne s'ensuit pourtant pas que les fonctions du pancréas soient complètement étrangères à cette absorption. Aussi, afin de se rendre compte si le pancréas, même en étant séparé de l'intestin, n'exercerait pas une influence sur les échanges des corps gras, l'auteur a-t-il institué une autre série de recherches, qui ont consisté à doser les graisses contenues dans les fèces de chiens ayant subi l'extirpation du pancréas, quelques jours après la ligature et la résection des canaux excréteurs de cette glande. Or, le pancréas une fois enlevé, M. Lombroso ne tarda pas à retrouver dans les matières fécales une quantité de corps gras égale, et parfois même supérieure, à celle que ces animaux ingéraient.

Ainsi donc, le pancréas continue à exercer une influence sur l'absorption des graisses, alors même que ses canaux excréteurs sont liés.

Enfin, l'auteur s'est demandé si d'autres sucs digestifs, et notamment le suc intestinal, ne posséderaient pas un pouvoir lipolytique, qui leur permettrait de suppléer à l'absence de sécrétion pancréatique dans les cas de ligature du canal de Wirsung et du canal pancréatique accessoire. Il fut à même de se convaincre que, chez les chiens ayant subi la ligature de ces canaux, il se produit constamment une légère action lipolytique, due au suc intestinal, et qu'il en est à peu près de même chez les animaux auxquels on a extirpé le pancréas, après la ligature de ses canaux.

Il résulte de tous ces faits que, indépendamment de ses sécrétions dans l'intestin, le pancréas détermine dans l'organisme un état particulier, par suite duquel les corps gras sont abondamment absorbés, encore que la lipolyse intestinale soit, par elle-même, assez légère; par contre, le pancréas est-il supprimé, aussitôt on voit apparaître dans les fèces une quantité de graisses égale à celle que l'on introduit dans l'organisme, et cela bien que, dans l'intestin, il persiste toujours à se manifester un certain degré d'action lipolytique. (*Arch. per le scienz. med.*, XXVIII, 1.) — L. CH.

La cytologie de l'humeur aqueuse dans les affections du segment antérieur du globe oculaire, par M. G. Puccioni.

Les précieuses indications que fournit, dans de nombreuses circonstances, le cytodiagnostic des épanchements séreux a engagé l'auteur à appliquer ce procédé d'investigation aux affections du segment antérieur de l'œil, en examinant, au point de vue des éléments cellulaires qu'elle peut contenir, l'humeur aqueuse extraite par ponction de la chambre antérieure.

Cette petite opération est pratiquée sous anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline, après minutieux lavages de la conjonctive avec la solution physiologique bouillie; la cornée est ponctionnée dans son cadran supérieur, au voisinage du limbe scléro-cornéen, au moyen de l'aiguille d'une seringue de Pravaz stérilisable. La seule précaution à prendre est d'aspirer le liquide *avec la plus grande lenteur*, en raison des altérations qu'une trop brusque diminution de pression dans la chambre antérieure peut entraîner au niveau des procès ciliaires (Angelucci); il est bon, en outre, quand la pupille est largement dilatée — par exemple chez les sujets soumis à un traitement mydriatique —, d'instiller préalablement quelques gouttes d'un collyre myotique, afin de mettre le cristallin à l'abri d'une piqûre involontaire. La quantité de liquide extraite de la sorte n'excède pas 0 c.c. 2 à 0 c.c. 3; c'est assez cependant pour pouvoir centrifuger et faire des préparations avec le culot.

Les observations de M. Puccioni ont porté sur une vingtaine de malades atteints d'affections diverses, et surtout de syphilis oculaire, ainsi que chez quelques animaux auxquels il avait donné une kératite caustique ou traumatique, ou encore une iritis tuberculeuse.

Il a pu voir de la sorte que, dans les cas de syphilis oculaire aiguë, l'humeur aqueuse offre une abondante leucocytose, avec prédominance des lymphocytes; au contraire, dans les formes chroniques, c'est-à-dire en cas de rétrocession des lésions, la teneur du liquide en éléments figurés devient très faible; il en va de même dans la kératite parenchymateuse héréditaire. A l'inverse des affections syphilitiques, c'est à une polynucléose qu'aboutissent les processus infectieux aigus de la cornée (ulcères et abcès), même en l'absence d'hypopyon. Enfin, dans un cas de kératomalacie chez un tuberculeux et dans un cas de kératite scrofuleuse, c'est surtout en hématies que consistait le dépôt cellulaire fourni par l'humeur aqueuse.

Les expériences sur les animaux furent confirmatives des résultats obtenus chez l'homme.

Au total, ces recherches permettent surtout d'opposer la *lymphocytose* des lésions syphilitiques à la *polynucléose* des inflammations aiguës; à ce point de vue, elles peuvent fournir un utile appoint au diagnostic des affections du segment antérieur. (*Boll. dell'Osped. oftalm. della Provincia di Roma*, juin 1904.) — F. F.

Cathétérisme de l'uretère dans un cas de coudure de ce conduit avec rétention rénale, par M. G. Ingianni.

C'est surtout comme procédé de diagnostic que le cathétérisme urétéral est utilisé; le fait relaté par M. Ingianni montre quels services cette petite opération peut rendre aussi à titre de moyen de traitement dans l'hydronéphrose.

Une femme de quarante-quatre ans, ayant eu 6 accouchements à terme et 4 avortements, présentait, à la suite de ces nombreuses grossesses, une laxité considérable des parois abdominales, ayant entraîné la ptose de divers viscères, notamment un prolapsus utérin, qui avait nécessité une hystérectomie, un prolapsus du rectum, enfin un double rein mobile, plus marqué à droite. Le rein droit était en effet le siège de crises douloureuses assez fréquemment répétées, que la malade avait jusqu'alors réussi à calmer grâce aux moyens palliatifs couramment employés en pareil cas. C'est à l'occasion de l'une de ces crises douloureuses, qui par exception s'était montrée absolument rebelle à tous les traitements mis en œuvre, que l'auteur fut appelé à donner ses soins à cette femme. Il constata chez elle la présence d'une tumeur ronde, du volume d'une tête de fœtus, de consistance élastique et de surface lisse, située au voisinage de l'ombilic mais pouvant assez facilement être réduite dans l'hypocondre droit: il s'agissait selon toute vraisemblance d'une hydronéphrose développée aux dépens du rein droit, l'uretère correspondant se trouvant oblitéré par une cause quelconque.

M. Ingianni se mit donc en devoir de cathétériser l'uretère, pour rechercher à quelle hauteur siégeait l'obstacle au cours des urines, et pour tâcher d'en préciser la nature. Il se servit dans ce but d'une sonde munie d'un fin mandrin de Casper; l'instrument, parvenu aux deux tiers environ de la longueur de l'uretère, se trouva arrêté. L'auteur retira alors le mandrin, puis, faisant soulever la tumeur rénale par un aide, il poussa doucement le cathéter qu'il parvint ainsi à amener jusque dans le bassinet. Il évacua de la sorte 250 c.c. environ d'urine claire, et la malade se trouva aussitôt soulagée. C'était sans doute à une coudure non encore fixée de l'uretère qu'était due la rétention urinaire. Un an s'est écoulé depuis lors sans nouveaux accidents; cette femme a été provisoirement munie d'un appareil de soutien, en attendant que son état général, passablement compromis jusqu'alors, permette de tenter la fixation opératoire du rein.

En présence de ce succès, M. Ingianni pense

que, chez les sujets atteints d'hydronéphrose, il convient toujours, avant de se résoudre à une intervention d'autant plus grave qu'elle serait pratiquée d'urgence, d'essayer le simple cathétérisme urétéral, en se rappelant que la reposition du rein à son siège normal, par manœuvres externes, peut effacer une coudure temporaire de l'uretère et permettre ainsi d'introduire la sonde jusque dans le bassinet. (*Policlinico*, partie chir., XI, 2.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

De la possibilité de conférer aux lapins l'immunité à l'égard des bacilles tuberculeux morts, par M. Dembinski.

En soumettant des lapins à l'action de bacilles de la tuberculose morts, l'auteur a été à même de se rendre compte qu'autant ces animaux se montrent rapidement influencés par les bacilles en question, injectés directement dans la substance cérébrale, autant ils semblent supporter relativement bien les mêmes micro-organismes, lorsqu'on les introduit dans l'économie par d'autres voies que le cerveau. A l'égard d'une injection intracérébrale de cadavres bacillaires, les lapins réagissent deux fois plus rapidement et d'une manière dix fois plus intense que vis-à-vis de bacilles morts injectés dans les veines. Il est, toutefois, loin d'en être de même pour les animaux déjà atteints de tuberculose, qui sont très sensibles à l'action des cadavres de bacilles de Koch, et cela que ces bacilles morts soient introduits dans le cerveau ou par la voie veineuse.

En ce qui concerne les lapins sains, les cadavres bacillaires, alors même qu'ils sont injectés à plusieurs reprises et en grande quantité dans les veines, ne déterminent la mort que très lentement, dans l'espace de trente à quatre-vingts jours.

Cela étant, M. Dembinski s'est demandé si l'on ne pourrait pas conférer à ces animaux l'immunité, en leur pratiquant des injections intraveineuses de bacilles morts à doses progressives. Afin d'élucider ce point, il a soumis 6 lapins à l'épreuve suivante : après leur avoir fait, dans l'espace de soixante-dix jours, 7 injections intraveineuses de cadavres bacillaires, en en élevant progressivement la dose de 0 décimilligramme 1 à 1 milligramme, il introduisit dans leur cerveau la dose mortelle de 2 milligrammes de bacilles morts. Un autre lot de 6 lapins, auxquels on n'avait pas pratiqué d'injections intraveineuses préalables, reçurent la même quantité de cadavres bacillaires dans la substance cérébrale. Or, ces animaux témoins moururent rapidement, tandis que les lapins traités par les injections intraveineuses, après avoir présenté quelques troubles morbides passagers, survécurent.

L'expérience a, du reste, pu être reproduite avec le même succès sur 8 autres lapins.

En présence de ces résultats, l'auteur se croit autorisé à conclure que les injections intraveineuses de cadavres bacillaires, en quantités progressivement croissantes, permettent de conférer aux lapins l'immunité à l'égard de doses mortelles de ces mêmes bacilles tuberculeux. (*Gaz. lekarska*, 16 avril 1904.) — L. CH.

Un cas insolite d'emphysème sous-cutané, par M. Ameisen.

L'observation publiée par M. Ameisen a trait à une fillette de douze ans, qui, au cours d'une rougeole, présenta brusquement une tuméfaction considérable de la face, du cou et de la poitrine, en même temps qu'elle était prise de dyspnée avec sensation d'angoisse et insomnie. Appelé à la voir pour ces accidents, l'auteur constata, outre la présence d'une éruption morbilleuse et d'une bronchite, un œdème très marqué de la face, de la région cervicale, de la paroi antérieure du thorax et des deux bras, avec cyanose et signes d'asphyxie accentués. En procédant à la palpation des téguments œdématiés, on percevait partout un bruit rappelant la crépitation neigeuse. Sur la muqueuse de la joue droite, dans le voisinage du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, il existait une plaie longitudinale, mesurant 15 millimètres de long et dont les bords étaient tuméfiés et douloureux au toucher. Or, l'interrogatoire de la petite patiente et de son entourage apprit que, la veille, un autre médecin avait examiné la gorge de la fillette, en se servant, à cet effet, d'une petite cuiller en fer blanc, à bords tranchants, et que, peu de temps après, la joue droite avait commencé à se tuméfier. Le gonflement s'étendit ensuite au cou, à la joue gauche, à la paroi thoracique, etc. En même temps on vit survenir de la dyspnée, et la petite malade resta toute la nuit, assise sur son lit et sans pouvoir dormir. M. Ameisen ordonna le massage des parties atteintes et l'application de compresses imbibées d'acétate d'alumine; sous l'influence de ce traitement, tout rentra dans l'ordre en l'espace d'une huitaine de jours.

Il est évident que le point de départ de cet emphysème sous-cutané insolite a été constitué par la blessure de la muqueuse de la joue, blessure qui avait été causée par la petite cuiller lors du premier examen de la gorge. Sous l'influence des fortes expirations, associées aux contractions spasmodiques des lèvres, l'air contenu dans la cavité buccale avait pénétré, à travers la petite plaie, sous la muqueuse génienne, puis dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou, etc.

Le fait relaté par M. Ameisen mérite donc d'être retenu, non seulement à cause de sa singularité, mais aussi en raison de l'enseignement pratique qu'il comporte : avant de se servir d'une cuiller en guise d'abaisse-langue, il importe de s'assurer que les bords de cet instrument ne risquent pas de blesser la muqueuse. (*Przeglad lekarski*, 30 avril 1904.) — L. CH.

Sur l'action soi-disant hématopoïétique de l'arsenic, par M. E. Biernacki.

Malgré la grande vogue dont jouissent à l'heure actuelle les préparations arsenicales dans le traitement de l'anémie, l'auteur s'est demandé si l'arsenic possède réellement les propriétés hématopoïétiques que l'on s'accorde généralement à lui reconnaître. A cet effet, il a institué une série d'essais cliniques sur 15 malades atteints d'affections diverses avec manifestations anémiques ou pseudo-anémiques, et auxquels il prescrivit l'usage interne de l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, associée ou non à de la teinture de quinquina composée. Avant, pendant et après la cure, on pratiquait la numération des globules rouges et on déterminait la teneur du sang en eau.

En procédant de la sorte, M. Biernacki a constaté que l'usage prolongé de l'arsenic, même à petites doses, loin d'exercer une action hématopoïétique, tend, au contraire, à appauvrir le sang aussi bien en hématies qu'en substances sèches, et peut parfois amener une véritable hydrémie : il estime que les effets physiologiques de l'arsenic sont exactement le contraire de ceux du fer. Mais il ne faudrait pas en conclure que cet appauvrissement du sang, consécutif à l'emploi des préparations arsenicales, se traduisit nécessairement par une aggravation dans l'état du sujet. Quelque paradoxale que paraisse la chose, l'auteur déclare avoir vu survenir chez tous ses patients, sous l'influence de l'arsenic, une amélioration de la santé : les malades prenaient meilleure mine, en même temps que leur appétit et leurs forces augmentaient. Par conséquent, les bons effets de l'arsenic ne doivent, en aucune façon, être mis sur le compte des propriétés soi-disant hématopoïétiques de ce médicament, et M. Biernacki reste convaincu que l'usage des préparations arsenicales n'est nullement indiqué quand il y a réellement lieu d'améliorer la composition du sang, comme, par exemple, dans l'anémie aiguë par hémorrhagies, dans la chlorose, dans l'anémie des convalescents, etc. (*Gaz. lekarska*, 20 et 27 février 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Un cas de localisation rare du favus, par M. V. Podobansky.

S'il est vrai que l'*Achorion Schönleinii* se développe de préférence sur le cuir chevelu, on n'en a pas moins observé des cas où la teigne faveuse avait pour siège diverses autres régions du corps, notamment les paupières, le dos, l'abdomen, les membres et surtout les ongles. On a même signalé des godets faviques implantés sur le gland, et Kaposi a publié une observation dans laquelle, à l'autopsie d'un sujet dont la totalité du corps était couverte de croûtes faviques, on a trouvé des lésions analogues jusque dans le tube digestif (*gastro-enteritis favosa*). Pour être moins insolite, le fait relaté par M. Podobansky n'en mérite pas moins d'attirer l'attention.

Il s'agissait d'un militaire qui fut admis à l'hôpital pour une éruption cutanée siégeant sur le nez. Toute la surface de l'appendice nasal, sauf sa racine, était couverte d'une masse ininterrompue et rugueuse, de couleur jaune grisâtre; sur la partie supérieure et latérale du côté droit de la région atteinte, on pouvait également distinguer des croûtes isolées, cupuliformes, avec une légère dépression au centre et à bords relevés. Enlevées au moyen d'une pince, ces croûtes laissaient subsister sur la peau un petit godet à fond rougeâtre. L'affection, qui avait débuté à l'aile gauche du nez, avait mis cinq mois pour arriver à son complet développement. Pendant son enfance, le patient avait été atteint de teigne faveuse avec alopécie consécutive, localisée à l'occiput et au vertex. Étant donnés ces antécédents et les caractères des croûtes, l'auteur supposa avoir affaire à du favus, et cela malgré la localisation bizarre du mal. L'examen microscopique ne fit que confirmer ce diagnostic, en décelant, dans les croûtes, la présence de l'*Achorion Schönleinii* aux diverses phases de son développement, mais surtout sous forme de tubes. La cure complète nécessita trois semaines, et le patient quitta l'hôpital sans présenter la moindre croûte. Toutefois, au bout d'environ neuf mois, il eut une récidive au niveau des ailes du nez, laquelle ne tarda pas, du reste, à disparaître, sous l'influence d'un traitement approprié. Depuis lors il s'est écoulé plus d'un an, sans que l'on ait eu à enregistrer une nouvelle récidive, mais l'affection a laissé quelques traces, sur les téguments du nez, sous la forme de rugosités et de petites dépressions. (*Voienno-méd. journ.*, mars 1904.) — L. CH.

Anastomose chirurgicale sur les voies spermatiques, par M. V. Bogolioubov.

L'auteur a institué une série de recherches expérimentales en vue d'étudier la valeur de l'anastomose chirurgicale sur les voies spermatiques. A cet effet, il pratiquait soit la résection complète de l'épididyme avec suture consécutive du canal déférent au testicule, soit la résection de la moitié inférieure de l'épididyme avec abouchement du *vas deferens* dans la moitié supérieure du même organe. Il a fait, en tout, 82 opérations (sur 41 animaux), dont 34 d'après le premier procédé et 48 d'après le second. Au bout d'un laps de temps variant entre vingt-neuf et cent quarante-huit jours, on pratiquait l'extirpation du testicule avec la portion du canal déférent anastomosé, et on en faisait l'examen microscopique, non sans avoir, au préalable, poussé à travers le *vas deferens* une injection d'une solution de gélatine colorée.

En procédant de la sorte, M. Bogolioubov a été à même de se rendre compte qu'il est possible d'anastomoser les voies spermatiques, et que la méthode la plus rationnelle pour assurer la perméabilité des voies ainsi anastomosées consiste à réunir le canal déférent soit à la tête de l'épididyme, soit à la moitié supérieure du corps de cet organe (*épididymo-vasostomie*). Le plus souvent, cette anastomose a lieu par formation d'une cavité intermédiaire, à laquelle viennent aboutir, d'une part, le canal déférent et, d'autre part, le canal de l'épididyme. L'auteur a pu non seulement constater anatomiquement que les voies spermatiques récupèrent leur perméabilité après l'opération d'anastomose, mais encore retrouver dans le canal déférent de nombreux spermatozoïdes bien développés et actifs.

Se basant sur ces faits, M. Bogolioubov estime que l'anastomose chirurgicale des voies spermatiques et, en particulier, l'épididymo-vasostomie pourrait trouver ses indications dans les affections de l'épididyme qui aboutissent à l'azoospermie. (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 1.) — L. CH.

Contribution à l'étude des fonctions du grand épiploon, par M. L. Jacobsohn.

Les fonctions du grand épiploon et le rôle qu'il joue dans les processus pathologiques de la cavité péritonéale étant encore fort peu connus, l'auteur a entrepris une série de recherches

en vue de se rendre compte des effets que détermine la résection de cet organe.

En opérant sur des chiens, M. Jacobsohn a été à même de se convaincre que ces animaux supportent très bien l'extirpation du grand épiploon : si, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, leur poids diminue, il ne tarde pas à se relever tout aussi rapidement et peut même bientôt dépasser le poids initial. Contrairement à ce qu'avaient noté M. Sthamer, MM. Neck et Engelhardt, l'auteur n'a pas trouvé d'altérations du foie et de l'estomac à la suite de la résection de l'épiploon.

D'autre part, M. Jacobsohn a pu constater que, malgré sa finesse, le grand épiploon ne possède qu'un très faible pouvoir de transsudation, se rapprochant à cet égard de la séreuse de l'intestin grêle; ce pouvoir de transsudation est, au contraire, de beaucoup inférieur à celui du revêtement séreux de la glande hépatique.

Une troisième série d'expériences a consisté à ouvrir la cavité abdominale et à en retirer le grand épiploon pour le plonger dans un vase contenant une solution d'atropine à 0.5 ‰, portée à la température de 38°. En excitant au moyen d'un courant électrique le nerf vague avant et après cette intervention, l'auteur nota que l'action de l'atropine commence, en pareille occurrence, à se faire sentir au bout d'un quart d'heure pour atteindre son maximum six minutes après. Or, toute possibilité de pénétration d'atropine dans la cavité péritonéale ayant été exclue, on est autorisé à conclure de ces expériences que le grand épiploon possède un pouvoir d'absorption assez marqué; toutefois, introduite directement dans la cavité péritonéale, l'atropine commence à agir déjà au bout de cinq minutes et atteint le maximum de son effet dans l'espace de sept minutes. Quoi qu'il en soit de la rapidité de l'absorption, on est en droit d'admettre que le grand épiploon joue un certain rôle dans la résorption des exsudats et des transsudats de la cavité péritonéale.

Enfin, en ce qui concerne la sensibilité, M. Jacobsohn a constaté que le grand épiploon est beaucoup moins sensible que l'intestin, ce qui cadre bien avec les observations cliniques faites au cours de laparotomies pratiquées sans anesthésie générale. (*Méd. Obozr.*, LXI, 10.) — L. CH.

Le mercure comme cause d'appendicite, par M. F. Petrassévitch.

L'observation publiée par l'auteur, et qui semble unique en son genre, concerne un jeune homme de vingt-trois ans, qui était atteint d'une crise aiguë d'appendicite avec tous les symptômes caractéristiques : douleurs spontanées et à la pression dans la fosse iliaque droite, prédominant au niveau du point de McBurney, vomissements, constipation, fièvre et présence d'une tuméfaction nettement perceptible à la palpation de la région douloureuse. L'interrogatoire du malade apprit que, quelque temps auparavant, cet homme, ayant une éruption syphilitique sur les bourses et ne voulant pas se laisser traiter par des frictions hydrargyriques, s'était adressé à un guérisseur qui lui avait conseillé de rester d'abord à la diète pendant une huitaine de jours, puis d'absorber, après une série de purgatifs, la quantité de mercure métallique contenue dans deux thermomètres muraux et incorporée à du pain. Le patient suivit très exactement cette singulière prescription, mais, vingt-quatre heures après avoir pris le mercure, il commença à éprouver, du côté droit du bas-ventre, des douleurs qui allèrent toujours en augmentant et ne tardèrent pas à être suivies de tout le cortège symptomatique de l'appendicite.

Le malade ayant refusé de se laisser opérer, M. Petrassévitch n'a pas été à même de constater directement la présence de mercure dans l'appendice. Il n'en croit pas moins que l'absorption d'hydrargyre, a été, dans ce cas, le seul facteur étiologique de l'appendicite, le régime suivi par le patient, avant sa maladie, permettant d'exclure l'hypothèse de coprostase ou d'exaltation de la virulence du colibacille. (*Vratcheb. Gaz.*, 29 mai 1904.) — L. CH.

Contribution au diagnostic de la tuberculose miliaire généralisée, par M. Kletchetov.

On sait combien est souvent délicat le diagnostic de la tuberculose miliaire, que l'on risque notamment de confondre avec une fièvre typhoïde atypique. Dans 2 cas de cette catégorie, où les phénomènes cliniques n'étaient pas suffisamment nets pour permettre de reconnaître la nature de l'affection, l'auteur a eu l'idée de rechercher le bacille de Koch dans les urines. L'examen microscopique du dépôt urinaire, soumis à la centrifugation, ayant donné des résultats positifs, M. Kletchetov n'hésita pas à affirmer le diagnostic de tuberculose miliaire, et, les deux malades ayant succombé, l'autopsie lui donna raison.

Comme, dans la granulie, les reins sont très fréquemment atteints, l'auteur estime que la recherche du bacille de Koch dans les urines est susceptible de faciliter le diagnostic dans nombre de cas douteux. Encore que ce procédé ne soit guère mentionné, à cet égard, dans les traités classiques, il semble mériter d'être essayé toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une tuberculose miliaire. (*Voïenno-méd. journ.*, avril 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Nouvelles recherches sur le sarcoïde bénin multiple de la peau, par M. C. Boeck.

Sous le nom de « sarcoïde bénin multiple de la peau », M. Boeck décrit une affection cutanée spéciale, de nature encore incertaine, mais d'une certaine fréquence, puisqu'il a déjà eu l'occasion d'en observer une dizaine de cas.

Cette affection se présente sous trois formes cliniques :

La première est caractérisée par de gros nodules multiples, du volume d'un pois à celui d'une fève, disséminés sur le dos, le haut des membres (leur face dorsale de préférence) et surtout sur le visage. Ces tumeurs, de coloration brune avec quelquefois une nuance bleuâtre, occupent toute l'épaisseur de la peau et ne forment au-dessus d'elle qu'un relief progressif et peu prononcé; en leur centre elles sont parfois légèrement déprimées.

La deuxième variété est identique, si ce n'est que les nodules, plus ou moins acuminés, sont tout petits et ne dépassent guère le volume d'une lentille; leur coloration varie du bleu au brun, en passant par le rouge.

Dans la troisième forme — forme diffuse —, les nodules se confondent pour former des plaques jaunâtres ou brunâtres, d'un diagnostic difficile quand elles sont devenues confluentes; cependant, par la diascopie, on arrive facilement à reconnaître les nodules qui les composent.

Au point de vue histologique, ces nodules sont constitués par de petites agglomérations cellulaires disséminées dans le chorion cutané et rappelant les éléments épithélioïdes du granulome tuberculeux; mais, autour de ces granulomes, la réaction leucocytaire est faible. Dans un cas où l'on avait pratiqué une biopsie sur un fragment de muqueuse nasale que semblait intéresser le processus — lequel occupait toute l'épaisseur des ailes du nez —, on rencontra sur les coupes des microorganismes offrant de grandes ressemblances avec le bacille tuberculeux. Chez les cobayes inoculés avec des fragments de cette biopsie, on retrouva ces mêmes bacilles dans la plaie d'inoculation et les ganglions voisins; il ne se produisit pourtant pas d'infection générale, et les animaux ne réagirent pas à l'injection de tuberculine. Au reste, les antécédents tuberculeux faisaient défaut chez la majorité des malades de M. Boeck et aucun d'eux n'offrait simultanément de ces tuberculides variées, si communes chez les sujets en puissance de tuberculose cutanée. D'autre part, si l'adénopathie est fréquente chez ces patients, elle ne se rencontre guère dans la région cervicale, où cependant elle est presque constante chez les tuberculeux. Enfin, l'arsenic a sur le sarcoïde multiple une action efficace, alors qu'il est sans effet sur les tuberculides. Pour ces diverses raisons, il paraît douteux qu'on puisse ranger le sarcoïde au nombre des tuberculides.

Le meilleur traitement de l'affection est la médication arsenicale. Mais il faut l'employer à doses élevées (de 0 gr. 015 à 0 gr. 018 milligrammes d'acide arsénieux par jour), et cela pendant des mois et même des années, sinon les récidives surviennent et l'on perd tout le bénéfice du traitement antérieur. Sous son influence, on voit les nodules s'affaisser peu à peu, en laissant à leur place de petites macules pigmentaires ou télangiectasiques. Le fer pourra être un utile adjuvant; quant au traitement local, il n'a pas grande efficacité. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin 1904.) — R. DE B.

De la présence de symptômes hystériques chez les aliénés, par M. V. Christiansen.

Certains auteurs soutenant que l'hystérie n'est chez les aliénés qu'une simple conséquence de la psychose coexistante, M. Christiansen s'attache à réfuter cette opinion.

Il est tout d'abord certain que, chez nombre d'aliénés, on rencontre des stigmates hystériques : en l'espace de quelques mois, l'auteur a pu colliger 40 observations de ce genre. Mais, chez beaucoup de ces malades, les phénomènes hystériques ne sont pas de simples épiphénomènes de l'aliénation mentale, car ces symptômes ne diffèrent en rien de ceux que l'on constate chez les sujets atteints d'hystérie typique. De plus, on voit chez les aliénés en question les manifestations hystériques varier, apparaître ou disparaître, comme dans l'hystérie vulgaire, sans que toutefois l'état mental subisse la moindre modification parallèle; inversement, le trouble mental peut s'amender ou disparaître, sans que l'hystérie subisse de changement. L'indépendance des deux états et l'absence de toute influence de l'un sur l'autre prouvent donc que l'hystérie est à l'aliénation mentale ce qu'une maladie intercurrente ou une complication est à tout autre état morbide. Rien n'empêche d'ailleurs d'admettre que les deux affections relèvent d'un facteur nerveux commun, encore inconnu.

Par contre, à côté des aliénés hystériques proprement dits, dont il vient d'être question, il est des aliénés atteints de symptômes hystériformes. En effet, quand on analyse de près ces derniers symptômes, on s'aperçoit qu'ils diffèrent notablement des manifestations analogues observées dans l'hystérie. M. Christiansen a eu, entre autres, l'occasion de traiter un catatonique, chez lequel la stupeur et le négativisme étaient poussés au dernier point. Chez ce malade, existait en même temps une analgésie complète et généralisée. Or, cette analgésie n'avait très probablement rien de commun avec l'hystérie, car elle disparut complètement le jour où le négativisme s'amenda. De plus, après guérison, le patient déclara qu'il percevait fort bien les piqûres d'épingles qu'on lui faisait pour explorer sa sensibilité, mais qu'il ne *voulait* pas réagir; on sait que dans l'hystérie l'analgésie est au contraire réelle; en outre, elle n'y est pas généralisée, comme c'était ici le cas : le plus souvent elle est unilatérale ou se cantonne dans certains territoires définis, correspondant à l'innervation segmentaire de la peau. (*Bibliotek for Læger*, avril 1904.) — R. DE B.

Gigantisme, par M. A. Josefson.

Dans le présent travail, M. Josefson relate les observations qu'il a eu l'occasion de faire sur un géant, et discute à ce propos l'étiologie du gigantisme.

Le sujet en question est un Suédois, âgé de vingt et un ans et mesurant 211 centimètres et demi. Il appartient à une famille bien portante et n'a jamais eu de maladies graves; une de ses sœurs, âgée de seize ans et demi, est elle-même une géante, haute de 213 centimètres et pesant 160 kilos; elle est, paraît-il, bien proportionnée, intelligente et pourvue d'une voix élevée et claire. Quant au sujet étudié par l'auteur, il fut, dès sa naissance, un « gros enfant » et, dans la suite, sa croissance fut extrêmement rapide, bien qu'assez régulière. A dix-neuf ans il avait atteint sa taille actuelle. Son développement intellectuel paraît avoir été et être resté normal. A l'heure présente, voici les principales particularités que l'on note chez lui :

La mâchoire inférieure est assez fortement développée, les lèvres sont saillantes et épaisses, un peu éversées ; on ne sent pas le corps thyroïde, mais on perçoit très bien les arcs trachéaux. La région cervico-dorsale de la colonne vertébrale présente une cyphose marquée, dont le développement a dû être progressif, car le malade ne s'est jamais aperçu de son début. Les mains et les pieds paraissent énormes : une pièce d'argent de la valeur de trois francs passe

facilement à travers un anneau que cet homme porte à son index droit. Pourtant, dans son ensemble, le sujet est assez bien proportionné. La figure est imberbe, quoique le reste du corps offre un système pileux normalement fourni. La langue n'est pas épaissie; la voix a un timbre masculin. Les testicules sont bien développés et l'instinct sexuel paraît normal. La radiographie montre que toutes les épiphyses sont déjà soudées, que le sinus frontal et la selle turcique sont considérablement agrandis.

En présence de l'épaississement des lèvres, de l'hypertrophie qui semble commencer à se manifester du côté des mains, de l'agrandissement de la selle turcique et du sinus frontal, M. Josefson pense que le sujet en question est un acromégalique. La coexistence du gigantisme et de l'acromégalie a, d'ailleurs, été déjà signalée. Il est probable que, dans les cas de ce genre, les deux affections coexistent dès le début de la vie; seulement, pendant l'enfance l'acromégalie porte son action hypertrophiante sur les cartilages de conjugaison, d'où l'accroissement en longueur, alors que, plus tard, la croissance achevée et les cartilages ossifiés, elle ne peut plus s'exprimer que par un accroissement en largeur, d'où les symptômes classiques de l'acromégalie. (*Hygiea*, mai 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

Association d'affections cardiaques avec l'épilepsie, par M. O. LESER.

Depuis une vingtaine d'années, l'association de l'épilepsie avec des lésions organiques du cœur a fait l'objet d'un certain nombre de travaux, dont les auteurs sont loin d'être d'accord : les uns considèrent l'épilepsie observée chez les cardiaques comme une conséquence des troubles de la circulation cérébrale (*épilepsie cardiaque*), tandis que d'autres sont plutôt portés à rattacher à la fois et le mal comitial et la cardiopathie à une seule et même cause, l'alcoolisme, par exemple; d'aucuns, enfin, ne voient dans cette sorte de combinaison morbide qu'une simple coïncidence accidentelle.

Afin d'élucider ce point, l'auteur a dépouillé, sur le conseil de M. le professeur Syllaba, toutes les observations recueillies, depuis le 1er janvier 1893 jusqu'au 31 décembre 1902, à la polyclinique de la Faculté tchèque de médecine de Prague. Sur 53,980 malades qui se sont présentés à la consultation pendant ces dix ans, on compte 527 épileptiques (287 hommes et 240 femmes), 814 cardiopathes (430 hommes et 384 femmes) et 616 artérioscléreux (364 hommes et 252 femmes). Or, sur ce nombre très élevé de cas, 8 sujets seulement présentaient l'association de l'épilepsie et d'une lésion du cœur : dans 3 faits, le mal comitial coexistait avec une insuffisance aortique, dans 3 autres avec un rétrécissement mitral, et 2 fois il y avait association de l'épilepsie avec l'artériosclérose.

On voit, par ces chiffres, combien la combinaison dont il s'agit est rare : parmi les 527 épileptiques, l'existence d'une cardiopathie n'a été notée que dans 1.5 % des cas, et, d'autre part, sur les 814 observations de lésion valvulaire du cœur, il n'y en a que 0.73 % où l'on ait enregistré en même temps l'épilepsie.

Le fait même de cette rareté relative de l'association morbide en question est de nature à faire mettre en doute l'existence d'une relation pathogénique étroite entre le mal comitial et les cardiopathies organiques. A étudier les choses de plus près, on constate encore mieux le caractère purement accidentel de cette association.

Les faits sur lesquels est basé le mémoire de M. Leser comprennent, outre les 8 cas susmentionnés, 2 observations recueillies par M. Syllaba dans sa clientèle particulière et qui ont trait à la coexistence de l'épilepsie et de l'insuffisance aortique. Ces 10 cas (tout comme ceux que l'on trouve relatés dans la littérature médicale) peuvent être divisés en deux catégories, suivant qu'il s'agit de l'épilepsie précoce (7 faits) ou de l'épilepsie tardive (3 cas). Or, en ce qui concerne les observations de la première catégorie, il convient de faire remarquer que dans 3 d'entre elles le mal comitial a précédé, de quelques années, les manifestations cliniques de la cardiopathie, laquelle ne s'est établie, chez 2 malades, qu'à la suite d'une atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Dans 2 autres cas, l'épilepsie s'est, il est vrai, déclarée plusieurs années après la constitution de la lésion organique du cœur, mais rien ne permet de croire à l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'affection cardiaque et le mal comitial, puisque celle-là avait pu durer longtemps sans amener l'éclosion de celui-ci, et que l'apparition d'accès épileptiques ne coïncida point avec une aggravation de la cardiopathie; au surplus, chez l'un des patients en question, il s'était montré dès l'enfance un certain degré d'insuffisance du système nerveux (incontinence nocturne d'urine). Enfin, dans les 2 derniers faits de cette catégorie, il fut impossible d'élucider exactement le rapport chronologique entre les deux affections.

Ainsi donc, s'il est incontestable qu'un épileptique est susceptible de contracter le rhumatisme articulaire aigu avec lésion valvulaire consécutive, au même titre que n'importe quelle autre maladie infectieuse, il s'en faut que l'on puisse admettre, pour ce premier groupe de faits, autre chose qu'une simple coïncidence accidentelle.

Quant à la seconde catégorie, où l'on voit une épilepsie tardive s'associer à une cardiopathie d'origine artérioscléreuse, on peut supposer que les accès convulsifs traduisent l'envahissement des vaisseaux cérébraux par le processus d'artériosclérose, mais là encore il n'y a pas de relation causale entre la lésion du cœur et la névrose : pas plus que dans les cas du premier groupe, l'épilepsie n'est ici *d'origine cardiaque*. (*Sbornik klinicky*, V, 5.) — L. CH.

Sur la position élevée congénitale de l'omoplate, par M. K. MAYDL.

L'auteur a eu l'occasion d'observer 2 cas de position élevée congénitale de l'omoplate, dans lesquels l'examen minutieux des malades, aidé de la radioscopie, permit de reconnaître la vraie cause anatomique de cette difformité congénitale et d'y remédier par une intervention opératoire rationnelle.

Dans le premier fait, il s'agissait d'une fillette de treize ans, chez laquelle l'omoplate gauche était élevée de 5 centimètres par rapport à celle du côté opposé, son angle inférieur étant situé au niveau de la quatrième apophyse épineuse dorsale et à 3 centimètres de la ligne médiane. En pratiquant la palpation, on fut à même de se convaincre que le bord spinal de l'os se prolongeait, au-dessous de l'épine de l'omoplate, en une sorte d'apophyse triangulaire, à partir de laquelle on percevait, sous les muscles, une résistance osseuse dans toute l'étendue comprise entre la troisième et la première vertèbre dorsale. Cette résistance osseuse semblait correspondre à un os anormal fixant l'omoplate à la colonne vertébrale. A l'examen radioscopique, ce lien osseux se présentait sous la forme d'une ombre se dirigeant de la septième vertèbre cervicale vers le bord spinal du scapulum.

L'intervention consista à pratiquer une incision oblique allant de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre cervicale au bord spinal de l'omoplate (au niveau de la cinquième vertèbre dorsale). Le bord postérieur ayant été mis à nu, on trouva, à 2 centim. 1/2 environ de l'angle inférieur, un os allongé, rappelant par sa forme une côte et qui s'articulait avec le scapulum. L'extrémité supérieure de cet os anormal était fermement unie au côté gauche de l'arc de la septième vertèbre cervicale, et, à l'encontre de l'extrémité inférieure, qui se laissa facilement détacher de son articulation, elle ne put être désarticulée que par arrachement, ce qui amena une déchirure de la dure-mère avec écoulement du liquide céphalo-rachidien. La perforation méningée fut obturée par un tampon de gaze, et la plaie extérieure suturée. Compliquées d'abord par un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien, les suites post-opératoires ne tardèrent pas à devenir normales, et, un mois environ après l'intervention, la petite patiente sortait parfaitement guérie, son omoplate s'étant considérablement abaissée.

L'os extirpé mesurait 5 centimètres de long sur 7 millim. 1/2 de large; entièrement cartilagineux dans son quart supérieur, il était, dans sa partie inférieure, couvert seulement d'une mince couche de cartilage, par laquelle il s'articulait avec l'omoplate. La partie osseuse présentait, d'après la radiographie, une structure spongieuse.

La seconde observation a trait à un garçon de dix ans, chez lequel la difformité (également du côté gauche) était encore plus accentuée que dans le premier cas. Fort de l'expérience acquise, M. Maydl chercha à se rendre compte s'il n'existait pas de lien osseux entre le scapulum et le rachis; effectivement, la palpation ne tarda pas à déceler la présence d'un os anormal, occupant à peu près la même situation que dans le fait précédent et qui s'étendait du bord spinal de l'omoplate à la sixième ou à la septième vertèbre cervicale. Après en avoir pratiqué l'extirpation, on constata que cet os, ressemblant par sa forme à une côte, avait la structure du tissu osseux spongieux, sauf au niveau de ses extrémités, qui étaient couvertes d'une mince couche de cartilage. L'effet de l'intervention a, dans ce cas aussi, été très satisfaisant, la difformité ayant presque complètement disparu et le petit opéré ayant récupéré les mouvements de l'extrémité supérieure gauche, qui auparavant étaient très gênés.

En présence de ces deux faits, l'auteur s'est demandé si l'anomalie en question n'aurait pas été notée dans d'autres cas de position élevée de l'omoplate. Or, en examinant les observations publiées antérieurement, il a pu constater que, dans un certain nombre d'entre elles, on avait bien remarqué la présence d'un lien osseux entre le scapulum déplacé et la colonne vertébrale, mais sans y voir autre chose qu'une complication accidentelle. Aussi, sans vouloir contester que la position élevée de l'omoplate puisse souvent être due à d'autres influences (paralysies ou défauts musculaires d'origine congénitale ou acquise, rachitisme, etc., etc.), M. Maydl estime que, tout au moins pour un certain nombre de ces difformités vraiment congénitales, le seul facteur étiologique à incriminer est le développement d'un os anormal entre l'omoplate et le rachis. Il importe, toutefois, de tenir compte que la constatation de cette anomalie peut être entourée de quelques difficultés, soit que les muscles, fortement développés, masquent complètement l'os en question, soit qu'il s'agisse d'un lien encore à l'état cartilagineux (chez de tout jeunes enfants), auquel cas la radioscopie elle-même ne donnerait qu'un résultat négatif. (*Sbornik klinicky*, V, 2.) — L. CH.

L'ankylostomiase dans les houillères de Bohême, par M. K. HYNEK.

Jusque dans ces dernières années, les mines de Bohême étaient complètement indemnes d'ankylostomiase. Les premiers cas de cette affection y ont été observés au mois de mars 1903 : il s'agissait de 3 mineurs, âgés respectivement de trente-deux, trente-sept et quarante-cinq ans, qui furent admis dans le service de M. Maixner, sans présenter, d'ailleurs, le tableau complet de l'ankylostomiase. L'anémie notamment était peu marquée; par contre, il existait une éosinophilie très accentuée, la proportion des éosinophiles étant respectivement de 10 %, 13.7 % et 20.3 %, ce qui tendrait à prouver que les toxines éosinophilopoiétiques et les toxines hémolytiques sont tout à fait indépendantes les unes des autres. Après avoir absorbé de l'extrait de fougère mâle, un des malades expulsa 5 parasites (3 mâles et 2 femelles), les deux autres patients rendirent, chacun, 3 vers. Dans aucun cas, on ne trouva de cristaux de Charcot-Leyden dans les selles. Les malades furent bientôt à même de quitter l'hôpital.

Fait à remarquer, bien que les trois individus en question eussent longtemps travaillé dans les mines du pays, on ne constata pas d'autres cas de cette affection. Les houillères de Bohême paraissent donc défavorables à l'éclosion de l'ankylostomiase, ce qui tient probablement, non seulement à l'application rigoureuse des mesures hygiéniques destinées à empêcher la souillure du sol des mines par les matières fécales, mais encore au peu de profondeur et de chaleur de ces mines, conditions qui — la dernière surtout — ne sont guère propices au développement du parasite, puisque, d'après M. Tenholt, l'évolution des larves de l'ankylostome duodénal nécessiterait une température supérieure à 22°. (*Sbornik klinicky*, V, 4.) — L. CH.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les formes cliniques du cancer de l'estomac.

Le cancer de l'estomac constitue assurément une affection bien définie, une véritable espèce morbide; il n'en présente pas moins une variété de symptomatologie et d'évolution qui rend fort dissemblables les divers malades qui en sont atteints.

La génération médicale qui nous a précédés, frappée des divergences qui se retrouvent dans la plupart des affections les plus autonomes et les plus unitaires, répétait volontiers qu'il n'y a pas de maladies et qu'il n'y a que des malades. A le prendre au pied de la lettre, cet axiome serait de nature à jeter le discrédit sur les études pathologiques; la vérité est simplement que la précision et la perfection croissante des divisions nosologiques, tout en constituant un des témoignages les plus sûrs et les plus frappants des progrès incessants de la pathologie, ne sauraient suffire aux besoins de la clinique pratique.

De même que les espèces animales, les espèces nosologiques ne sont pas le dernier terme réalisable de la classification des individus; les formes cliniques sont aux maladies ce que les variétés sont aux espèces animales : la distinction des maladies doit être complétée par la description et la distinction des formes cliniques qui appartiennent à chacune d'entre elles.

Le premier effet de la subdivision d'une maladie en variétés multiples est d'introduire de l'ordre et de la clarté dans la complexité touffue des descriptions symptomatologiques; mais son rôle essentiel est de venir en aide aux praticiens pour le diagnostic — et surtout pour le pronostic et le traitement de leurs malades —, en leur fournissant des points de repère auxquels ils puissent rapporter les cas particuliers qui se présentent à leur observation.

Les modalités cliniques si différentes du cancer de l'estomac rendent particulièrement nécessaire pour cette affection une classification de cet ordre; il ne me semble pas cependant que les divisions actuellement adoptées dans son étude répondent suffisamment aux besoins de la pratique; elles sont notamment insuffisantes pour permettre d'individualiser comme il convient les indications et le choix des interventions chirurgicales.

Aussi, après avoir passé succinctement en revue les classifications actuellement admises, j'indiquerai celle que m'ont inspirée mes observations et mes réflexions personnelles.

I

Ce n'est guère que chez les auteurs français que l'on trouve des classifications des formes cliniques du cancer de l'estomac. Dans les descriptions allemandes, qu'il s'agisse des traités généraux de pathologie ou des traités spéciaux consacrés aux maladies des voies digestives, on trouve des études longues et détaillées des grands signes cardinaux de la maladie, de ses symptômes rares et de ses complications; mais il n'est fait ensuite aucune tentative de synthèse pour grouper les cas en formes spéciales, distinctes et jouissant d'une certaine autonomie, comme il est de règle dans toutes les descriptions françaises de quelque étendue.

C'est là, d'ailleurs, une différence assez constante entre les tendances de ces deux littératures, quelle que soit la maladie que l'on envisage, comme j'ai eu déjà l'occasion de le relever à plusieurs reprises, notamment pour la tuberculose pulmonaire (1), si riche cependant en variétés cliniques distinctes.

(1) L. Bard. Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. (*Comptes rendus du quatrième Congrès français de médecine interne*, t. I, p. 1, Montpellier, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 158-160.) — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire; classification et description sommaire. Genève, 1901, p. 18.

Il semble même que les Allemands n'apprécient pas au même degré les différences profondes qui séparent pour nous le *tableau clinique* des *formes cliniques* d'une maladie : le premier, aspect d'ensemble d'un malade donné, voire même d'un malade moyen, variable avec les phases et les complications de la maladie; les secondes, subdivisions d'une maladie unitaire en groupements de cas similaires, assez rapprochés par leurs caractères symptomatiques essentiels et par leur évolution pour constituer de véritables unités en possession d'une certaine autonomie.

Je crois, ceci soit dit en passant, qu'il faut chercher la cause de cette différence de tendances, non seulement dans le besoin instinctif de clarté et de classification qui est un des caractères de l'esprit français, mais aussi dans les dissemblances de l'organisation et des méthodes de l'enseignement et des recherches scientifiques dans les deux pays. Les classifications de formes cliniques reposent toujours directement sur une synthèse réfléchie des caractères anatomiques et des symptômes cliniques; la méthode anatomo-clinique en est la seule base rationnelle, la seule inspiration féconde. On ne saurait s'étonner que cette méthode trouve en France des conditions plus favorables à son épanouissement qu'en Allemagne, quand on considère que les recherches cliniques et que les vérifications anatomiques vont toujours de pair en France, qu'elles s'inspirent des mêmes tendances, qu'elles parlent le même langage, et que, par là, elles s'éclairent réciproquement dans la plus large mesure; alors qu'en Allemagne, elles constituent des disciplines séparées, des domaines distincts, délimités par une frontière qui permet les points de contact, mais qui interdit les pénétrations.

Quelle qu'en soit d'ailleurs la raison, on ne trouve de classifications générales des formes cliniques du cancer de l'estomac que dans les traités français. Elles diffèrent assez peu les unes des autres, et il me suffira de citer les trois qui me paraissent le plus justifiées et le plus complètes.

M. Bouveret (1) distingue les variétés suivantes : cancer des jeunes sujets; cancer latent; cancer à forme dyspeptique; à vomissements incessants; avec hémorrhagies et douleurs; avec anémie intense et précoce; avec hydropisies; avec tumeur; avec métastases précoces. Il faut de plus ajouter à cette liste la linite plastique, que l'auteur décrit dans un chapitre à part, ne la considérant pas comme cancéreuse.

MM. Hayem et Lion (2) rejettent la description des formes cliniques dans le chapitre du diagnostic : ils font un exposé du diagnostic différentiel du cancer d'avec la gastrite et l'ulcère, les seules affections avec lesquelles, disent-ils, les cas habituels peuvent être confondus; ils étudient ensuite le diagnostic de siège de la tumeur, sans baser sur ce siège des formes spéciales; et ils énumèrent enfin les *formes anormales :* latente, avec anasarque, avec ascite, simulant l'obstruction intestinale, à métastases précoces dans le foie, le péritoine, la colonne vertébrale ou le poumon; la forme juvénile, la forme des femmes enceintes, qualifiées l'une et l'autre de formes individuelles. De même que M. Bouveret, ils décrivent à part la linite plastique, qu'ils traitent d'affection rare, à étiologie obscure, échappant au diagnostic.

M. Mathieu (3) procède à peu près comme MM. Hayem et Lion : pas de distinction de formes pour les cas où le tableau est plus ou moins au complet, et qui ne peuvent être confondus qu'avec l'ulcère ou la gastrite chronique; formes spéciales seulement pour les cas où un symptôme prend une importance prédominante : anémie extrême et précoce, imposant l'aspect d'anémie pernicieuse; œdème des membres inférieurs, faisant prendre le malade pour un cardiaque ou un brightique; obstruction intestinale; métastases précoces, simulant une affection primitive du foie ou du péritoine; cancer vertébral; et enfin cas latents.

(1) Bouveret. Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1893.

(2) Hayem et Lion. Article « Cancer de l'estomac » *in* Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert, t. IV. Paris, 1897.

(3) A. Mathieu. Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. Paris, 1900.

Il est assez singulier de voir que ces auteurs, dont aucun ne méconnaît l'autonomie des tumeurs pyloriques, auxquelles ils consacrent tous d'importants détails dans leurs chapitres d'anatomie pathologique, de symptomatologie et de diagnostic, n'aient songé ni les uns ni les autres à en faire nommément des formes cliniques distinctes. La même réflexion s'impose pour les cas de coexistence d'ulcère et de cancer, discutés par tous, volontiers décrits à part dans des monographies, et cependant laissés dans l'indivision au cours des descriptions générales.

Indépendamment des formes indiquées ci-dessus, on en trouve quelques autres, signalées dans des études spéciales; je citerai la forme rémittente, la forme fébrile, la forme tétanique (1), la forme comateuse.

On ne saurait reprocher la pauvreté à cette énumération assez longue, et cependant il me paraît justifié de présenter à mon tour une classification nouvelle, dans laquelle on retrouvera celles des formes précédentes qui me semblent dignes de conserver leur autonomie, et à côté d'elles quelques formes nouvelles, plus ou moins méconnues par les auteurs qui m'ont précédé.

II

J'adresse aux classifications proposées jusqu'ici deux reproches généraux graves :

Le premier, que la classification de M. Bouveret mérite cependant beaucoup moins que les deux autres, est de ne créer de formes cliniques que pour les variétés anormales et plus ou moins exceptionnelles, sans chercher à dissocier le bloc disparate des modalités les plus communes, cependant les plus utiles à bien connaître;

Le second est de se laisser surtout dominer par la préoccupation des difficultés du diagnostic du cancer lui-même, au lieu de s'attacher aussi à la marche et à l'ensemble du tableau clinique, qui seuls peuvent donner à un groupe de cas similaires l'unité et l'autonomie relatives, capables de caractériser une forme clinique définie.

Assurément une bonne classification de formes cliniques peut apporter au diagnostic de la maladie elle-même un appui important; en mettant en lumière des types bien caractérisés, elle vient en aide au diagnostic principal, à la faveur de la reconnaissance de ces types eux-mêmes. Ce n'est là cependant qu'un rôle secondaire de la création des formes cliniques; dans la grande majorité des cas, on arrive d'abord au diagnostic de la maladie — cancer de l'estomac en l'espèce — par les ressources générales de ce diagnostic, en utilisant surtout les symptômes plus ou moins communs à toutes les formes et en pouvant même fort bien se passer de connaître celles-ci. Ce n'est qu'après avoir établi ce diagnostic principal, qu'on se préoccupe d'aller plus loin, qu'on a besoin de rechercher la forme particulière de la maladie, seul moyen d'arriver à individualiser le pronostic et la thérapeutique, qui sont en somme les deux buts primordiaux et essentiels de la pratique médicale.

Pour mériter vraiment les suffrages des cliniciens et pour rendre tous les services qu'on doit attendre d'elle, une division en formes cliniques doit avoir pour objectif principal de

(1) Gouget. Forme tétanique du cancer du pylore. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 8 mai 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 153.)

réaliser ce desideratum, le reste ne pouvant venir que par surcroît. A ce propos, je ne puis que répéter ici ce que j'ai déjà dit ailleurs pour la tuberculose pulmonaire, la règle étant vraie quelle que soit la maladie considérée : « Pour arriver à la constitution de formes réellement autonomes, il importe de ne pas s'adresser à une seule base, de ne pas établir de classifications linéaires; il est indispensable que la caractéristique des formes soit le résultat de la compréhension synthétique de l'ensemble des caractères. Par là, la classification doit être forcément complexe; elle ne peut être établie, ni *a priori*, ni par développement logique; elle doit résulter de l'étude attentive d'un grand nombre de cas. » (1).

Les caractères des lésions anatomiques fournissent la base la plus sûre pour une première différenciation des formes cliniques, mais à la condition que le choix à faire entre ces caractères soit éclairé par la clinique elle-même, seule capable de discerner, au milieu de leur multiplicité, ceux qui exercent une influence réelle sur la symptomatologie et l'évolution de la maladie, d'avec ceux qui n'ont qu'un intérêt descriptif, sans portée pratique.

Parmi les caractères anatomiques, les caractères macroscopiques, de siège et de topographie, ont une importance infiniment plus grande que les caractères histologiques; aucune classification ne les néglige complètement, et c'est assurément à eux qu'il faut demander les premières grandes lignes des divisions à établir. Toutefois, ils ne suffisent pas à cette tâche, et il est indispensable de s'adresser à d'autres éléments pour pousser plus loin les distinctions nécessaires.

Les caractères histologiques différents de la tumeur elle-même ne fournissent, de l'avis général, aucune base utile pour la distinction des formes cliniques. J'estime pour ma part que cette exclusion est trop absolue et qu'il y a lieu de faire ici un départ entre les classifications anatomo-pathologiques surannées et celles qui s'inspirent de la spécificité cellulaire.

J'ai consacré de nombreux travaux à combattre la division des cancers en carcinomes, en épithéliomes et en sarcomes; je déplore la survivance de cette classification et la ténacité de ses ruines, et ce n'est pas après l'avoir trouvée inexacte et insuffisante dans le domaine anatomique, que je suis disposé à attendre d'elle quoi que ce soit d'utilisable en clinique. Par contre, il est certain que les cancers qui proviennent des cellules épithéliales des glandes à pepsine, et ceux qui proviennent des cellules épithéliales du revêtement muqueux, peuvent présenter quelques caractères différentiels, tant dans la forme de la cachexie qu'ils déterminent que dans les détails de leur généralisation; les dissemblances sont plus accusées et plus apparentes encore entre ces deux ordres de cancers et ceux d'origine conjonctive sous-muqueuse ou d'origine musculaire sous-péritonéale, plus rares les uns et les autres que leurs congénères épithéliaux, auxquels ils sont loin d'être superposables. De plus, dans chaque famille cellulaire, on peut rencontrer tous les degrés de malignité et de rapidité d'évolution, et les différences de cet ordre ne sont pas sans influence sur la symptomatologie et la marche de la maladie.

C'est pourquoi, sans accorder aux caractères histologiques une place aussi importante qu'aux caractères topographiques, j'estime qu'ils ont un rôle à jouer dans une classification générale des formes cliniques du cancer de l'estomac.

Après avoir fait la part des données anatomiques utilisables, nous devrons, pour aller plus loin, nous adresser aux caractères cliniques eux-mêmes.

Il n'y a rien à demander ici aux variations du pronostic éloigné, puisqu'il est fatal au même degré dans tous les cas, quel que soit le chemin différent que prennent pour le réaliser les diverses formes cliniques. Toutefois, la rapidité ou la lenteur de la marche figurent parmi les caractères secondaires de certaines des formes de la maladie. L'évolution, rémittente ou régulièrement progressive, est aussi un caractère secondaire, contingent, qui, sans pouvoir suffire à individualiser une forme, est cependant susceptible de contribuer à caractériser telle ou telle.

De même, le cancer des jeunes sujets ne saurait être élevé au rang de forme spéciale. Je suis d'autant moins disposé à méconnaître les caractères particuliers que l'apparition précoce du cancer imprime à l'évolution clinique de la maladie, que j'ai été le premier à les signaler, dans un mémoire personnel d'abord (1), et ensuite dans la thèse de mon élève et ami M. Mathieu (2), plus souvent citée d'ailleurs que mon mémoire initial. Le cancer précoce affecte généralement une marche rapide, il échappe souvent au diagnostic par les anomalies de ses symptômes; mais, précisément parce qu'il se présente sous des aspects multiples, il est impossible d'en réunir les divers cas dans une forme clinique spéciale.

Il en est de même du cancer de l'estomac survenant chez les cardiaques et chez les athéromateux; j'ai montré, dans la thèse de M. Gauthier (3), par le dépouillement des observations de mon service personnel, que la maladie offre alors une marche habituellement plus lente, par le fait même des troubles circulatoires qui entravent la nutrition de ses éléments; toutefois, le même effet s'observant quelle que soit d'autre part la forme clinique du cas considéré, ce seul caractère ne saurait suffire à en faire distinguer une nouvelle.

La caractéristique le plus souvent invoquée pour la création des formes cliniques est la présence d'un symptôme prépondérant, devenu, par là même, une source de difficulté pour le diagnostic. Dans cette voie, il est facile d'établir des divisions factices et de morceler la maladie à l'infini, écueil qu'il importe d'éviter au même degré que le maintien d'une unité trop touffue. Il en est exactement de même quand on veut établir une forme clinique sur l'existence d'une complication contingente et accidentelle.

La présence d'un symptôme dominant, tout comme la survenance d'une complication ou d'une généralisation particulière, peut mériter de servir à individualiser une forme clinique, dans les cas où l'une ou l'autre sont assez précoces et assez persistantes pour imprimer profondément leur marque, par voie de répercussion, à la symptomatologie tout entière, ainsi que le fait, par exemple, l'existence d'hémorrhagies répétées, surmenant l'hématopoïèse et arrivant à réaliser le syndrome de l'anémie pernicieuse; par contre, symptôme, complication ou généralisation à distance, quelle que soit leur importance ou leur gravité, ne méritent nullement cet honneur, s'ils ne constituent qu'un épisode isolé, que celui-ci soit d'ailleurs précoce, comme les crises de tétanie, ou tardif, comme les phlébites ou les perforations.

La présence ou l'absence d'une tumeur palpable est assurément un détail très important pour le diagnostic, mais qui ne mérite pas pour cela de servir de base à une distinction de formes cliniques, car il n'exerce pas d'influence appréciable sur la marche et sur les caractères généraux des cas eux-mêmes.

L'entrée du cancer de l'estomac dans le domaine chirurgical aurait dû rendre plus nécessaire une classification exacte des formes cliniques; l'intervention des laparotomies exploratrices dans le diagnostic, les vérifications biopsiques permises par les opérations elles-mêmes, auraient dû, semble-t-il, faire réaliser de grands progrès dans cette voie. Il n'en a rien été, ou plutôt le seul résultat tangible, à ce point de vue bien entendu, a été d'attirer davantage l'attention sur les accidents de sténose pylorique, et de séparer plus catégoriquement les cas qui les présentent d'avec ceux où ils font défaut.

En lisant les travaux publiés sur ce point, on constate que les chirurgiens sont exclusivement préoccupés, de la technique opératoire d'abord, et ensuite du diagnostic précoce, permettant les interventions hâtives. De formes cliniques individualisées, ils ne s'inquiètent guère, de les diagnostiquer à l'avance ils se soucient encore moins; pour eux, il n'y a que trois groupes de cas : ceux où la tumeur est assez limitée et assez libre pour permettre l'exérèse ; ceux où elle crée un obstacle pylorique, qu'on peut tourner à défaut de le lever; et enfin ceux qui, par la faute des médecins d'ailleurs, ne sont justiciables d'aucune intervention utile. Pour distinguer les trois groupes entre eux, ils comptent modérément sur les faibles lumières du diagnostic médical; ils se réservent et se chargent de juger quand ils seront à la fenêtre, situation assurément plus facile que la nôtre, mais qui ne suffit pas cependant à supprimer toute erreur. Avouons, il est vrai, qu'ils ont quelque droit d'agir ainsi, et que c'est à nous, médecins, qu'incombent le devoir — et la compétence — des distinctions préalables à établir.

III

L'immense majorité des cancers de l'estomac ont leur point de départ dans la muqueuse ou la sous-muqueuse; toutefois, quelques cancers naissent des tuniques externes, musculaire ou sous-péritonéale; par leur nature cellulaire, de même que par leur siège, ces derniers présentent des caractères très particuliers qui justifient leur séparation d'avec les tumeurs de la première catégorie.

Celles-ci se divisent elles-mêmes en deux grands groupes, suivant qu'elles appartiennent au pylore ou à son voisinage immédiat, ou au contraire aux autres régions de l'organe. L'estomac joue en somme le rôle d'un entonnoir qui dirige les aliments, après quelque temps d'arrêt, vers le débouché pylorique; la double fonction glandulaire et motrice de l'organe est profondément troublée par les cancers dont il est le siège, mais très inégalement suivant les cas; les tumeurs pyloriques font prédominer les troubles de la motilité et du transit, les tumeurs extrapyloriques mettent au premier plan les perversions glandulaires, les troubles des actes digestifs. De là, résultent deux grands syndromes cliniques, bien distincts, qui justifient la séparation en deux catégories de ces deux ordres de cancers : formes pyloriques et formes extrapyloriques.

Le groupe des tumeurs des tuniques externes est constitué par des cas rares, trop peu connus pour se prêter actuellement à des subdivisions quelconques. Il n'en est pas de même des cancers d'origine muqueuse ou sous-muqueuse, qui réunissent la presque totalité des cas, et qui comprennent des modalités assez nombreuses et assez fixes pour donner matière à la distinction de plusieurs formes cliniques. Celles-ci peuvent être réparties, tant pour les tumeurs pyloriques que pour les tumeurs extrapyloriques, en formes *typiques*, formes *frustes* et formes *larvées*, suivant la signification ordinaire de ces termes, signification qu'il n'est peut-être pas inutile de rappeler tout d'abord.

Les formes typiques sont celles qui reproduisent dans leur ensemble, et assez au complet pour être facilement reconnaissables, les symptômes cardinaux de la maladie considérée. Les formes frustes sont celles où l'absence de l'un des termes habituels du syndrome enlève à celui-ci quelque chose de sa netteté ordinaire.

(1) L. Bard. (*Loc. cit.*, p. 43.)

(1) L. Bard. Note sur le cancer précoce de l'estomac. (*Lyon méd.*, 26 oct. 1884, p. 239.)

(2) M. Mathieu. Du cancer précoce de l'estomac. (*Thèse de Lyon*, 1884.)

(3) G. Gauthier. Étude sur l'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac. (*Thèse de Lyon*, 1896.)

Les formes larvées (*larva*, masque) sont celles où un symptôme, étranger au type habituel, occupe le premier plan du tableau morbide et met un masque sur la physionomie habituelle de ce dernier.

On s'étonnera peut-être de ne pas trouver mention de formes *latentes*, ce terme figurant presque toujours dans les classifications du cancer de l'estomac; en réalité, on ne peut parler de formes cliniques latentes que par une confusion de langage. Sans doute il y a des *cas latents* de cancer de l'estomac, c'est-à-dire des cancers qui sont découverts à l'autopsie, *chez des sujets ayant succombé à une autre affection*, et qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme de leur chef pendant la vie. Ces cas latents sont fort rares, si l'on n'en étend pas le nombre en leur réunissant les formes frustes; leur latence même est plus apparente que réelle, elle ne résulte que de l'existence d'une autre affection, plus bruyante ou plus avancée, qui masque les symptômes propres au cancer ou qui ne leur laisse pas le temps de se développer. L'existence des cas latents est une donnée qu'il faut connaître, et qu'il convient de rappeler dans les descriptions de la maladie, mais il n'y a pas lieu pour cela d'admettre une forme latente, forme dont le symptôme cardinal serait de n'en avoir aucun!

Je ne saurais entrer ici dans de longs détails sur chacune des formes cliniques auxquelles je me suis arrêté; je me contenterai de les indiquer dans un tableau général, et de faire suivre ce tableau de quelques réflexions sur les caractères distinctifs des principales d'entre elles.

I. — Formes pyloriques :

A. *Formes typiques :*

1° Cancer annulaire sténosant du pylore;

2° Cancer juxtapylorique avec sténose secondaire;

3° Ulcéro-cancer prépylorique.

B. *Forme fruste :*

Cancer annulaire colloïde, créant au lieu de sténose une insuffisance pylorique.

C. *Formes larvées :*

Cancer cylindroïde sous-muqueux ou linite plastique de Brinton, substituant des symptômes d'apparence œsophagienne aux symptômes pyloriques ordinaires.

II. — Formes extrapyloriques :

A. *Forme typique :*

Forme commune, dyspeptique et cachectique.

B. *Formes frustes :*

1° Forme dyspeptique douloureuse (le plus souvent ulcéro-cancer éloigné du pylore);

2° Forme cachectique, sans phénomènes gastriques.

C. *Formes larvées :*

1° Par phénomènes généraux anormaux;

Forme simulant *l'anémie pernicieuse* — le plus souvent, mais non toujours —, par le fait d'hémorrhagies répétées, passées inaperçues, spécialement de mælenas, dont la constatation devient un indice capital;

2° Par symptômes sténosants :

a) Cancer juxta-cardiaque, avec sténose secondaire simulant le cancer de l'œsophage;

b) Cancer gastro-colique, forme intestinale simulant le cancer du côlon et aboutissant à des fistules gastro-coliques;

c) Forme à sténose médio-stomacale, forme cancéreuse de l'estomac en sablier.

d) Cancer gastro-hépatique, avec adhérences périgastriques étendues, fixation du foie et effacement par rétrécissement longitudinal de l'estomac, simulant une péritonite chronique sous-hépatique.

3° Par lésions précoces et prédominantes d'organes éloignés :

a) Forme hépatique, simulant le cancer primitif du foie ou les cirrhoses;

b) Forme ascitique ou péritonéale, simulant la péritonite tuberculeuse ou la cirrhose porte.

III. — Formes sous-péritonéales (*cancer musculaire de la face externe*).

IV

I. — Les formes pyloriques, lorsqu'elles sont *typiques*, ont pour caractères communs le syndrome bien connu de la dilatation de l'estomac par sténose pylorique; rien de plus simple que de les distinguer en bloc des autres formes cliniques; par contre, difficultés réelles à faire le diagnostic de la nature cancéreuse de la sténose.

En pareil cas, surtout pour la première et pour la troisième de ces formes, la cachexie néoplasique fait plus ou moins défaut, et c'est une cause de difficulté de plus. Cette atténuation de l'influence cachectisante résulte sans doute en partie de la nature histologique des tumeurs, mais aussi, et peut-être surtout, de l'action — excitante de la sécrétion gastrique — qu'exerce par elle-même la stase alimentaire due au rétrécissement pylorique.

Le diagnostic des trois formes typiques entre elles est incontestablement plus facile que le diagnostic de la nature cancéreuse de chaque cas, diagnostic que je n'ai pas à envisager ici et que je suppose réalisé au préalable.

La distinction entre le cancer juxtapylorique avec sténose secondaire, presque toujours parti de la petite courbure, et le cancer annulaire sténosant primitivement pylorique, a une très grande importance clinique, bien que je n'aie trouvé nulle part mention de l'opposition clinique de ces deux formes ni de leur diagnostic différentiel. La forme juxtapylorique se sépare facilement de la forme pylorique, par deux caractères bien marqués : d'abord, survenance plus tardive du syndrome de la sténose, des vomissements caractéristiques, qui, au lieu d'apparaître dès le début, comme dans la forme pylorique primitive, sont précédés par une phase assez longue de dyspepsie banale, d'amaigrissement et de perte des forces; en second lieu, production d'une hypertrophie de l'estomac sans dilatation notable et surtout sans abaissement de la grande courbure.

La sténose survenue tardivement chez un malade déjà anorexique, sur un organe déjà envahi par le néoplasme, fixé par des adhérences, ne peut pas exercer sur lui un effet aussi puissant que sur un organe sain, ayant conservé son pouvoir digestif et soumis encore à une alimentation copieuse.

L'ulcéro-cancer pylorique a une marche plus lente, plus sujette aux rémittences; il occasionne des douleurs plus vives, des hémorrhagies plus fréquentes, que les deux autres formes. La sténose y est plus spasmodique qu'organique, la cachexie peu marquée; en outre, l'étude du chimisme y révèle de l'hyperchlorhydrie, plus que dans le cancer sténosant, plus surtout que dans le cancer juxtapylorique, où l'anachlorhydrie est la règle.

Cette variété est constituée par la coexistence du cancer et de l'ulcère pepsique. On considère généralement le cancer comme développé secondairement sur un ulcère primitif; ce n'est pas le lieu de dire pourquoi je me rallie plus volontiers à l'opinion contraire, soutenue par M. R. Tripier et par son élève M. Duplant. Le terme d'ulcéro-cancer, dû à M. Hayem, partisan d'ailleurs de la théorie pathogénique classique, a du moins l'avantage de ne rien préjuger sur ce point.

Comme forme pylorique *fruste*, figure le cancer colloïde, dans lequel une diarrhée habituelle remplace les vomissements des formes typiques; la cachexie très accusée est de règle; la dilatation fait défaut. Cette forme se distingue de la forme fruste cachectique extrapylorique par les signes connus de l'insuffisance pylorique : impossibilité d'insuffler l'estomac, et de plus, comme l'a démontré M. Bianchi il y a longtemps déjà (1), évacuation rapide de l'eau ingérée, fixité du niveau de cette eau dans la station debout, malgré la continuation de son ingestion.

Quant aux formes *larvées*, elles sont représentées par le cancer cylindroïde sous-muqueux qui, sous le nom de linite plastique, a donné lieu à des travaux anatomo-pathologiques assez nombreux; l'unité en est discutable, la nature cancéreuse en est encore contestée et j'ai été un des premiers à l'affirmer histologiquement dans la thèse de mon élève M. Garret (1).

Les auteurs s'accordent à déclarer qu'il est impossible de le reconnaître pendant la vie. En réalité, s'il en est ainsi, c'est parce que son étude clinique est encore à faire.

D'après les cas que j'ai vus, je pense que les caractéristiques cliniques essentielles de cette forme sont, d'une part des vomissements survenant rapidement après l'ingestion des aliments, au point d'en imposer pour des régurgitations œsophagiennes; d'autre part, la diminution considérable de la capacité stomacale, pouvant se révéler par des régurgitations à volonté et par la difficulté de supporter une faible réplétion de l'estomac; enfin, l'absence plus ou moins complète de cachexie caractérisée.

On pense à des troubles d'origine œsophagienne, très anormaux, et il n'existe cependant pas de modifications de la déglutition elle-même, notamment aucune difficulté du cathétérisme. Tantôt il y a une tumeur palpable, cylindroïde, haut située, tantôt il n'y en a pas; dans le premier cas, le diagnostic de cancer étant aisé, celui de la forme me paraît plus facile encore à établir, à l'aide des signes que je viens d'indiquer; dans le second cas, on pourra encore faire le diagnostic, pourvu qu'on y pense.

II. — Parmi les formes extrapyloriques, la forme *typique* répond à la description classique ordinaire; peut-être est-elle en effet la plus commune de toutes les formes indiquées dans le tableau ci-dessus, mais elle est loin de répondre à elle seule à la majorité des cas, car l'ensemble des formes pyloriques, typiques et frustes, en comprend déjà la moitié.

Les formes extrapyloriques *frustes* présentent des difficultés de diagnostic, la première, avec l'ulcère simple ou avec la gastrite chronique non cancéreuse, la seconde avec un cancer de siège quelconque; cette opposition suffit à montrer que, dans la première, c'est la nature cancéreuse du mal qui est parfois difficile à établir, tandis que, dans la seconde, cette nature se présente d'emblée à l'esprit, et c'est le siège de la tumeur qui reste incertain. Ce sont assurément les deux formes où l'existence d'une tumeur palpable est le plus nécessaire pour fixer les hésitations du diagnostic; ce signe est plus fréquent dans la seconde forme que dans la première.

Les diverses variétés extrapyloriques *larvées* sont toutes, sauf la cinquième, assez connues; elles ont fait l'objet de descriptions spéciales de la part de différents auteurs; pour chacune d'elles, le diagnostic est à établir entre le cancer de l'estomac et l'affection dont celui-ci a pris le masque. Les détails seraient trop longs à développer et sortent du cadre d'un simple exposé général.

III. — Les formes sous-péritonéales sont très rares; elles se révèlent surtout par une tumeur palpable, bien nette, mais ne s'accompagnant pas de phénomènes gastriques. Il y a souvent de l'ascite ou des phénomènes péritonitiques, et le diagnostic se pose surtout avec les tumeurs de l'épiploon ou avec les péritonites d'une autre origine.

Le premier cas de cet ordre dont j'ai pu faire l'examen histologique, et qui m'a donné la notion de cette forme anatomique, remonte à quinze ans; la pièce, recueillie au cours d'une

(1) Bianchi. Le cancer colloïde du pylore. (*Semaine Médicale*, 1890, p. 394.)

(1) G. Garret. Contribution à l'étude des néoplasmes de l'estomac : du cancer conjonctif sous-muqueux. (*Thèse de Lyon*, 1892.)

laparotomie, m'avait été remise par M. Goullioud, qui a publié à l'époque l'observation clinique du malade (1); tout récemment, le même auteur en a observé un second cas, présenté au dernier Congrès français de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 350). Dans ces deux faits, de même que dans ceux que j'ai observés moi-même, les symptômes ont toujours prédominé du côté du péritoine, sans participation apparente de l'estomac.

Les très rares cancers secondaires de l'estomac affectent le plus souvent la même topographie; j'ai eu l'occasion d'en observer un d'origine thyroïdienne et plusieurs d'origine ovarienne, ces derniers de nature musculaire lisse, plus souvent que de nature épithéliale.

V

Indépendamment des avantages qu'elle présente pour le diagnostic plus précis des divers cas, des facilités qu'elle donne pour individualiser leur évolution probable, leur pronostic et leur thérapeutique médicale, la classification que je propose me paraît susceptible d'éclairer utilement quelques points litigieux du traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

Sans doute, elle ne saurait donner satisfaction à ceux qui pensent, avec M. le professeur Roux (de Lausanne), que, lorsque le cancer est diagnostiqué sûrement, il n'est pas moins sûrement inopérable au point de vue d'une guérison durable, si bien que « pour les cancéreux de l'estomac, il faut se décider à renoncer définitivement à l'opération ou au diagnostic ». Mais s'il en est ainsi, et on peut être disposé à le croire sur la foi d'une pareille autorité, il ne faudrait rien moins, pour parer à cette difficulté, que conseiller à chacun, au premier symptôme de dyspepsie ou d'amaigrissement inexpliqué, de faire pratiquer une revision chirurgicale, *de visu*, de son estomac. Il est vrai que, faisant d'une pierre plusieurs coups, on pourrait en profiter pour faire reviser aussi l'appendice et la vésicule biliaire, voire même pour faire supprimer préventivement ces organes dangereux.

J'avoue que je ne partage ni cette impatience ni ce découragement. Je crois que l'opération radicale des formes *très malignes* du cancer de siège quelconque est plus néfaste qu'utile, quelque précoce qu'elle puisse être, à moins de précéder l'éclosion de l'affection; or, s'il est un grand nombre d'organes qui paraissent inutiles, considérés isolément, il est cependant impossible de les enlever successivement, à titre préventif, parce qu'on ne saurait malheureusement se passer de tous à la fois. Si l'on en juge par ce qui a lieu pour les cancers externes, il semble bien que les opérations radicales, quand elles sont suivies de récidives voisines, et surtout de généralisations ganglionnaires rapprochées, aggravent le tableau morbide et contribuent à abréger la survie; il doit en être de même pour les cancers de l'estomac, en ajoutant alors de plus, au passif, les quelque 30 % de mortalité opératoire de la gastrectomie. Peut-être verrons-nous un jour les partisans les plus intrépides des opérations précoces trouver ici, comme pour les appendicites, leur chemin de Damas.

Il en est tout autrement quand il s'agit des tumeurs de malignité surtout locale, plus lentes et plus limitées; elles sont susceptibles de donner de beaux succès, même aux exérèses en apparence tardives. Pour bien juger de ces distinctions, il serait nécessaire de renoncer à étudier en bloc les résultats des opérations radicales, et de chercher à les classer par formes cliniques, en étudiant à part le bilan de chacune d'elles.

Je pense qu'en agissant ainsi, on trouverait les résultats particulièrement satisfaisants pour certains cas de cancer annulaire pylorique squirrheux, pour les ulcéro-cancers de tout siège, pour les formes extrapyloriques frustes du type dyspeptique, et surtout pour les linites plastiques, quelque étendues qu'elles soient.

La considération des formes cliniques doit jouer un rôle encore plus grand — et qui sera sans doute plus facilement accepté — quand il s'agit de fixer les indications et le choix des opérations palliatives.

Actuellement, la gastro-entéro-anastomose est presque la seule qui soit pratiquée; or, la jéjunostomie ne me paraît pas mériter l'oubli dont elle est d'ordinaire l'objet : outre une mortalité moindre, les partisans de cette intervention invoquent en sa faveur le ralentissement de l'évolution du cancer par la mise au repos de l'organe. A mon avis, les différences apparaîtraient plus grandes encore, si l'étude comparative s'établissait après un choix judicieux des formes cliniques. En réalité, on ne doit pas opposer la jéjunostomie à la gastro-entéro-anastomose, en dressant autel contre autel, mais bien fixer à chacune son champ particulier.

Le cancer pylorique annulaire à forme typique, quand il ne permet pas la pylorectomie, est assurément le terrain de choix de la gastro-entéro-anastomose; du reste, cette opération ne convient guère qu'à cette forme clinique, et avec elle, sous la même réserve, à la sténose médio-stomacale en sablier.

Le cancer juxtapylorique avec sténose secondaire est généralement confondu avec le précédent, et cette confusion me paraît être la cause principale de la différence colossale de mortalité de la gastro-entéro-anastomose dans le cancer d'une part, dans les sténoses pyloriques cicatricielles d'autre part. Cette forme n'est justiciable que de la jéjunostomie; au double point de vue de la survie opératoire et de la survie éloignée, la séparation de ces deux groupes de cas changerait sans doute du tout au tout les statistiques chirurgicales.

Les ulcéro-cancers, pyloriques typiques ou extrapyloriques larvés à forme anémique, sont aussi peu favorables à la gastro-entéro-anastomose; je crois par contre qu'ils permettent l'exérèse même assez tard; peut-être la jéjunostomie préalable serait-elle susceptible ici d'augmenter encore le nombre des cas accessibles à cette dernière, en permettant des rémissions suivies de relèvement de l'état général, de nature à rendre la gastrectomie réalisable, alors même que la limite avait pu paraître déjà dépassée.

La forme pylorique fruste par insuffisance de l'orifice ne pourrait comporter que la mise au repos de l'organe au moyen de la jéjunostomie; il est vrai qu'elle justifie peut-être plus encore l'abstention pure et simple. Il en est de même pour les formes extrapyloriques cachectiques, typiques ou frustes.

La linite plastique commande la gastrectomie étendue, et M. Jaboulay a publié récemment un beau succès de cet ordre; elle contre-indique la gastro-entéro-anastomose, dont l'orifice devrait être placé trop haut, et serait vite envahi. Presque au même titre qu'un cancer de l'œsophage, si l'exérèse n'est pas possible, elle légitime l'établissement d'une bouche *en aval*, dans l'espèce une jéjunostomie.

L'indication de cette dernière est tout aussi nette dans la forme larvée gastro-hépatique. Il est probable enfin que la forme extrapylorique cardiaque s'en trouverait mieux que d'une gastrostomie; plutôt d'ailleurs à titre d'opération palliative précoce qu'à titre d'expédient ultime, car il est fort rare que l'arrêt de l'ingestion des aliments atteigne alors, comme dans le cancer de l'œsophage, les limites qui justifient l'intervention d'urgence des dernières périodes.

Il va sans dire qu'aucune intervention n'est utile dans les formes larvées par généralisation dominante. En ajoutant que la forme larvée gastro-colique pourrait entraîner à créer un anus contre nature qui ne donnerait que des déceptions, j'aurai indiqué les principales applications rationnelles de l'individualisation de la thérapeutique chirurgicale aux diverses formes cliniques des cancers de l'estomac.

On peut assurément reprocher à cette individualisation d'être plus logique qu'expérimentale, et quelque peu *a priori*; j'en conviens volontiers. Elle devra sans doute recevoir nombre de corrections au contrôle de la pratique; je ne prétends pas davantage qu'elle soit nouvelle sur tous les points, mais j'ai la conviction que, s'ils la prennent pour base et pour guide provisoire, les médecins s'orienteront mieux dans leurs pronostics et dans leurs décisions, et les chirurgiens amélioreront à la fois leurs statistiques opératoires et leurs résultats éloignés.

Dr L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

(1) P. Goullioud et J. Mollard. Cancer musculaire de l'épiploon et de l'estomac; gangrène intestinale par lésion du mésocôlon. (*Lyon méd.*, 18 août 1889, p. 545.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

La courbe de Damoiseau et l'examen radioscopique des épanchements pleuraux, par M. F. Barjon.

La forme parabolique de la courbe à convexité supérieure qui marque la limite supérieure des épanchements pleurétiques a, depuis la première description qu'en a donnée Damoiseau en 1843, suscité les explications les plus diverses, explications d'ailleurs aussi peu satisfaisantes les unes que les autres. A son tour, M. Barjon propose une interprétation qui lui a été suggérée par l'examen radioscopique de nombreux cas de pleurésie avec épanchement et qui parait mieux tenir compte des conditions réelles que ne l'avaient fait les hypothèses émises jusqu'ici.

La courbe de Damoiseau, qui se retrouve sur l'écran fluoroscopique à certains moments de l'évolution des pleurésies, s'y présente sous la forme d'une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Cette ligne, suivant l'abondance de l'épanchement, s'incline plus ou moins sur l'horizon : c'est des variations et déformations qu'elle subit dans ces conditions que M. Barjon a déduit l'explication qu'il propose.

Lorsque l'épanchement devient très abondant, sa limite supérieure affecte une direction presque verticale. Au fur et à mesure que le liquide diminue de quantité, l'obliquité s'atténue aussi, pour aboutir enfin à l'horizontale peu avant que la résorption soit complète. Dans les positions intermédiaires entre la position moyenne où la ligne dont il s'agit présente une inclinaison à 45°, et l'état terminal où elle atteint l'horizontale, on constate que la limite de l'épanchement est figurée par une ligne brisée, sorte d'angle obtus très ouvert, à sinus supéro-interne. Quelle que soit d'ailleurs l'obliquité générale de cette ligne, son extrémité interne, ainsi qu'on s'en rend aisément compte sur l'écran, correspond nettement au niveau du hile du poumon.

Cela étant, l'auteur admet que, lorsqu'un épanchement se produit dans la plèvre, le liquide est soumis uniquement aux lois de la pesanteur tant que son niveau n'atteint pas le voisinage du hile. Mais quand l'épanchement, continuant à progresser, arrive à ce niveau, il chemine en dehors et s'infiltre entre les deux feuillets de la plèvre, parce qu'il éprouve dans la région externe une résistance moins grande qu'en dedans, où le poumon, maintenu en place par les moyens de fixité du hile, oppose un obstacle sérieux au refoulement. La compression inégale du parenchyme pulmonaire intervient également dans une certaine mesure : la compression pouvant moins facilement s'effectuer sur le côté interne, l'ascension capillaire de l'épanchement s'effectue plus aisément en dehors et contribue ainsi à accentuer l'obliquité de la limite de l'épanchement.

Trois facteurs viennent donc, en définitive, d'après M. Barjon, contribuer à donner à la limite supérieure de l'épanchement pleurétique sa forme parabolique : l'action de la pesanteur sur le liquide, le refoulement du poumon élastique et la fixation de cet organe au niveau de son hile. (*Lyon méd.*, 17 avril 1904.) — F. M.

Deux cas de pleurésie purulente pneumococcique; empyème; guérison, par M. P. Simon.

S'il est vrai que la simple ponction suffit le plus souvent à assurer la guérison des pleurésies purulentes à pneumocoque, quelquefois, cependant, il devient indispensable de recourir à l'opération de l'empyème. Tel fut le cas dans les 2 observations qui font l'objet du présent mémoire.

L'un de ces faits a trait à une femme de cinquante-neuf ans, qui fut atteinte d'une pleurésie métapneumonique typique. Le sixième jour de la maladie, alors que la crise semblait déjà s'esquisser et que la défervescence paraissait proche, les symptômes ordinaires de la convalescence faisant cependant défaut, on constata l'existence d'un épanchement, non accompagné d'ailleurs d'élévation thermique, et trahissant sa présence uniquement par l'altération de l'état général et les signes physiques que révélait l'exploration du thorax. Une ponction pratiquée le dix-neuvième jour ramena 1 litre de pus crémeux, renfermant des pneumocoques en abondance. Mais l'épanchement se reproduisit d'une façon presque immédiate, la température se releva légèrement et l'état général resta mauvais. L'opération de l'empyème, que l'on se décida alors à pratiquer, amena dans les délais habituels une guérison complète, sans complication.

Au contraire de ce qui eut lieu dans l'observation précédente, la guérison ne put être obtenue qu'après d'assez nombreuses vicissitudes, dans le second cas que relate M. Simon. Il s'agit d'une femme de trente ans, nourrissant depuis sept mois, chez laquelle le début brusque, ainsi que l'existence d'un point de côté et d'une zone de submatité dans la fosse sous-épineuse gauche, firent d'abord songer à une pneumonie centrale. Le sixième jour, cependant, la matité s'était étendue jusqu'à la base, où existait un silence respiratoire complet avec abolition des vibrations thoraciques, et le diagnostic d'épanchement pleurétique devenait évident. Le dix-neuvième jour, une thoracentèse donna issue à du pus épais et verdâtre, dont aucun signe n'avait permis jusque-là de soupçonner l'existence. L'examen bactériologique y décela de très nombreux pneumocoques. Cependant, l'épanchement se reproduisit rapidement; une seconde ponction ne s'étant pas montrée plus efficace, on pratiqua l'opération de l'empyème. La convalescence fut interrompue par plusieurs poussées fébriles qui ne cessèrent qu'à la suite d'un lavage de la plèvre, lequel ramena un volumineux paquet de fausses membranes infiltrées de pus. De grandes oscillations thermiques reparurent peu après : l'évacuation d'une poche fluctuante qui s'était formée dans la cavité pleurale, et qui renfermait environ 200 grammes de pus, les fit disparaître pour un temps. Mais bientôt elles se reproduisirent, accompagnées d'anorexie et de diarrhée, et l'on dut se décider à inciser le foyer et à réséquer deux côtes. A la suite de cette dernière intervention, la maladie évolua définitivement vers la guérison. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril 1904.)

Des troubles cardiaques tardifs consécutifs aux angines, par M. P. Busquet.

L'auteur a eu l'occasion de recueillir, dans les douze dernières années, 17 observations de troubles cardiaques s'étant manifestés à longue échéance après une atteinte d'angine aiguë, d'ailleurs bénigne en apparence dans la majorité des cas.

Pseudo-membraneuse ou non, et de nature non diphtérique, l'angine évolue, dans les faits de ce genre, sans donner lieu à des phénomènes locaux ni généraux bien marqués; les complications notamment font défaut, de sorte qu'après quelques jours de malaise plutôt que de maladie, le patient semble parfaitement remis et ne tarde pas à reprendre ses occupations habituelles. Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines, alors que l'attaque est parfois déjà presque oubliée, que l'on voit apparaître progressivement certains troubles, tels que dyspnée d'effort et lassitude générale : le malade se sent « mou », il a des jambes « en flanelle ». Puis surviennent des phénomènes de plus en plus nets : palpitations, crises de dyspnée, amaigrissement; à l'examen, on constate le plus souvent l'existence d'une lésion mitrale. En somme, il s'agit d'une endocardite s'établissant sournoisement et ne se manifestant que longtemps après le retour apparent à la santé.

L'observation que relate l'auteur dans le présent mémoire est d'autant plus typique qu'elle concerne un sujet exempt de toute tare pathologique, chez lequel l'affection cardiaque ne fut reconnue qu'à l'occasion d'un examen méthodique, pratiqué en vue de la délivrance d'un certificat d'aptitude physique. Vingt mois auparavant, cet homme, étant au régiment, avait eu une angine légère, caractérisée par une tuméfaction de l'amygdale droite, sans exsudat, sans retentissement ganglionnaire, ayant entraîné seulement un peu de dysphagie et une fièvre légère pendant deux jours : une semaine après le début de cette attaque, ce soldat reprenait son service, guéri. Or, bien que les antécédents, tant personnels qu'héréditaires, fussent excellents, que cet homme parût d'une constitution très robuste et d'une santé parfaite, M. Busquet put constater, au moment de son examen, les signes manifestes d'une lésion valvulaire (pointe du cœur abaissée et déplacée en dehors, élargissement du choc précordial, souffle à la base). Au repos, le cœur ne présentait aucun trouble fonctionnel et le sujet n'était nullement incommodé par sa lésion cardiaque; ce n'est qu'après une course rapide, après un exercice prolongé, que, depuis quelque temps, il se sentait un peu essoufflé.

Pour l'auteur, ces cas d'endocardite à début insidieux seraient dus à un envahissement de l'organisme par un agent microbien qui pénétrerait — à la faveur de l'angine — au niveau de la muqueuse pharyngée malade, se répandrait ensuite dans le torrent circulatoire et, par sa localisation sur l'endocarde, déterminerait une cardiopathie. L'angine constituerait ainsi à la fois le début et la cause d'une infection généralisée à détermination cardiaque. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 juin 1904.)

Hétérotopie thyroïdienne, par M. E. Tavel.

A côté des faits où les localisations hétérotopiques de tissu thyroïdien sont dues soit à des glandes aberrantes, soit à des métastases de goitre, on tend à admettre que l'hétérotopie thyroïdienne peut être d'origine fœtale, sans que d'ailleurs, en pareille occurrence, il existe toujours, à côté du tissu thyroïdien, des organes embryonnaires, tels que glandes sudoripares ou sébacées, ou tissu cartilagineux, etc. Ces formations doivent être considérées comme de véritables tératomes.

Cela étant, et vu le petit nombre des cas de ce genre qui ont été publiés, il nous paraît intéressant de rendre compte des deux observations auxquelles M. Tavel consacre le présent mémoire.

L'un de ces faits concerne un homme de quarante ans, porteur d'un sarcome étendu du bassin, pour lequel il avait été soumis aux modes de traitement les plus divers (opération chirurgicale, électrolyse, injections de toxines), interventions demeurées d'ailleurs aussi inefficaces les unes que les autres. Malgré tout, en effet, la tumeur, partie de la symphyse sacro-iliaque gauche, continua à croître, devint pulsatile, envahit la totalité de la région depuis le grand trochanter gauche jusqu'à la symphyse sacro-iliaque droite, perfora la peau, comprimant en outre la vessie et le rectum et rendant la marche complètement impossible.

Le malade ayant succombé aux progrès de l'affection, on constata, à l'autopsie, que la tumeur présentait tous les caractères d'un goitre colloïde typique, dont les alvéoles, assez grands, renfermaient une abondante quantité de matière colloïde et dont les travées conjonctives paraissaient un peu plus développées et moins régulières que dans le goitre homotopique.

Vu l'absence de toute lésion du corps thyroïde, l'auteur n'admet pas qu'il ait pu s'agir en l'espèce d'une simple métastase strumeuse; pour lui, il faudrait considérer cette tumeur comme un adénome malin qui se serait développé dans une localisation embryonnaire tératologique du corps thyroïde.

Le second fait relaté par M. Tavel est relatif à une femme de cinquante-deux ans, chez laquelle apparurent, à l'époque de la ménopause, des phénomènes abdominaux — augmentation de volume du ventre, tension de la paroi, endolorissement à droite —, auxquels ne tarda pas à s'associer un amaigrissement progressif. Huit litres de liquide ascitique ayant été évacués par une ponction abdominale, le toucher vaginal permit de reconnaître la présence, dans le petit bassin, d'une tumeur dure, peu mobile et faisant corps avec l'utérus. Au cours de la laparotomie qui fut résolue à la suite de cet examen, on se trouva en présence de deux tumeurs indépendantes : l'une présentait les caractères d'un kyste de l'ovaire, mais adhérait par un pédicule au fond du cul-de-sac de Douglas, où ce pédicule s'insérait à gauche de la ligne médiane sur la face postérieure du ligament large; l'autre, dure, très peu mobile, était intraligamenteuse et fut énucléée après incision du ligament large.

A l'examen histologique, on reconnut que la tumeur liquide n'était autre qu'un kyste provenant d'un débris du corps de Wolff. Quant à la tumeur intraligamenteuse, elle était entièrement composée de tissu thyroïdien, offrant seulement des cellules plus hautes que celles qui furent observées dans le premier cas relaté par l'auteur. Aussi celui-ci croit-il devoir également la rapporter au développement pathologique d'un germe embryonnaire anormal. (*Arch. provinc. de chir.*, mai 1904.) — F. M.

Contribution à l'étude des abcès du foie chez l'enfant, par M. Corvington.

Les abcès du foie chez l'enfant sont relativement rares : M. Corvington n'en a trouvé dans la littérature que 48 cas, auxquels il ajoute une observation inédite, recueillie dans le service de M. Broca.

Il s'agit, dans ce dernier fait, d'un petit garçon de trois ans et demi, chez lequel l'affection se caractérisa tout d'abord par de l'anorexie, des accès de fièvre irréguliers et une diarrhée abondante, avec cinq ou six selles séreuses très fétides chaque jour; cette diarrhée dura trois semaines environ. Un mois et demi plus tard, le ventre commença à grossir, devint douloureux et, quinze jours après, on constatait une tumeur de l'hypocondre droit. A son entrée à l'hôpital, le petit malade était très amaigri; son foie, volumineux, débordait de trois travers de doigt les fausses côtes et refoulait un peu en haut le poumon droit et le cœur; à droite et en avant, au-dessus de l'ombilic, se trouvait une bosselure sphérique de la grosseur du poing, fluctuante, mate et légèrement douloureuse à la pression. La température oscillait entre 38° et 39°. L'intervention chirurgicale donna issue à du pus vert et bien lié — renfermant comme seul microbe le tétragène — qui était contenu dans deux poches, l'une sous-capsulaire, l'autre intra-hépatique, communiquant entre elles. Le résultat fut excellent.

Passant en revue les faits analogues antérieurement publiés, l'auteur en conclut que les symptômes de l'abcès du foie chez l'enfant sont assez variables; aussi le diagnostic n'est-il pas sans difficulté; on peut avoir recours à la ponction exploratrice, mais cette dernière expose à de graves dangers si du pus vient à s'écouler dans la cavité péritonéale; l'examen microscopique du pus peut être aussi fort utile, car la présence de cellules hépatiques permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un abcès du foie.

L'ouverture de l'abcès peut se produire spontanément et, dans ce cas, elle se fait assez souvent dans les voies respiratoires. Le pronostic, quoique grave, est relativement bon quand l'abcès, même volumineux, ne comprend qu'une ou deux poches purulentes; il est au contraire à peu près fatal s'il s'agit d'abcès à foyers multiples.

Parmi les causes étiologiques les plus importantes, le traumatisme vient en première ligne; puis les lombrics, qui, très fréquents dans l'intestin des enfants, arrivent au foie en s'engageant dans le cholédoque et provoquent des foyers de suppuration; certaines maladies, comme l'appendicite, prédisposent également aux abcès du foie. Quant aux abcès dysentériques, si communs chez l'adulte, ils sont, par contre, fort rares chez l'enfant, ce dernier étant peu sujet à la dysenterie vraie.

En ce qui concerne le traitement, afin d'éviter la pénétration du pus dans la cavité péritonéale, M. Corvington conseille d'opérer en deux temps, de façon à favoriser tout d'abord la formation d'adhérences : pour cela, on laissera pendant quarante-huit heures environ un tamponnement sur la surface hépatique. (*Thèse de Paris*, 1904.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De la gangrène diabétique des extrémités,
par M. Hildebrandt.

La gangrène diabétique reconnaît une pathogénie complexe, que ne résument pas, à elles seules, la glycémie, ou, si l'on veut, l'imprégnation glycosique des tissus; M. Hildebrandt insiste sur un autre facteur, dont l'importance a été déjà relevée : les altérations des parois vasculaires. Non point qu'on doive attribuer un rôle exclusif à l'artériosclérose, et dire, de la gangrène diabétique, qu'elle est une gangrène sénile, survenant chez des diabétiques; l'âge auquel elle se montre y contredirait, d'ailleurs : sur 15 cas de gangrène diabétique, observés de 1894 à 1903 à la clinique de M. le professeur König, l'âge moyen des malades était de cinquante-quatre ans, tandis qu'il était de soixante-six ans dans 19 faits de gangrène sénile. Mais, chez les diabétiques, les dégénérescences vasculaires s'accusent de bonne heure : on les signale dans 40 % des cas environ, et, lors de gangrène, les lésions artérioscléreuses figurent, dans les divers relevés, pour un chiffre variant de 65 à 100 %.

Elles se retrouvent dans l'une ou l'autre forme de la gangrène diabétique : la forme non inflammatoire, sèche, assez rare, en fait, ou, du moins, peu durable, l'infection ne tardant pas, en général; et la forme inflammatoire, septique, humide. Comme dans la gangrène sénile, les artères sont sinueuses, dures, rigides, rétrécies ou totalement obstruées, et cela jusqu'à une hauteur variable; histologiquement, le processus se localise surtout à la tunique interne de l'artère, à l'*intima*, qui, épaissie, végétante, réduit la lumière du vaisseau, et l'obture partiellement. Pour réaliser l'obturation totale, l'endartérite ne suffit pas, d'après l'auteur : il y faut le thrombus, et l'on distingue, en effet, dans les segments oblitérés, des thrombus anciens, organisés, qui doublent la tunique interne, et des caillots plus récents qui complètent le barrage. Sur 7 pièces examinées par M. Hildebrandt, une seule fois l'oblitération manquait, mais les artères (poplitée et tibiales) étaient rétrécies à un degré considérable par les lésions d'artériosclérose; dans tous les autres cas, une zone artérielle plus ou moins étendue était oblitérée et thrombosée. Deux points sont encore à noter : les petites artères sont le siège de lésions toutes semblables; le processus scléreux occupe également les veines, le tronc des saphènes ou leurs collatérales. Pour ces grosses veines comme pour les artères profondes, les calcifications pariétales se révèlent à la radiographie, et l'auteur en reproduit deux exemples.

Cette artério — et, ajoutons, phlébo — sclérose est le fonds commun sur lequel se développe la gangrène diabétique. Rétrécissement progressif de la lumière des vaisseaux avec réduction correspondante du débit sanguin, et finalement thromboses marastiques des capillaires et des petits vaisseaux; thrombose rapide d'une grosse artère au niveau d'une plaque d'athérome; oblitération du tronc principal, assez lente pour qu'une suppléance collatérale se développe, mais qui, en « remontant », ferme à leur tour ces collatérales; embolie : tels sont les divers mécanismes qui peuvent intervenir. Et la même part revient aux lésions vasculaires, dans la pathogénie de la gangrène humide, septique : sans doute, l'infection entre alors en jeu, et des expériences reprises par M. Hildebrandt montrent quel bon terrain devient pour elle le « milieu sucré », mais, là encore, si l'invasion microbienne provoque le sphacèle, c'est qu'il a été préparé par les altérations vasculaires.

Des conclusions pratiques découlent de ces intéressantes prémisses. L'appauvrissement sanguin, consécutif à un rétrécissement du calibre vasculaire, se traduit par divers signes prémonitoires (engourdissements, crampes, paresthésies, œdèmes, etc.), qui doivent être tenus pour des menaces de gangrène. Il faut avouer que les moyens de défense locaux sont assez précaires, le repos, la position élevée des membres inférieurs, les soins minutieux de la peau les représentant à peu près tous. Une fois la gangrène établie, s'il s'agit de la forme sèche, on s'efforcera, par des enveloppements aseptiques, etc., de lui garder ce caractère, mais on sait trop combien pareil résultat est rarement obtenu. C'est en présence de la gangrène humide, non limitée, septique, fébrile, compliquée d'un état général grave, et, pour tout dire, mortelle à bref délai, que se pose la grave question, si souvent débattue : Faut-il amputer? Où faut-il amputer?

Il faut amputer, conclut l'auteur, avec M. König, et le lieu de l'exérèse sera indiqué par l'état des artères, par le niveau où le pouls manque. On ne saurait faire, de l'amputation de cuisse, une règle constante, en pareil cas, et, pour ainsi dire, une condition nécessaire de l'intervention : s'il s'agit d'un sphacèle limité au pied et que les tibiales battent, on peut couper la jambe en bas; avec un pouls poplité bien net, on amputera au lieu d'élection, bien que les tibiales soient inertes; s'il n'y a plus de pouls poplité, c'est à la cuisse, naturellement, qu'il faut remonter. Ces interventions exigent, d'autre part, des précautions spéciales : on n'emploiera pas la bande d'Esmarch, d'ailleurs inutile, d'ordinaire; on ne réunira que partiellement, pour éviter toute tension; on liera deux fois les vaisseaux, qui, rigides, ont donné lieu parfois à de graves hémorrhagies secondaires; on fera une anesthésie aussi économique que possible. Les résultats, les voici dans la pratique de M. König : sur 5 amputations de jambe, 2 morts; sur 4 amputations de cuisse, 2 morts; soit 5 guérisons sur 9 cas, proportion qui n'est point décourageante, si l'on songe que, dans ces gangrènes septiques envahissantes, en dehors de l'intervention, il n'y a, en somme, pas de salut. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 4-6.) — L.

Les suites de l'accouchement prématuré artificiel, spécialement au point de vue du sort ultérieur des enfants, par M. C. A. Lorey.

Les succès de plus en plus nombreux de l'opération césarienne portent les accoucheurs à dédaigner l'accouchement prématuré. Etant donnés cependant les dangers inhérents à l'opération elle-même, et la menace de rupture que laisse la cicatrice utérine en cas de grossesse ultérieure, il était intéressant de rechercher si le sort des enfants nés avant terme est aussi compromis qu'on l'a prétendu. Ce sont les résultats de cette étude qui sont consignés dans le présent travail.

Sur 100 accouchements prématurés concernant 82 femmes dont le bassin présentait un rétrécissement variant de 6 centimètres et demi à 10 centimètres et quart, l'accouchement prématuré donna 74 enfants vivants et 26 mort-nés. Si l'on ajoute que 13 enfants succombèrent durant les dix premiers jours, on arrive à une mortalité de 39 %. Or, ces 82 femmes avaient eu antérieurement 207 enfants, dont 196 étaient venus au monde spontanément ou à la suite d'une intervention autre que l'accouchement artificiel ou l'opération césarienne, et, pour ces 196 enfants, la mortalité immédiate dépassait 78 %. En cas de rétrécissement pelvien, l'accouchement prématuré permet donc d'obtenir et de conserver vivants deux fois plus d'enfants que l'accouchement spontané, le forceps ou la version.

Toutefois, l'accouchement prématuré ne peut être employé d'une manière indifférente : ses résultats ne commencent à devenir satisfaisants que si le rétrécissement n'est pas inférieur à 8 centimètres et si la grossesse est arrivée au moins à sa trente-sixième semaine.

Quant au sort ultérieur des enfants ainsi mis au monde, 40, sur les 56 dont l'auteur eut des nouvelles, dépassèrent la première année, soit 71.4 %, proportion qui s'élève à 73.2 % si l'on fait abstraction d'un cas d'infanticide. Or, pour la ville de Halle, où ont été recueillies ces observations, 76 % seulement des nouveau-nés dépassent leur première année d'existence. Les enfants prématurés ont donc une mortalité à peine supérieure à celle des enfants nés à terme. Ce résultat assez paradoxal s'explique par ce fait que les prématurés sont généralement l'objet de soins particulièrement attentifs.

L'âge de la grossesse a aussi une grande importance à ce point de vue : sur les enfants nés avant la trente-quatrième semaine, aucun n'atteignit la première année; la règle de n'exécuter l'accouchement artificiel qu'à partir de la trente-sixième semaine se trouve donc également confirmée par cette constatation. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — R. DE B.

Stomatite blennorrhagique chez un adulte,
par M. Jürgens.

On sait depuis longtemps que certaines affections de la muqueuse buccale, chez les nouveau-nés, reconnaissent pour agent pathogène le gonocoque. Mais, chez l'adulte, la stomatite blennorrhagique est beaucoup plus rare. Aussi l'observation relatée par M. Jürgens mérite-t-elle d'attirer l'attention, et cela d'autant plus que le diagnostic de la nature gonococcique de la lésion a été confirmé par l'examen bactériologique.

Il s'agissait d'un homme atteint d'une stomatite intense avec boursouflement, rougeur très accentuée et ramollissement de toute la muqueuse buccale. Le processus morbide était particulièrement prononcé au niveau du bord des gencives, où l'on apercevait un bourrelet d'un rouge sombre, mesurant environ 2 millimètres de large et surélevé par rapport aux tissus avoisinants. Les gencives étaient recouvertes d'un dépôt gris verdâtre et fétide, qui se laissait facilement enlever, encore que le moindre attouchement provoquât un suintement sanguin. Autour des deux dernières molaires inférieures, et sur la muqueuse génienne du voisinage, les lésions avaient abouti à la destruction de la couche superficielle de l'épithélium, de sorte qu'il s'était formé, à ce niveau, des ulcérations à bords irréguliers. Excessivement douloureuse, la tuméfaction de la muqueuse permettait à peine au malade d'entr'ouvrir la bouche et s'accompagnait d'une sécrétion tellement abondante que, pendant la nuit, elle traversait l'oreiller et empêchait complètement le patient de dormir.

On essaya d'abord de traiter cette stomatite par les moyens usuels, tels que des irrigations avec une solution de chlorate de potasse, d'acétate d'alumine, de permanganate de potasse, mais toutes ces médications restèrent sans effet, et les phénomènes morbides ne commencèrent à s'atténuer que lorsqu'on eut l'idée de pratiquer des lavages de la cavité buccale avec une solution de bichlorure de mercure, dont le titre variait entre 0.10 et 0.15 ‰.

Comme le malade avait, peu de temps avant le début de la stomatite, contracté une uréthrite blennorrhagique, on pouvait considérer les lésions buccales comme de nature gonococcique. Mais — chose curieuse —, à l'examen bactériologique du dépôt gingival, on trouva un grand nombre de spirilles et de bacilles fusiformes, tels qu'on les voit dans les cas d'angine de Vincent. Ce n'est qu'après des recherches répétées que l'on parvint à déceler la présence de quelques diplocoques affectant une disposition intracellulaire typique. Du reste, les ensemencements pratiqués avec les produits de sécrétion buccale sur le milieu de Wertheim donnèrent un résultat positif et confirmèrent le diagnostic de stomatite gonococcique. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 juin 1904.) — L. CH.

Contribution à la question de la cholédoco-duodénostomie interne, par M. Ohl.

Lorsqu'un calcul est enclavé dans la portion terminale du canal cholédoque, on peut recourir à plusieurs procédés pour le déloger ou l'extraire : 1° au refoulement du calcul, de haut en bas, à travers l'ampoule, jusque dans l'intestin; pratique, d'ailleurs, infidèle et souvent périlleuse; 2° à l'incision du cholédoque, dans sa portion libre, suivie de l'extraction du calcul, refoulé de bas en haut, cette fois, jusqu'à la brèche ouverte; 3° à la cholédocotomie postérieure, c'est-à-dire à l'incision du cholédoque, sur sa paroi postérieure, au niveau même du calcul; 4° enfin à la *cholédoco-duodénostomie interne*.

Cette dernière intervention, qui gagne chaque jour du terrain, consiste à ouvrir le duodénum, au niveau de sa seconde portion, à chercher l'ampoule ou plutôt le relief du calcul, et à inciser sur ce relief, pour extraire la concrétion enclavée, que celle-ci, d'ailleurs, occupe l'ampoule ou la portion attenante et terminale du cholédoque. La manœuvre opératoire n'est pas sans quelques difficultés et quelques dangers : il semble qu'avec une bonne technique on puisse surmonter les unes et prévenir les autres, et les résultats deviennent de plus en plus encourageants.

M. Ohl apporte 4 faits nouveaux, émanant du service de M. Sprengel (de Brunswick); ils

se ressemblent tous : accidents anciens de lithiase biliaire, occlusion du cholédoque : au cours de l'opération, on constate la présence d'un calcul obstructeur très bas situé, au niveau de l'ampoule ou tout près de là; 2 fois, on cherche en vain à « faire remonter » le calcul jusqu'à une incision pratiquée sur le cholédoque, dans sa portion supra-duodénale. On ouvre alors le duodénum, en travers, à la hauteur du point où l'on sent le relief du corps étranger; on fait saillir le plus possible ce relief, et, sur lui, on sectionne la paroi; le calcul est extrait, et le duodénum refermé. 3 opérées guérirent sans incident; chez la quatrième, l'acte opératoire se compliqua et le résultat fut malheureux : l'incision transversale du duodénum, trop haute, ne permit pas d'atteindre le calcul; il fallut faire un débridement vertical, sur son bord inférieur : d'où une réunion plus difficile de la brèche intestinale, et, au troisième jour, une large fistule duodénale; une gastro-entérostomie fut pratiquée, pour dériver le contenu gastrique, mais la malade ne tarda pas à succomber.

Cette éventualité d'une réunion « manquée » et la gravité des fistules duodénales consécutives représentent effectivement l'objection principale qui jusqu'ici a été opposée à l'extraction des calculs par duodénostomie. Aussi est-il d'importance que l'incision duodénale soit aussi nette et aussi simple que possible, et se prête à une réparation facile. Faut-il inciser en travers ou en long? M. McBurney incise toujours en long, et ne s'en trouve pas mal; pourtant, comme le fait remarquer M. Ohl, l'incision transversale saigne moins, s'écarte bien, et se réunit aisément, sans réduction de calibre de l'intestin. Mais, pour remplir son but, elle doit correspondre exactement au niveau où saille le calcul, et où les doigts, sans trop de peine, localisent son relief : autrement, on est exposé à la mésaventure plus haut signalée, à la nécessité d'un débridement vertical, et de deux lambeaux angulaires qui se coaptent toujours assez mal.

C'est, d'ailleurs, ce relief du calcul sur la paroi duodénale postéro-interne, plutôt que l'ampoule elle-même, que l'on doit rechercher, une fois le duodénum ouvert; l'ampoule, non distendue, est souvent de découverte malaisée; or, nous n'avons pas à découvrir l'ampoule, mais la saillie du corps étranger, qui soulève la paroi, à une hauteur variable.

Ajoutons encore que cette paroi soulevée est, d'ordinaire, réduite à la muqueuse, qu'on peut l'inciser franchement sur le calcul, et, ce dernier extrait, laisser le tout béant, sans se préoccuper de suturer la paroi duodénale à la paroi cholédocienne. Sans doute, en présence d'un énorme calcul, il y a lieu de penser que la paroi postérieure du duodénum est simplement refoulée, et l'incision pure et simple laisserait l'intestin ouvert en arrière; mais les conditions sont tout autres, lors d'un calcul petit ou moyen de la portion intraduodénale du cholédoque.

Ainsi pratiquée, la cholédoco-duodénostomie interne est une bonne opération, qui tend à devenir, nous l'avons dit, l'opération de choix dans les calculs de la portion terminale du cholédoque. M. Ohl en relate 17 cas, avec une seule mort; au dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie, M. Kehr en annonçait 20 cas, avec 2 morts (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 118). La cholédocotomie postérieure, avec libération et renversement en dedans du duodénum, suivant la pratique de M. Kocher, est, en effet, de technique beaucoup plus complexe; et les conclusions de M. Ohl paraissent fort sages : lors de calcul de l'ampoule ou du segment intrapancréatique du cholédoque, la cholédocotomie transduodénale est tout indiquée; si le calcul siège plus haut, dans la portion rétroduodénale du canal, on pourra faire la cholédocotomie postérieure, en mobilisant, s'il y a lieu, le duodénum, et, là encore, en présence de difficultés spéciales, on devrait avoir recours à la voie intestinale. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — L.

Observations sur l'élimination de l'eau par la peau et les poumons sous l'influence de la fièvre et de quelques autres conditions, par M. G. Lang.

L'élimination de l'eau par la peau jouant un rôle considérable comme moyen de régulation de la température, il est d'un grand intérêt de connaître les modifications de cette fonction pendant la fièvre, car l'hyperthermie fébrile est due, au moins en partie, à une insuffisante déperdition de calorique. Malheureusement, nous ne disposions jusqu'à présent que de données rudimentaires sur la perspiration cutanée chez les fébricitants, et encore ces données avaient-elles été obtenues à l'aide de méthodes expérimentales trop peu exactes pour fournir des résultats dignes de foi. Dans le but de combler cette lacune, M. Lang a fait des recherches au moyen d'un appareil permettant de doser la quantité totale d'eau sécrétée par la peau de tout le corps (sauf la tête), et cela pendant plusieurs heures de suite, sans inconvénient pour le sujet en expérience.

Il a étudié tout d'abord à ce point de vue l'élévation thermique produite par une injection de tuberculine, chez des tuberculeux à la première période; de cette façon, on pouvait recueillir sur le même individu la transpiration cutanée immédiatement avant et après la période fébrile. Or, l'auteur a constaté que, lorsque la température est normale, l'organisme à jeun sécrète en moyenne 13 grammes d'eau par heure et par mètre carré de surface. La sécrétion cutanée augmente considérablement après les repas : une ration représentant une valeur nutritive d'environ 500 calories a pour effet de faire monter la moyenne de la transpiration cutanée à 22 grammes par heure et par mètre carré. La fièvre, par contre, n'a pas le même effet que l'ingestion d'aliments : pendant le *fastigium* de la période fébrile, la quantité d'eau sécrétée par la peau est en moyenne, comme pour la période apyrétique, de 13 grammes par heure et par mètre carré. Mais l'influence de l'alimentation se manifeste malgré la fièvre : le même repas que dans l'expérience précédente provoque une augmentation de la transpiration cutanée d'environ 50 % : celle-ci monte en moyenne à 19 grammes. La fièvre est donc accompagnée d'une perturbation des sécrétions cutanées, puisque, chez les fébricitants, l'élévation de la température interne est sans effet sur la fonction des glandes sudoripares, tandis qu'à l'état normal l'organisme tend à combattre par la transpiration la moindre élévation de température.

Chez l'individu normal, une dose de 2 à 3 grammes d'antipyrine fait diminuer les combustions internes et, partant, la déperdition de calorique; la quantité d'eau sécrétée par la peau d'un sujet normal après absorption d'antipyrine est également inférieure au taux habituel. Chez le fébricitant, au contraire, l'antipyrine augmente considérablement la production de la sueur : ce médicament agit donc, d'une part, en augmentant la déperdition de calorique, d'autre part, en abaissant les combustions internes.

M. Lang a de plus étudié, au moyen d'un procédé analogue, l'évaporation de l'eau par les poumons. Il a trouvé que l'individu normal exhale au repos et à jeun 0 gr. 21 centigr. d'eau en moyenne par kilo et par heure, ce qui représente, pour un poids de 70 kilos, 353 grammes par jour; deux ou trois heures après le repas, l'exhalation pulmonaire de la vapeur d'eau monte à 0 gr. 27 centigr. Quant au fébricitant, il exhale à jeun 0 gr. 32 centigr. d'eau par kilo et par heure : l'organisme du fébricitant rejette donc, même à jeun, une quantité de vapeur d'eau plus forte — de 20 % environ — que celle qu'élimine l'organisme normal pendant la digestion. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — A. J.

L'influence de l'emploi local du froid sur l'activité cardiaque, par M. W. Krebs.

L'auteur a institué une série de recherches cliniques en vue de se rendre compte des effets exercés sur le fonctionnement du cœur par des applications froides à la région précordiale, que l'on utilise souvent pour combattre différents troubles cardiaques (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 416). Il a ainsi été à même de se convaincre que, dans nombre de cas d'insuffisance cardiaque — qu'elle soit d'origine nerveuse ou organique —, l'emploi local du froid produit une influence très favorable sur l'activité du cœur, comme il est facile de le reconnaître d'après l'amélioration du tracé du pouls, la diminution de sa fréquence et l'élévation de la tension sanguine. Mais ces bons effets de l'intervention sont, en réalité, dus — tout au moins en grande partie — au repos absolu que gardent les malades traités par les applications froides.

D'autre part, M. Krebs a constaté qu'il est des sujets atteints de troubles cardiaques, chez lesquels le moyen en question détermine bien une amélioration subjective, sans que l'on puisse pourtant noter, à l'examen objectif, la moindre modification dans l'état du cœur.

Cela étant, l'auteur arrive à la conclusion que la valeur thérapeutique des applications froides sur la région précordiale est de beaucoup inférieure à celle de la digitale. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 avril 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

L'anémie pernicieuse dans ses rapports avec la digestion gastrique, par M. Ch. G. Stockton.

Le présent mémoire est basé sur l'étude de 24 malades (20 hommes et 4 femmes), dont l'âge variait entre trente-deux et soixante-dix ans. Chez tous, l'anémie était caractérisée par une pâleur extrême des téguments, associée à une teinte jaune citron, par de la dyspnée, de la faiblesse et des troubles digestifs relevant tantôt de l'estomac, tantôt de l'intestin.

En ce qui concerne particulièrement les désordres gastriques, leurs symptômes étaient assez variables : dans quelques cas, il existait de l'anorexie, tandis que la plupart des patients avaient parfaitement conservé leur appétit et que chez d'autres celui-ci avait même augmenté. La digestion gastrique était, cependant, fortement compromise dans tous ces faits, et chez la majorité des malades il existait même une achylie gastrique complète. On sait que certains auteurs ont voulu établir entre cette dernière et l'anémie pernicieuse un rapport de cause à effet. D'après l'expérience de M. Stockton, cette manière de voir serait loin d'être fondée : il a, au contraire, été à même de se rendre compte que l'état du sang et de la nutrition générale peut subir une amélioration notable, alors que le chimisme gastrique reste toujours aussi défectueux que par le passé. D'autre part, dans nombre de cas d'anachlorhydrie que l'auteur a eu l'occasion de suivre durant plusieurs années, il n'a jamais noté une altération sanguine susceptible de faire soupçonner l'existence d'une anémie pernicieuse; parfois, lorsque l'achylie gastrique s'accompagnait de diarrhée, on voyait, il est vrai, survenir une anémie secondaire, mais les symptômes caractéristiques de l'anémie pernicieuse faisaient toujours défaut. Enfin, une troisième objection s'oppose, d'après M. Stockton, à la conception qui tend à attribuer à l'achylie gastrique un rôle étiologique dans l'anémie pernicieuse : dans un certain nombre de cas où l'anémie est très marquée, on trouve plutôt de l'hypochlorhydrie qu'une véritable anachlorhydrie.

En présence de ces faits, et tout en reconnaissant que l'anémie pernicieuse s'accompagne d'une diminution plus ou moins marquée de l'activité sécrétoire de la muqueuse gastrique, l'auteur est porté à voir dans l'anachlorhydrie, non pas la cause, mais plutôt l'effet de l'anémie.

Dans nombre de cas d'achylie gastrique, l'activité motrice de l'estomac est exagérée, de sorte que ce viscère se vide même plus rapidement qu'à l'état normal. Or, il en est souvent tout autrement lorsque le défaut des sécrétions stomacales est lié à l'anémie pernicieuse : c'est que, concurremment avec l'appauvrissement du sang, il se produit aussi un affaiblissement de la couche musculaire de l'estomac, et parfois il s'établit alors une véritable atonie gastrique, voire même une gastrite. Aussi un certain nombre de patients se plaignent-ils d'anorexie avec stagnation stomacale, symptômes qui sont rarement observés dans l'achylie gastrique d'autre origine.

Chez quelques-uns de ses malades, M. Stockton a noté de la diarrhée, mais d'une façon générale celle-ci lui a paru moins fréquente que dans les cas d'anachlorhydrie sans anémie pernicieuse. Lorsqu'elle existe, elle est habituellement sous la dépendance de la motilité exagérée de l'estomac et des troubles qu'apporte dans le péristaltisme intestinal l'évacuation inopportune du contenu gastrique : en retentissant sur

l'intestin, l'hyperactivité motrice de l'estomac se traduit de la sorte par des selles liquides fréquentes, dans lesquelles on retrouve des aliments non digérés. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet 1904.) — L. CH.

Exophtalmie pulsatile due à un anévrysme traumatique de l'artère carotide interne, par MM. H. L. Barnard et H. M. Rugby.

On a beaucoup discuté jadis pour savoir si les anévrysmes artério-veineux du sinus carotidien étaient seuls susceptibles de produire l'exophtalmie pulsatile. L'observation relatée dans le présent travail prouve que le phénomène peut survenir également avec un simple anévrysme artériel de la même région.

Un homme de quarante-deux ans avait tenté de se suicider en se tirant un coup de revolver dans la bouche. La balle traversa la tubérosité du maxillaire supérieur gauche et vint sans doute intéresser le rocher du même côté, car le blessé présenta une hémiplégie faciale, de la surdité, et un écoulement de sang et de liquide céphalo-rachidien par le conduit auditif externe; la motilité de la langue et la sensibilité de la face étaient intactes. L'œil gauche, insensible, était de plus en état d'exophtalmie; au toucher, on y sentait des pulsations et à l'auscultation on y percevait un bruit de souffle et du *thrill*. La compression de la carotide faisait disparaître tous ces symptômes.

Bien que sans grand espoir de succès, on se décida à pratiquer la ligature de la carotide primitive. Mais, après avoir lié ce vaisseau, on eut le tort de le couper, de sorte que la ligature placée sur le bout central glissa. L'artère s'étant d'autre part rétractée, il fallut, pour pouvoir la lier de nouveau, la mettre à découvert immédiatement au-dessus du sternum. Le résultat fut satisfaisant : au bout de dix jours, les pulsations avaient complètement disparu, malgré une courte réapparition dans l'intervalle. Toutefois, pendant ce temps, l'œil gauche était devenu complètement opaque.

Deux mois plus tard, le malade fut pris de fièvre et d'épilepsie jacksonienne; évidemment un abcès avait dû se former autour du corps étranger. Après avoir déterminé la position du projectile par les rayons X, on trépana au-dessus de l'oreille gauche, ce qui permit d'évacuer un abcès et d'enlever une esquille, ainsi que la balle, logée vers le sommet du rocher. Néanmoins le patient succomba; à l'autopsie, on découvrit, dans le lobe temporo-sphénoïdal, un abcès gros comme une mandarine, et dépourvu de toute communication avec le premier. La balle était entrée dans le crâne en traversant la partie moyenne du rocher et en effleurant le coude postérieur du sinus carotidien; à ce niveau, l'artère présentait sur sa face antéro-externe un petit anévrysme sacculaire; il en existait un second, plus en avant, dans la moitié postérieure du sinus, sur la face externe de l'artère. Il n'y avait pas trace de communication entre le sinus caverneux et l'artère. (*Ann. of Surgery*, mai 1904.) — R. DE B.

Du traitement opératoire de la rétroversion de l'utérus, par M. F. H. Martin.

Parmi les différentes questions que soulèvent les résultats éloignés de la cure opératoire des rétroflexions adhérentes, il en est une très importante : c'est celle des grossesses ultérieures. Or, beaucoup de techniques proposées jusqu'ici présentent à cet égard le grave défaut de souder l'utérus immédiatement aux parois vaginales ou abdominales, et par suite de prédisposer aux ruptures. Voici donc le procédé auquel s'est arrêté M. Martin pour prévenir ces accidents :

L'abdomen ouvert, les adhérences libérées, l'utérus est ramené en avant. On taille alors sur une des lèvres de l'incision péritonéale une lanière large de 8 à 9 millimètres et de la hauteur de cette incision; on la laisse adhérente à la séreuse par son extrémité inférieure. D'autre part, un peu en arrière du fond de l'utérus, on fait une petite boutonnière de 12 millimètres de largeur dans laquelle on introduit, à l'aide d'un porte-fil, la lanière péritonéale. On fait ensuite glisser celle-ci autant qu'il est nécessaire pour ramener le fond de l'utérus au contact de l'angle inférieur de la plaie abdominale. On passe alors un fil de catgut sur la face postérieure de l'utérus, un peu en arrière et au-dessous de la bride péritonéale. Cette dernière et les deux chefs du fil sont enfin suturés ou noués dans la plaie abdominale, que l'on ferme de la façon habituelle. Le catgut, destiné à se résorber, a simplement pour rôle de soutenir l'utérus pendant les premiers jours et de permettre à la bride péritonéale de se transformer en ligament : dans 5 laparotomies itératives, chez d'anciennes opérées, M. Martin a pu, en effet, se convaincre que les ligaments ainsi taillés mesuraient de 25 à 35 millimètres de long, qu'ils étaient ronds, fermes et fibreux à leur intérieur; à leurs insertions, ils avaient de 8 à 12 millimètres d'épaisseur.

Sur 328 femmes opérées de la sorte, 6 ont eu des grossesses, dont aucune n'a donné lieu à des accidents. D'autre part, cette série opératoire n'a fourni que 2.1 % de mortalité, proportion peu élevée si l'on tient compte que nombre de patientes subirent en même temps des ablations de kystes, des salpingectomies, des énucléations de myomes, etc. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril et mai 1904.) — R. DE B.

Périarthrite gonococcique multiple chez un enfant, probablement due à une inoculation au niveau d'une plaie cutanée, par M. H. Heiman.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un petit garçon, qui, après avoir toujours été bien portant jusqu'à l'âge de deux ans et demi, fut pris, à cette époque, de troubles morbides rappelant le rhumatisme aigu. Appelé à lui donner ses soins, M. Heiman apprit que, trois jours auparavant, l'enfant s'était blessé à la plante du pied droit; à la suite de cet accident, il était survenu de la fièvre et des douleurs au pied; le petit patient était incapable de se tenir debout. A l'examen, on constata que le thermomètre marquait 38°3, sans qu'il y eût la moindre anomalie du côté de la gorge, des poumons, du cœur ou des viscères abdominaux. L'urine ne contenait ni albumine, ni sucre, ni pus, et il n'existait pas de plasmodies dans le sang. Les deux gros orteils et le poignet gauche étaient rouges, tuméfiés et excessivement douloureux. Sur le côté interne de la plante du pied droit, on remarquait une plaie par instrument piquant, qui mesurait 1 centimètre environ de diamètre et sécrétait de la sérosité purulente. Cette blessure avait été traitée par la famille sans aucune assistance médicale.

Comme diagnostic, on écarta d'emblée l'idée de scorbut infantile, l'enfant étant bien nourri et soumis à un régime ordinaire; la présence de la petite plaie avait d'abord fait songer à l'existence d'une ostéomyélite aiguë, mais on ne tarda pas à rejeter cette hypothèse, en raison de l'absence de signes locaux. Finalement, on crut avoir affaire à une fièvre rhumatismale aiguë. Un traitement approprié fut institué, mais il resta sans influence sur les symptômes fébriles, ainsi que sur les manifestations arthritiques du côté des orteils. Sur ces entrefaites, la blessure plantaire se cicatrisa et la phlegmasie du poignet gauche s'atténua rapidement, tandis que la périarthrite des gros orteils, loin de subir la moindre amélioration, allait en s'aggravant : trois semaines après le début de la maladie, on constatait des signes de suppuration autour des deux premières articulations métatarso-phalangiennes. Cette suppuration suggéra le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique, et les parties malades furent traitées chirurgicalement, par l'incision avec drainage, sous anesthésie chloroformique. On pratiqua en même temps un examen microscopique et des ensemencements du pus : le résultat fut positif pour les frottis, et les ensemencements donnèrent des cultures pures de gonocoques. Peu après, la conjonctive, l'urèthre et le rectum furent examinés à ce même point de vue, mais avec un résultat négatif. Au bout d'environ un mois, les incisions s'étaient cicatrisées, et l'enfant était complètement remis, sans avoir, à aucun moment de sa maladie, présenté de manifestations cardiaques.

Bien que l'examen bactériologique des sécrétions de la petite plaie plantaire n'eût pas été pratiqué, l'auteur est porté à croire que, dans ce cas, les localisations périarthritiques étaient dues à l'inoculation gonococcique au niveau de cette blessure. Ajoutons que, quelques jours avant l'accident, le père de l'enfant avait consulté M. Heiman pour une uréthrite blennorrhagique avec prostatite et épididymite, et que, auparavant, l'auteur avait également soigné la mère du petit patient pour une vulvo-vaginite : chez les deux parents, il existait des gonocoques dans les sécrétions. (*Med. Record*, 21 mai 1904.) — L. CH.

Dermatite aiguë due à l'irritation produite par du « bois satiné », par M. H. E. Jones.

Il y a quelques années, l'auteur a eu l'occasion d'observer une épidémie de dermatite aiguë, survenue parmi les menuisiers et les ébénistes d'un grand chantier pour construction de navires. Le premier malade auquel M. Jones fut appelé à donner ses soins était un ébéniste de trente-cinq ans, atteint d'une phlegmasie aiguë s'étendant à la face, au cou, aux mains et aux poignets, et qui ressemblait, à s'y méprendre, à un érysipèle. Le visage, la région cervicale et les oreilles étaient très rouges et tuméfiés, les paupières presque complètement closes; la peau était chaude au toucher, quoique le patient fût apyrétique. Au dire du malade, ces phénomènes s'étaient, pour la première fois, montrés cinq semaines auparavant et l'avaient obligé à interrompre son travail. Depuis lors, il s'était, à plusieurs reprises, trouvé assez bien portant pour recommencer sa besogne, mais à chaque fois, aussitôt qu'il se remettait au travail, l'inflammation réapparaissait au niveau de toutes les parties exposées du corps; les régions malades ne tardaient pas à devenir le siège d'un suintement, suivi de desquamation. Le patient raconta que nombre de ses camarades étaient atteints de la même affection, et, de fait, l'auteur retrouva le même tableau clinique chez d'autres ouvriers du chantier en question : chez tous, la cessation du travail amenait une atténuation sensible des phénomènes inflammatoires, mais, leurs occupations une fois reprises, la phlegmasie se reproduisait dans toute son intensité. M. Jones fut à même de se convaincre que ces troubles morbides étaient dus à l'irritation causée par la poussière provenant du « bois satiné » des Indes.

Tout récemment, l'auteur a eu l'occasion d'observer une autre épidémie, de tous points semblable à la première.

Les récidives du mal sont d'autant plus à craindre que la desquamation rend les téguments particulièrement irritables. Aussi convient-il de recommander aux malades de ne reprendre leurs occupations que lorsque l'épiderme nouvellement formé est déjà assez résistant, et encore est-il bon d'enduire, pendant le travail, la face et les mains de vaseline ou d'une substance huileuse quelconque. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juin 1904.) — L. CH.

Un nouveau procédé destiné à faciliter les opérations sur la bouche et à réduire au minimum le danger de l'aspiration du sang pendant l'anesthésie générale, par M. A. W. Herzog.

Un danger grave — et bien connu — des opérations qui portent sur le territoire bucco-nasal, c'est l'irruption du sang dans les voies aériennes, dans le larynx, et l'on s'efforce de parer à cet accident par la position renversée de la tête, par la trachéotomie préliminaire, par la ligature préalable de la carotide externe : toutes manœuvres qui ne sont pas sans offrir elles-mêmes leurs difficultés et leurs périls. Aussi l'auteur propose-t-il de leur substituer le tubage, en adaptant au tube laryngien, au moyen d'une pièce intermédiaire, un tube de caoutchouc, qui traverse le pharynx et les fosses nasales et sert au passage de l'air et des vapeurs anesthésiques.

En pratique, on place d'abord le tube métallique dans le larynx, puis on fait passer, d'avant en arrière, par l'une des fosses nasales, le tube de caoutchouc, armé à son extrémité de l'ajutage intermédiaire : lorsque celui-ci paraît au-dessous du voile du palais, on le saisit avec une pince laryngienne et on l'adapte au tube intraglottique. Dès lors, le larynx est à l'abri de l'écoulement sanguin, la respiration est assurée, et, ajoute M. Herzog, l'administration de l'anesthésique se fait aussi bien par le bout libre du tube nasal que par le pavillon d'une canule introduite dans la trachée.

C'est là, en tout cas, une manœuvre intéressante, un peu moins facile peut-être à exécuter qu'à décrire, mais qui n'en vaut pas moins d'être tentée. (*New York Med. Journ.*, 28 mai 1904.) — L.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

Le traitement chirurgical du chancre mou.

En principe, le traitement du chancre mou n'est pas chirurgical. Une affection qui évolue en un mois environ et guérit généralement sous l'influence des soins les plus simples ne réclame que rarement une intervention sanglante, si minime soit-elle. Le traitement médical — consistant à transformer le plus vite possible, à l'aide de caustiques appropriés, la surface virulente du chancre en une plaie bourgeonnante à tendance cicatricielle — est donc presque toujours suffisant.

Certaines questions de localisations, de circonstances, de complications peuvent cependant rendre le traitement chirurgical utile, quelquefois nécessaire. Quoique exceptionnels, ces faits sont intéressants à déterminer. Pour ne pas rester dans les généralités, nous allons envisager successivement les diverses situations en présence desquelles le praticien peut se trouver, et nous préciserons en quels cas il doit discuter ou conseiller l'opération, en quels cas il peut y être contraint.

Prenons donc le chancre mou à son début, pour le suivre, en passant par la période d'état, jusqu'à ses complications locales ultimes, dont l'étude thérapeutique rentre directement dans le sujet.

I

A une époque voisine de son apparition, tout chancre mou est justiciable du *traitement abortif*, c'est-à-dire du traitement, quel qu'il soit, qui amènera en six à huit jours la cicatrisation de la lésion, dont l'évolution normale est de trois à six semaines, parfois plus.

En règle générale, traitement abortif est synonyme de cautérisation violente, physique ou chimique. Or, il me semble que, dès cette période, il y a avantage à employer quelquefois l'ablation, dans certaines circonstances qu'il s'agit de préciser. Nous examinerons donc successivement : 1° les cas où l'intervention chirurgicale n'est pas indiquée; 2° ceux où elle trouve ses indications.

Sont justiciables de la cautérisation forte par les agents physiques (pointes de feu) ou chimiques (acide phénique, pâte de Canquoin, chlorure de zinc, etc.) :

1° Tous les chancres mous, quel que soit leur siège et leur nombre, surpris *dans les premières quarante-huit heures* de leur apparition. Nous savons quels excellents résultats nous donnent l'électrocautère ou la fine pointe du thermocautère, dans les chancres mous d'inoculation, par exemple. Inutile donc de s'attarder à de vagues attouchements cautérisants.

La pointe de feu, promenée non seulement dans la petite pustulette centrale, mais encore dans la légère aréole rouge qui l'entoure, arrêtera presque infailliblement l'affection.

2° Les chancres mous *plus âgés*, mais *situés* en des régions telles que l'ablation serait difficile ou entraînerait des cicatrices gênantes (gland, sillon balano-préputial, méat, région du frein; chez la femme, régions péri-uréthrales, péri-clitoridiennes, fourchette, face interne de la vulve, pour ne parler que des localisations les plus habituelles).

Dans ces conditions, on est en droit d'essayer la guérison rapide par cautérisation forte de la surface jaunâtre et virulente du chancre mou. Le fer rouge est bien douloureux, sur une certaine étendue; aussi préfère-t-on en général les caustiques. Ceux-ci sont légion et leurs résultats seraient merveilleux, au dire des auteurs. Quelques exemples : Hebra (1884) affirme que deux ou trois applications d'acide salicylique suffisent pour transformer un chancre mou en une plaie de bonne nature, susceptible de cicatrisation en quarante-huit heures. M. Montillier (1), dans le service de M. Du Castel, obtient la guérison en cinq ou six jours avec des badigeonnages à l'acide phénique à 10 %. M. Cavazzani (2) guérit 26 chancres avec un mélange d'hydrate de chloral et de camphre glycériné à 12 % : durée moyenne du traitement, sept jours. M. Melazzo transforme en trente-six heures un chancre mou avec un lavage au sublimé et une application de poudre de nitrate de plomb (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 118). J'oublie l'iodoforme, le gaïacol (3), le tartrate ferrico-potassique, etc., auxquels échurent de temps à autre d'aussi curieux résultats.

Si ceux-ci étaient constants, ou même ordinaires, je me dispenserais d'écrire le paragraphe suivant; mais je crois qu'il n'en est pas ainsi. Après avoir consciencieusement essayé les divers topiques préconisés, avec les précautions indiquées par les auteurs, j'ai très rarement obtenu des guérisons en sept ou huit jours (sauf pour de banales ulcérations staphylococciques, qui n'étaient pas des chancres mous), et je m'estimais très heureux quand, trois semaines après le début, mon malade pouvait s'abstenir de traitement.

J'ai vu survenir quelques guérisons véritablement rapides, sur des chancres mous déjà étendus, et ceci en employant la chaleur émanée par rayonnement du thermocautère. Des séances d'un quart d'heure à une demi-heure par jour m'ont donné les vrais succès. Cette méthode est d'ailleurs ancienne. Les bains de siège chauds (4), les bains de verge à 40° (5), l'eau à 50° dans des tuyaux de plomb (6), l'air chaud (7), la chaleur rayonnante (8), procèdent de la même idée. Le dernier de ces moyens a donné à M. Krösing (9), sur 40 cas, 31 guérisons en vingt et un jours. J'estime que ce sont là de très bons résultats.

3° Enfin les chancres très multipliés, répandus en quelques jours au nombre de dix, quinze, vingt, quelquefois plus, sur tout le pénis, rentrent également dans cette catégorie. Ajoutons que, dans ces conditions, le traitement abortif est un leurre. De bons lavages dans tous les recoins, suivis de poudrage, des cautérisations de temps à autre, conduiront en quatre ou cinq semaines à la guérison, et l'on ne peut guère espérer mieux.

D'autres cas se présentent, dès cette période, où une intervention plus active paraît pouvoir être conseillée. Je vais préciser quels sont ces cas et les moyens d'intervenir.

Je range dans cette classe les chancres mous déjà âgés de quelques jours, peu nombreux, disséminés sur les parties mobiles du pénis — fourreau, prépuce, bord libre de cet organe — ou sur les grandes lèvres. Le cas type serait le chancre unique, situé sur le bord libre du prépuce.

Mais ce n'est pas tout. A côté de ces conditions purement *anatomiques*, se place une question de *circonstances*, trop souvent oubliée par les classiques. Il est des cas où une guérison rapide, par quelque moyen que ce soit, est énergiquement *réclamée* par le porteur de cette minime lésion. Le mois de soins conseillé par le médecin ne peut toujours être obtenu. L'ouvrier, peu habitué aux lavages, absorbé par un travail fatigant qu'il ne peut interrompre, acceptera sans peine la légère intervention proposée. L'époux, à qui une excursion extra-conjugale a valu un de ces accidents, ne pourra pas toujours expliquer facilement le mois d'abstention nécessaire. Le jeune fiancé, doté d'un chancre mou au cours des derniers ébats de sa vie de célibataire, verra avec quelque terreur s'écouler les huit ou dix jours qui le séparent encore des étreintes légitimes. Ces cas — et bien d'autres —, tous les praticiens les connaissent, parce qu'ils sont fréquents, parce que le problème de la guérison rapide se pose, quelquefois très angoissant pour le malade, enfin parce que le médecin sera trop souvent réduit à voir évoluer des accidents, survenir des complications, qu'un coup de ciseaux donné à temps aurait pu éviter.

Le pour et le contre étant pesés, la question des indications tranchée, que doit-on faire si l'on se décide à intervenir ?

Déjà en 1880, Marc Sée (1) proposait le raclage, à l'aide d'une curette tranchante, de la matière pulpeuse qui recouvre l'ulcération. Au besoin, en cas de phimosis, on débride au thermocautère pour curetter les chancres cachés. Puis on cautérise profondément et on panse.

Plus tard, M. Stepanov (2), puis M. Feibes (3) perfectionnent le procédé. Après lavage, on racle l'ulcère, et, de plus, on enlève aux ciseaux courbes les bords décollés et l'aréole enflammée qui les constitue. On frictionne la plaie ainsi créée avec une solution forte de sublimé et on l'enduit de la pâte suivante :

Onguent de Wilson.......	15 grammes.
Baume du Pérou..........	4 —
Nitrate d'argent...........	0 gr. 50 centigr.

Une croûte se forme, qui tombe et laisse après elle une plaie luxuriante, cicatrisée en quelques jours.

En 1898, M. Unna (4) expose un manuel opératoire simple et donnant réellement des succès. On pratique tout d'abord un nettoyage soigné de toute la région; puis on congèle bien complètement l'ulcère et ses environs immédiats au moyen d'un jet de chlorure d'éthyle. Avec un rasoir très affilé, on excise le disque congelé sur une épaisseur de 2 millim. 1/2 à 3 millimètres, suivant l'étendue de la bordure et la profondeur de la plaie. On passe alors le crayon de nitrate d'argent, on saupoudre d'iodoforme et on recouvre d'une bandelette d'emplâtre à l'oxyde de zinc bien fixée; on laisse le pansement vingt-quatre heures en place, on le refait deux ou trois fois et la guérison survient assez rapidement. On traite de même les autres chancres, si les lésions sont multiples.

J'ai eu 3 beaux succès en employant cette méthode, moins l'inévitable emplâtre à l'oxyde de zinc, si estimé à Hambourg. Il s'agissait de petits chancres du prépuce. Sous un simple

(1) Montillier. Le chancre mou et son traitement. (*Thèse de Paris*, 1889.)

(2) Cavazzani. La glicerina cloralcanforata nella cura dell'ulcera venerea. (*Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle*, juin 1892, p. 165.)

(3) Djélaleddin-Moukhtar. Traitement du chancre mou par le gaïacol. (*Bull. de la Soc. française de dermatol. et de syphil.*, séance du 11 fév. 1897.)

(4) P. Aubert. Du chauffage des organes génitaux et des lésions vénériennes. (*Lyon méd.*, 18 mars 1883.) — La chaleur et le chancre simple. (*Lyon méd.*, 12 août 1883.) — Voir aussi la réponse à M. Diday (*Lyon méd.*, 2 sept. 1883).

(5) Arnozan et Vigneron. Du traitement de la chancrelle et du bubon chancrelleux par les applications locales d'eau chaude. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 juillet et 2 août 1891.)

(6) E. Welander. Ueber die Behandlung des weichen Schankers mittelst Wärme. (*Bericht über die Verhandlungen des zweiten internationalen dermatologischen Congresses*, Vienne, 1892, p. 644, et *Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. CCXXX.)

(7) Haralamb. Traitement du chancre mou par les courants d'air chaud. (*Bull. de la Soc. française de dermatol. et de syphil.*, séance du 9 déc. 1897, p. 451 et *Semaine Médicale*, 1897, p. 463.)

(8) Ch. Audry. Behandlung des einfachen Schankers. (*Monatsh. f. prakt Dermatol.*, 15 mai 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 216.)

(9) R. Krösing. Zur Behandlung des Ulcus molle mit Hitze-Bestrahlung (Audry). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, 1898, XLIII, p. 421.)

(1) Marc Sée. Sur le traitement des ulcères virulents. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 13 oct. 1880, p. 556.)

(2) A. Stepanov. Du traitement du chancre mou (en russe). (*Vratch*, 23 et 30 juin 1894.)

(3) Feibes. Zur Behandlung des Ulcus molle. (*Dermatol. Zeitsch.*, 1895, II, 5, p. 459)

(4) P. Unna. Die flache Abtragung des weichen Geschwüres als Behandlungsmethode. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars 1898, p. 295, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 128.)

pansement sec, sans nitrate ni bandelette, la cicatrisation s'est faite en quatre jours.

Dans 3 autres cas, j'ai modifié le procédé. Les chancres étaient un peu plus âgés, plus profonds. Après congélation, j'ai enlevé avec de petits ciseaux courbes, en deux coups, un coin de muqueuse portant le chancre et son aréole. Un fil de soie et une fine aiguille à main m'ont permis de faire de suite une réunion immédiate qui s'est maintenue. L'un des chancres était solidement installé sur le frein : j'enlevai frein et chancre en même temps et pansai à plat, en comprimant légèrement; le résultat fut aussi rapide que bon. Ce dernier malade était porteur, outre son chancre du frein, de deux autres accidents sur la face muqueuse du prépuce, mais près du bord libre, lésions apparues depuis cinq ou six jours. Cinq jours après, rien ne paraissait plus, que d'insignifiantes cicatrices; je ne crois pas qu'un autre traitement eût pu donner pareils résultats. Et, dans le cas spécial, le patient avait de sérieuses raisons de désirer une guérison rapide.

En somme, je conseillerai :

Le raclage à la curette, suivi de cautérisations au thermocautère, sur les chancres rapidement étendus, à plat, peu profonds, mal placés, sur les chancres féminins tout spécialement; il faut se souvenir que le raclage est très douloureux, et l'inoculation possible sur la nouvelle plaie ainsi créée;

L'enlèvement par la méthode de Unna pour les petits chancres récents du prépuce;

L'excision par les ciseaux courbes pour les chancres plus volumineux, peu nombreux, plus spécialement pour ceux de la partie cutanée et du bord libre du prépuce, ceux du fourreau, quelquefois même ceux du frein; on pansera à plat, ou réunira de suite; il n'y a pas à s'inquiéter de l'hémorrhagie.

II

A la *période d'état*, les procédés abortifs précédemment énumérés ne sont plus de mise. Le chancre fût-il unique, son extension et sa profondeur exigeraient une ablation telle que les résultats esthétiques seraient peut-être défectueux. La question des indications thérapeutiques se pose donc ainsi : à côté des lésions ordinaires, banales, justiciables de la classique médication par les cautérisations, les lavages et les poudres antiseptiques, *existe-t-il une classe de cas où l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire la circoncision, est indiquée? Quels sont ces cas, et comment intervenir?*

Inutile d'insister sur ce fait que l'énorme majorité des malades sont justiciables du premier mode de médication. Toutes les fois que les chancres, même peu nombreux, sont disséminés sur le gland, le sillon balano-préputial, la face interne du prépuce, il est inutile de songer à l'ablation. Du moment qu'un seul chancre, même fortement cautérisé sous anesthésie, persiste, l'inoculation de la plaie opératoire est trop probable pour qu'il soit permis de courir ce risque (sauf complications, que j'envisagerai plus loin). Une propreté minutieuse, une surveillance attentive, facilitée par le décalottage bi-quotidien, des cautérisations ou, mieux, des radiations caloriques jusqu'à l'eschare virulente, donnent les meilleures guérisons, dans de bons délais, trois à cinq semaines environ.

Mais voici des cas plus discutables. Un malade se présente porteur d'une série de chancres mous, alignés sur le bord libre du prépuce. Ces chancres, au nombre de 6 à 10 — ces chiffres n'ont rien d'exagéré — sont âgés de huit jours environ. Le décalottage est déjà difficile et douloureux, la balanite à peu près certaine ou nettement constatée. Il n'existe aucune autre ulcération. De plus, notez que, la plupart du temps, ce genre de localisation est propre aux prépuces longs, étroits, gênants même à l'état normal — à plus forte raison aux prépuces phimosiques. L'affection exigera des soins très méticuleux, et sera forcément longue, même en supposant que le malade échappe aux complications ordinaires : balanite purulente ou ulcéreuse, phimosis inflammatoire, inoculations chancrelleuses sous-préputiales, etc. Dès lors, si l'état social du porteur permet de craindre que les soins ne soient pas suffisants, si, pour une raison ou pour une autre, le malade demande, à quelque prix que ce soit, la guérison dans les plus brefs délais, je crois très rationnel et nullement risqué de conseiller l'ablation des chancres et du prépuce qui les porte, par la circoncision. Si le prépuce est congénitalement phimosique, il n'y a pas d'hésitations à avoir; s'il est long et gênant, j'estime que c'est encore là une trop bonne occasion de débarrasser le patient d'un organe encombrant et de lésions quelquefois malignes; enfin, s'il est normal, c'est affaire entre le malade et son médecin, celui-ci étant bien persuadé — c'est ce que je vais maintenant essayer de démontrer — que la présence des chancres sur le bord libre ne complique en rien l'opération de la circoncision.

Et c'est là le point délicat, celui sur lequel je veux insister. Pendant des années, à la suite de Ricord (1), on a admis que « le bénéfice qu'on retire de l'opération ne compense pas l'inconvénient *inévitable* de l'inoculation de la plaie et l'extension forcée du chancre ». « Inoculation *inévitable* » répétait (en 1865) Rollet qui, cependant, conseillait quelquefois l'opération. « Qu'on résiste à la tentation de l'instrument tranchant », insistait Diday, en 1876. Et cette terreur paraissait d'autant plus rationnelle, qu'on admettait la possibilité de l'inoculation, non seulement par le contact direct, mais encore par les lymphatiques porteurs du virus contaminant.

Cependant, quelques protestations s'élèvent. En 1882, M. Aubert (2) publie un article des plus intéressants sur ce sujet. Car il affirme, avec preuves à l'appui, la fréquence de la réunion immédiate sans inoculations, si l'on prend des soins de propreté minutieux avant et pendant l'opération, au besoin en pratiquant des débridements du prépuce pour faciliter le lavage préalable des surfaces muqueuses et la cautérisation des chancres. Bien qu'admettant l'existence de l'infection par les lymphatiques, M. Aubert la déclare très rare.

Dix ans plus tard, M. Salsotto (3) conseille également l'ablation partielle ou totale du prépuce, mais il s'occupe surtout des cas de phimosis compliquant le chancre mou. Il cautérise les chancres au nitrate d'argent avant l'opération : sur 4 cas ainsi opérés, il a eu une seule inoculation. Toutefois, les essais d'ablation de chancres de la face muqueuse du prépuce n'ont pas réussi de même.

Dans le même travail déjà cité (1898), M. Unna préconise, pour les vieux chancres, le procédé d'ablation partielle sous congélation par le chlorure d'éthyle. Il serait seulement nécessaire d'enlever une tranche plus large de tissu périphérique.

Tout ceci ne pouvait détruire l'impression pessimiste produite par les affirmations des vieux maîtres. Aussi, les articles des grands dictionnaires, les revues générales, les traités classiques (Jullien, Audry) ne font-ils qu'une part très réservée au bistouri dans la thérapeutique du chancre mou.

J'ai opéré 14 prépuces chancrelleux à la clinique dermatologique de l'Antiquaille. Dans 10 de ces cas, les chancres étaient strictement localisés au bord libre du prépuce, ou, du moins, peu éloignés de ce bord. La cicatrisation s'est toujours effectuée dans les délais classiques, de huit à quinze jours, sans *aucune* inoculation. Quatre fois j'ai trouvé sous le prépuce d'autres chancres, diversement situés, constamment multiples; dans ces conditions, j'ai eu *une seule* inoculation. Le manuel opératoire suivi est des plus simples; il comprend :

1° Un nettoyage très soigneux de toute la région génitale externe, par le savon et l'eau chaude d'abord, puis au permanganate de potasse, ou à l'eau oxygénée, ou à l'oxycyanure de mercure. Si le prépuce est mobile, ces lavages seront faciles; sinon, il vaudra mieux les faire sous anesthésie, et injecter avec force, entre le prépuce et le gland, une grande quantité du liquide choisi, établir un véritable courant d'eau dans les culs-de-sac balano-préputiaux. Je déconseille d'une façon formelle toute incision préalable, dorsale ou latérale, comme facilitant inutilement l'inoculation;

2° La cautérisation au thermocautère de tous les chancres visibles — pas à l'électrocautère —; cette cautérisation sera très complète (sous anesthésie, naturellement) et dépassera largement les limites des ulcérations;

3° Le prépuce étant relevé en entonnoir au-dessus du gland, j'injecte dans l'espace balano-préputial une pleine seringue d'une solution de chlorure de zinc à 60 %. Je laisse cette solution deux minutes environ en présence des tissus, alors même qu'il me semble qu'aucun chancre n'existe sous la muqueuse. J'insiste sur la teneur en sel de cette solution; j'explique certains échecs antérieurs (ceux de M. Salsotto, par exemple) par la faiblesse des cautérisants employés;

4° Un dernier lavage et l'on procède à l'opération de la circoncision selon la technique suivante, ayant surtout pour but d'éviter le contact avec le chancre : le prépuce étant vigoureusement tiré et tendu par deux pinces hémostatiques, on excise d'un seul coup de ciseaux tout le bord libre de cet organe, en passant autant qu'il sera possible au-dessous de la limite du chancre. Il est tout à fait inutile de respecter le frein, malgré le conseil que donnent encore quelques auteurs classiques; l'hémorrhagie qui s'ensuit ne signifie rien, et les résultats esthétiques sont bien meilleurs. Ceci fait, la peau se rabat d'elle-même, la muqueuse reste encore accrochée sur le gland. Une incision dorsale, suffisamment prolongée, découvre ce dernier. Il est bon d'inspecter à ce moment la région découverte, de pratiquer un nouveau lavage, et même une nouvelle cautérisation au thermocautère, si l'examen fait découvrir quelques chancres non soupçonnés. On achève l'opération suivant les procédés classiques, en excisant de la muqueuse ce qui est nécessaire, tout en évitant soigneusement de passer sur les chancres, s'ils existent. On suture alors au catgut peau et muqueuse, en comprenant dans les points de suture les artérioles qui pourraient saignotter. On évite ainsi les ligatures qui ne sauraient que gêner la cicatrisation. Je n'ai, d'ailleurs, *jamais* eu à en placer une seule, même sur l'artère du frein. Un pansement compressif fait le reste.

Je conclus donc que le chirurgien est autorisé à proposer l'ablation des chancres et prépuces dans les conditions suivantes :

1° Lorsque les chancres sont strictement limités au bord libre du prépuce, ou, du moins, lorsque ceux de la muqueuse ou du gland ne sont ni trop nombreux, ni trop âgés. Dans ces dernières conditions, l'opération est un peu plus aléatoire, mais réussit cependant bien souvent. Je crois inutile d'attendre que le phimosis soit complet pour intervenir;

2° Lorsque la condition sociale du malade permet de prévoir l'insuffisance du traitement, et par conséquent de considérer les complications comme à peu près certaines; ou encore lorsque le malade demande lui-même le traitement le plus rapide, même au prix d'une intervention.

(1) Ph. Ricord. Leçons sur le chancre. Paris, 1858.

(2) P. Aubert. De la réunion immédiate dans l'opération du phimosis compliquant le chancre simple. (*Lyon méd.*, 26 fév. 1882.)

(3) Salsotto. Sulla opportunità di operare il fimosi che complica l'ulcera venerea. (*Morgagni*, avril 1892, p. 247.)

III

Pour être complet, je dois consacrer un chapitre aux *complications*, étant entendu qu'il ne s'agit ici que des complications inflammatoires, et que je laisse de côté la gangrène, le phagédénisme, le bubon, dont la thérapeutique chirurgicale, d'ailleurs mieux connue et moins discutée, exigerait à elle seule une étude spéciale.

Je m'occupe donc seulement des chancres qui, par leur nombre, leur localisation ou leur virulence, ont créé une violente inflammation de toute la région. Le prépuce est devenu un énorme capuchon œdématié et rigide, recouvrant le gland enflammé, rouge, vernissé. Entre les deux, le sillon constitue un cul-de-sac circulaire, inexplorable, déversant des flots de pus. De ci de là, des ulcérations chancreuses, visibles ou non. Tout le pénis est congestionné, en battant de cloche, douloureux, les lymphatiques engorgés, l'exploration fort difficile.

Dans ces conditions, on se sent très porté à intervenir. Il semble que cet ensemble symptomatique appelle la libération par le bistouri, la mise à nu des lésions et leur traitement à ciel ouvert. Je pense cependant avec Diday que beaucoup de patience et de soins peuvent donner des résultats étonnants. Des lavages répétés trois ou quatre fois par jour, le liquide étant injecté entre gland et prépuce avec une certaine force à l'aide d'une seringue uréthrale, nettoient bien la région infectée. On emploiera de préférence l'eau oxygénée à 12 volumes, les solutions d'oxycyanure de mercure à 3 ‰ ou de sublimé à 1 ‰; ces injections seront suivies de lavages faits avec la liqueur de Burow, l'eau d'Alibour (toutes deux devant être dédoublées), ou la solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 %. Elles seront précédées de bains locaux, la verge étant tout entière plongée dans un verre d'eau blanche très chaude. Après ces nettoyages, on saupoudre aussi bien que possible, à l'aide d'un insufflateur ou d'un petit tampon, avec de la poudre d'iodoforme ou de calomel. Enfin — et je tiens beaucoup à ce détail —, on glisse avec une sonde cannelée, jusqu'au fond de la rainure balano-préputiale, un double de gaze aseptique, qui, tapissant la région et ressortant par l'orifice, absorbera les sécrétions, fera drain et les conduira au dehors. Moyennant ces multiples précautions, prises chaque jour, on obtient, en deux ou trois mois, le retour à l'état normal, sans autre souvenir que les cicatrices blanchâtres laissées par les chancres.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. D'abord, il est fréquent de voir des malades, au bout de cinq à six semaines de soins, réclamer eux-mêmes un traitement plus radical. Ensuite, on est obligé de reconnaître que de telles lésions laissent souvent après elles un phimosis cicatriciel qui nécessitera son enlèvement. Enfin — et surtout — les chancres sous-phimosiques peuvent, sous la protection du prépuce, faire œuvre destructive, du côté du prépuce ou du côté du canal, suivant leur localisation. J'ai, pour ma part, vu plusieurs fois la perforation du prépuce rendre l'opération nécessaire, et, à ce moment, dans de mauvaises conditions. A deux reprises, j'ai vu le canal ouvert, sur une longueur de 1 centimètre et plus, lésion entraînant de longues et délicates opérations d'autoplastie. Je crois donc qu'il faut « vivre en paix armée » avec ce prépuce « sous lequel il se passe quelque chose ». Si l'état phlegmoneux augmente, malgré des soins minutieux, si en un point déterminé du fourreau, généralement situé au niveau de la rainure, une zone très douloureuse s'accuse et persiste, avec gonflement localisé et teinte rouge violacé qui se précise chaque jour, il ne faut pas trop prolonger le traitement médical, et savoir intervenir à temps, pour ne pas y être obligé.

Le manuel opératoire est celui d'une circoncision ordinaire, un peu plus délicate à cause de l'épaisseur des tissus enflammés et de la présence des chancres : lavages préalables multiples, cautérisation au thermocautère des chancres visibles, cautérisation sous-préputiale avec la solution de chlorure de zinc à 60 %, comme précédemment; incision dorsale, incisions latérales obliques allant du frein à l'incision dorsale, pour enlever l'excès de muqueuse d'abord, la peau ensuite. Autant que possible, on s'efforcera de ne pas passer en plein tissu chancreux; on y est quelquefois obligé. Les sutures représentent la partie relativement difficile de cette petite opération, d'abord parce que la partie muqueuse, enflammée, épaissie, refuse de se laisser rabattre, même quand elle est suffisamment excisée; ensuite, parce que les points de suture passent en tissu friable, chancreux ou péri-chancreux. Ceci n'a pas une bien grande importance; si l'on arrive à joindre à peu près peau et muqueuse par trois points séparés, le reste s'adaptera de lui-même au moment de la décongestion qui se produit régulièrement sous les pansements consécutifs à l'opération. La cicatrisation est assez longue (trois semaines en moyenne), avec des pansements quotidiens au début. Mais l'on est toujours étonné des résultats esthétiques que l'on obtient, étant donné l'état déplorable où se trouvait le pénis avant l'intervention, et même après.

J'ai ainsi opéré 7 prépuces, avec chancres multiples, complications inflammatoires et phlegmoneuses. J'ai eu 5 résultats excellents, en ce sens qu'un mois après, mes malades avaient repris leur travail habituel, et les organes leurs fonctions. Quelques nodosités indurées, grosses comme une tête d'épingle, sur la ligne de suture, disparurent par la suite.

Une fois se produisit une inoculation de toute la ligne de suture. Dès le second pansement, je m'en aperçus à la douleur exceptionnellement intense que causait l'enlèvement de la gaze, adhérente à la plaie. Un point s'était chancrellisé. Malgré les radiations caloriques quotidiennes, le mal s'étendit. La guérison nécessita deux mois de soins minutieux, au prix de douleurs très vives. Le résultat final ne fut pas plus mauvais.

Chez le second malade, l'alerte fut plus vive. Il s'agissait d'un chancre mixte enflammé, pour lequel le patient réclamait lui-même formellement une intervention. Cinq jours après celle-ci, apparurent une série de grands frissons, avec phénomènes généraux graves, vomissements, pus dans les urines, etc. A noter que cet homme venait se panser lui-même dans une salle très douteuse comme asepsie. Ces accidents inquiétants se terminèrent par une localisation dans les ganglions de l'aine gauche et au scrotum, avec pus très odorant, mal lié, mêlé de débris gangreneux et de bulles d'air. La guérison s'ensuivit sans incidents.

Les résultats sont donc le plus souvent bons; la chancrellisation est loin d'être fatale, malgré les apparences, et cette opération me semble pouvoir être conseillée sans arrière-pensée dans les circonstances que je viens de spécifier. Souvent utile, elle peut devenir nécessaire à un certain moment. Il est du devoir du médecin de deviner ce moment, de ne pas laisser sous l'inflammation apparaître la gangrène, et d'en prévenir les conséquences, par cette très simple opération.

Dr Carle,
Ancien chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les mastoïdites des nourrissons, par M. A. Broca.

C'est sur une statistique de 96 opérations mastoïdiennes pratiquées chez des enfants de dix-huit mois et au-dessous que M. Broca base le présent mémoire; elle lui permet de mettre en évidence un certain nombre de particularités propres à la mastoïdite des nourrissons.

Un premier fait ressort de ces observations, à savoir la fréquence relative, dans le jeune âge, des abcès mastoïdiens non précédés d'otorrhée: cette évolution de l'affection peut se rencontrer aux diverses périodes de la vie, mais, passé la première enfance, elle est exceptionnelle, tandis que l'auteur la note 36 fois sur ses 96 cas. Parfois, en pareille occurrence, le tympan se perfore après la formation de l'abcès rétro-auriculaire; plus souvent il résiste, et cela lors même qu'il s'est produit une fistule mastoïdienne, ainsi que M. Broca a pu 2 fois le constater.

Pour ce qui est des 60 faits de mastoïdite avec otorrhée préalable, relevés par l'auteur, ils comprennent 35 cas « aigus », c'est-à-dire avec otite aiguë, et 25 cas « chroniques », l'otorrhée datant d'assez longtemps au moment où survint la complication mastoïdienne; de ces dernières observations, 5 concernent des mastoïdites probablement ou sûrement tuberculeuses.

Cette marche assez fréquente du pus vers la mastoïde, sans otorrhée, chez le nourrisson, s'explique par des conditions anatomiques spéciales, bien mises en lumière par M. Broca : chez le fœtus, au huitième mois, on voit, en effet, que l'antre est représenté par une petite cavité, fermée en dehors par une mince lame criblée et située au-dessus de la caisse, avec laquelle elle communique par l'intermédiaire d'un canal court, très large et rectiligne; après la naissance, l'antre se porte insensiblement en arrière, et un peu en bas, si bien que l'*aditus ad antrum* devient oblique, tout en restant large, court et rectiligne; il n'y a pas encore à ce moment de cellules mastoïdiennes proprement dites, et la lamelle qui ferme l'antre en dehors demeure mince et perforée. Cela étant, on conçoit que, chez le tout jeune enfant, le pus formé dans la caisse ait moins de peine à se frayer passage vers l'antre, où le mène un large canal direct, que vers le conduit auditif externe, le tympan ayant acquis dès les premiers mois de la vie sa solidité définitive; une fois arrivée dans l'antre, la collection traverse aisément les trous de la lame criblée qui limite cette cavité en dehors, et vient faire saillie sous la peau.

Quoi qu'il en soit, cette absence d'otorrhée n'est pas sans créer au diagnostic de sérieuses difficultés, et sans entraîner pour le traitement un retard préjudiciable, en ce qu'elle fait différer une paracentèse du tympan qui, pratiquée à temps, aurait pu prévenir l'aggravation, sinon le développement, de l'ostéite. De là, le conseil d'examiner de parti pris le tympan de tout enfant qui présente un malaise et une fièvre dont la cause est obscure.

Au point de vue clinique, l'abcès rétro-auriculaire du nourrisson affecte, dans la grande majorité des cas, une forme assez spéciale : il est fort élevé, soulevant la moitié supérieure du pavillon qu'il repousse en bas et en avant, effaçant à ce niveau le sillon rétro-auriculaire. Ce sont là les caractères que l'on attribue souvent à la « périostite mastoïdienne »; et, de fait, la guérison, à la suite d'une simple incision périostique, sans trépanation, n'est pas rare, ou l'est beaucoup moins que chez les enfants plus âgés. Il n'en faut pas conclure pour cela qu'il s'agisse réellement d'une simple périostite : d'après M. Broca, c'est plutôt à la perforation spontanée de l'antre, à travers la mince lame spongieuse qui le ferme en dehors — perforation qui siège d'ailleurs en un point déclive, vu l'absence de cellules vers la pointe de l'apophyse —, qu'il convient d'attribuer ces succès.

Les mêmes conditions anatomiques qui interviennent dans l'évolution des lésions doivent guider l'acte opératoire : la blessure du sinus n'est pas à craindre, en raison de la situation élevée de l'antre; quant au nerf facial, il courrait les mêmes risques que chez l'adulte, si l'on faisait l'ouverture large de la caisse ou le curettage de l'*aditus*, mais ces interventions compliquées sont rarement indiquées chez le nourrisson, précisément à cause de la largeur et de la rectitude de cet *aditus*. (*Arch. internation. de chir.*, I, 4.) — F. F.

Un cas de réinfection syphilitique chez un diabétique, par M. Molle.

S'il est une question qui a donné lieu à de nombreuses controverses, c'est à coup sûr celle de la réinfection syphilitique. Il n'est donc pas sans intérêt de signaler le cas observé par M. Molle, car il paraît très démonstratif et présente, de plus, quelques particularités intéressantes sur les rapports du diabète avec la syphilis.

Le malade — actuellement âgé de cinquante-quatre ans — avait trente-deux ans quand il fut atteint d'une ulcération de la région préputiale. Il dut faire un séjour à l'hôpital Saint-Louis et il se souvient d'avoir eu à cette époque, au niveau de la peau et des muqueuses, des lésions diverses dont certaines nécessitèrent des cautérisations au nitrate d'argent. Il a, de plus, conservé une ordonnance d'un chef de service dudit hôpital, relative à des pilules au sublimé; le diagnostic de syphilis ne saurait donc faire de doute. Le patient suivit le traitement pendant deux ans et se considéra ensuite comme guéri.

Six ans après, cet homme fut reconnu diabétique; un traitement antisyphilitique, assez intensif, qui fut alors prescrit, n'eut aucun effet sur la glycosurie, et l'on y renonça pour instituer simplement un régime sévère, grâce auquel le diabète évoluait avec des allures très bénignes quand, quelques années plus tard — quinze ans après sa première syphilis — le malade présenta une ulcération du sillon balano-préputial et, au bout de trois mois, l'auteur put constater l'évolution des accidents secondaires.

Un point intéressant à noter, c'est que la glycosurie disparut pendant toute la durée des accidents secondaires, sous l'influence de l'absorption quotidienne de 5 à 6 grammes de bicarbonate de soude, pour reparaître après la disparition des plaques muqueuses. C'est là un fait qui a été signalé par la plupart des syphiligraphes. On sait aussi, dit l'auteur, que, s'il existe un diabète syphilitique, la syphilis et le diabète peuvent coexister chez le même sujet sans que ces deux affections aient aucun rapport entre elles. Or, il s'agissait bien ici d'un diabète autonome : il fallait, en effet, que le malade fût parfaitement guéri de sa première syphilis, puisqu'il avait pu en contracter une seconde.

Enfin M. Molle fait remarquer que, si l'on admet qu'une syphilis contractée par un diabétique est généralement grave, par contre la seconde syphilis de son malade a été très bénigne : au bout de deux ans, toute manifestation avait disparu et, depuis lors, l'état général est resté parfait. Il y a donc lieu de supposer que cette seconde infection a été particulièrement atténuée par la première. (*Lyon méd.*, 29 mai 1904.) — J. G.

Sur les myostéomes traumatiques, par M. Léon Cahier.

Sous le nom de *myostéomes traumatiques*, l'auteur désigne les ostéomes musculaires, adhérents ou non au squelette, consécutifs à un traumatisme direct ou indirect. Ces productions doivent être différenciées des néoformations osseuses, décrites par Virchow, qui sont engendrées par des esquilles ou des lambeaux ostéo-périostiques détachés par le traumatisme et qui ont pour caractère de s'accroître d'une façon à peu près indéfinie, tandis que les myostéomes se constituent, pour ainsi dire d'emblée, dans la région traumatisée, avec leur volume définitif. Il faut aussi éviter de confondre les myostéomes avec les diverses variétés d'exostoses, la radiographie permettant d'ailleurs de distinguer facilement ces diverses néoformations osseuses; une exostose, en effet, dès qu'elle est reconnue, est nettement visible sur la plaque ou sur l'écran, et ses connexions avec le squelette sont évidentes, tandis que les myostéomes, dans la première période de leur évolution et alors qu'ils forment déjà une tumeur bien évidente, mais non encore ossifiée, ne donnent qu'une ombre vague et mal délimitée, contrastant singulièrement avec la netteté des contours de l'os avoisinant.

Quatre théories ont été proposées pour expliquer la pathogénie des ossifications musculaires. Deux d'entre elles, la théorie hématique, d'origine allemande, et la théorie des os sésamoïdes aberrants, émise par M. Bard, ne paraissent pas reposer sur une base suffisamment solide et ne comptent que peu de partisans. Les deux autres, celle de l'*ensemencement périostique* et celle de la *myosite ossifiante*, rallient les suffrages de la majorité des auteurs.

D'après la théorie de l'ensemencement périostique, les myostéomes seraient dus à l'arrachement et à la prolifération consécutive d'un fragment périostique ou ostéo-périostique entraîné par la contraction et la rétraction du muscle plus ou moins loin de son point d'attache primitive, ou au transport de quelques cellules de la couche ostéogène, cellules qui, une fois arrêtées dans l'épaisseur du tissu musculaire, constitueraient une véritable greffe susceptible de produire des noyaux osseux à la faveur de l'épanchement sanguin et des altérations ou réactions locales concomitantes. Indépendamment de certains faits cliniques, cette théorie repose sur les expériences d'Ollier, de MM. Sieur et Berthier, de M. Sultan, de M. Gratia.

Tout en reconnaissant que, soit expérimentalement, soit dans certaines fractures, le périoste transplanté dans le tissu musculaire peut former un myostéome, M. Cahier pense que cette théorie n'est pas applicable aux ostéomes libres, éloignés de toute connexion avec le squelette, soit que les muscles dans le corps desquels ils se constituent soient séparés des os par une deuxième couche musculaire, soit que la face profonde de la coque musculaire renfermant la tumeur ait gardé son intégrité anatomique.

Aussi, sans repousser d'une façon absolue la genèse périostique, M. Cahier se rallie-t-il à la théorie de la myosite ossifiante, qui compte de nombreux défenseurs en France et à l'étranger, en Allemagne principalement. D'après cette théorie, les myostéomes traumatiques sont d'origine inflammatoire et sont constitués par une série de modifications successives du tissu conjonctif intramusculaire préalablement hyperplasié; cette myosite ossifiante se développe sans immigration de cellules osseuses, et aboutit à une véritable transformation *in situ* des fibres musculaires en tissu osseux.

En ce qui concerne le traitement, l'ablation des ostéomes traumatiques ne doit pas être érigée en règle générale, attendu qu'un certain nombre de sujets porteurs de tumeurs de ce genre n'en sont nullement incommodés et souvent ne s'aperçoivent que par hasard de leur existence. Au contraire, lorsque ces ostéomes sont douloureux spontanément ou le deviennent à l'occasion de certains mouvements, lorsqu'ils déterminent de l'atrophie musculaire ou apportent une gêne réelle dans le fonctionnement du membre, il est indiqué de les enlever.

Il est alors nécessaire de déterminer avec précision à quel moment il faut opérer. Si l'on intervient avant que le processus d'ossification soit achevé, on risque de réveiller l'activité d'un périoste qui ne demande qu'à proliférer encore ou de donner un nouveau coup de fouet à l'inflammation musculaire, et aussi de faire une ablation incomplète, les nodules osseux primitivement épars au milieu des fibres du muscle ne formant pas un bloc, et des parcelles encore molles ou demi-dures de la tumeur pouvant échapper à l'instrument ou au doigt investigateur. Grâce à la radiographie, ainsi que M. Longuet l'a conseillé, on peut reconnaître que le myostéome est entré dans sa période de maturité. En effet, tant qu'il n'est pas mûr, l'ombre portée sur l'écran ou photographiée sur la plaque est, comme nous l'avons déjà signalé, plus ou moins difficile à délimiter des parties avoisinantes. Au contraire, quand l'ossification est complète, la tumeur donne une ombre précise, nette, bien marquée, à peu près uniforme, se séparant nettement de l'os du membre si l'ostéome en est éloigné, ou montrant le pédicule et l'attache du néoplasme au squelette, lorsqu'il est adhérent. (*Rev. de chir.*, mars, avril, mai et juin 1904.) — M. C.

Infection malarienne sur un navire en mer, par M. G. Reynaud.

Quelque opinion que l'on professe sur la théorie qui attribue aux seuls moustiques la propagation de la malaria, il est difficile de dénier tout rôle à ces insectes dans la transmission de cette affection. A cet égard, le fait relaté par M. Reynaud vaut d'être mentionné.

Une famille de quatre personnes — le père, la mère et deux filles —, absolument indemnes de paludisme et venant d'une localité où les fièvres sont inconnues, s'embarque à Port-Saïd, à destination de Gênes, sur un paquebot en provenance de Bombay.

Après quatre jours de traversée, à l'arrivée à Naples, le père est pris d'un accès de malaria qui se reproduit le surlendemain, puis, dans la suite, tous les huit ou quinze jours : ces accès n'avaient pas encore cédé après trois mois de séjour en France. Dix jours après le départ de Port-Saïd, une des filles est frappée à son tour, pendant le trajet en chemin de fer de Gênes à Marseille. Enfin, la mère offre son premier accès au bout de dix-sept jours, alors que la famille était installée dans le midi de la France. La seconde fille demeura indemne.

L'origine de cette contamination est, pour l'auteur, facile à établir : il y avait à bord plusieurs paludéens et, d'autre part, le bateau était infesté de moustiques; la présence de ces insectes avait été notamment constatée dans la cabine occupée par ces passagers, qui avaient eu à souffrir de leurs piqûres. Comme preuve négative, on peut invoquer cette particularité que les deux domestiques de cette famille, venus en Europe par un autre navire, n'ont pas eu de fièvre.

Des faits analogues, concernant des cas de malaria contractée sur un navire en mer, ont d'ailleurs été déjà quelquefois observés; ils imposent l'obligation de détruire les moustiques à bord des bateaux, dont les cales constituent trop souvent ce que l'on a appelé le « marais nautique ». (*Ann. d'hyg. publ.*, mai 1904.) — F. F.

Contribution à l'étude de la vaginalite séreuse chronique, par M. de Vlaccos.

L'auteur base son étude sur 2 observations personnelles de vaginalite tuberculeuse primitive, sans lésions du testicule ni de l'épididyme, contrairement à l'opinion actuellement courante, d'après laquelle « toute altération de la vaginale nécessite une altération préalable de l'épididyme » (Reclus). M. de Vlaccos invoque d'autre part contre cette doctrine trop absolue les faits expérimentaux publiés par Strauss et par MM. Charrin et Claude, et il se trouve ainsi porté à admettre que si, dans la plupart des observations jusqu'ici relatées, la vaginalite séreuse chronique s'est montrée symptomatique d'une affection épididymo-testiculaire, traumatique, néoplasique ou infectieuse, il n'en est pas moins vrai que, à côté de ces vaginalites secondaires, il existe une catégorie d'hydrocèles *primitives*. C'est ainsi qu'il serait tenté de considérer certaines hydrocèles, réputées d'origine blennorrhagique, comme des vaginalites purement essentielles, les accidents inflammatoires de la glande et de l'épididyme, en régression ou éteints depuis longtemps, ne pouvant expliquer l'apparition de l'hydrocèle cinq, dix et même quinze ans plus tard; tout au plus pourrait-on, dans l'étiologie soi-disant gonococcique de ces vaginalites chroniques, invoquer les lésions orchi-épididymaires anciennes comme ayant joué le rôle de causes prédisposantes. (*Rev. de chir.*, juin 1904.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'opération que j'ai pratiquée sur M. Waldeck-Rousseau, par M. H. Kehr.

Sous ce titre, M. Kehr expose très longuement les indications qu'il a cru devoir suivre et les détails de l'opération. Voici d'abord les éléments principaux de l'observation, tels qu'il les rapporte :

Le malade avait cinquante-huit ans; à la fin de l'automne 1903, il avait été pris brusquement, après une forte secousse morale, d'un ictère, qui, dès lors, persista, tout en variant d'intensité; il n'y eut jamais de douleurs; au printemps 1904, l'ictère se compliqua d'inappétence et de perte des forces. En mai, la cholécystentérostomie fut pratiquée : on découvrit, au cours de l'intervention, une induration, grosse comme une noisette, de la tête du pancréas; quant à la vésicule, elle était volumineuse et adhérente, et son contenu épais comme de la colle. A part trois hémorrhagies secondaires, d'origine cholémique, les suites opératoires furent normales; mais l'ictère, deux mois après, était redevenu aussi accusé, et l'affai-

blissement progressait de plus en plus; dans le courant de l'année, le poids était tombé, de 150 ou 160 livres, à 110.

Ce fut dans cet état que, le 8 août 1904, M. Kehr trouva le malade, très amaigri, fortement ictérique, « dormant beaucoup et présentant déjà les signes de l'intoxication cholémique ». L'examen local donna les résultats suivants : une cicatrice, d'environ 7 centimètres (celle de la première opération) longe le bord externe du muscle droit; le palper ne provoque nulle part de douleur; le foie est très gros, mais lisse et pas très dur; il n'y a pas d'ascite, pas de tumeur perceptible à l'exploration. Le pouls est régulier et fort, à 84; l'urine ne contient ni albumine ni sucre, mais beaucoup de matières colorantes biliaires; les matières fécales sont tout à fait décolorées. Le cœur et les poumons sont sains; l'appétit est fort mauvais et la dépression psychique très accentuée depuis quelques jours.

« Je diagnostiquai une occlusion chronique du canal cholédoque, poursuit M. Kehr; était-elle due à une tumeur (cancer du cholédoque, du pancréas, du duodénum), ou bien à la pancréatite chronique, à un calcul, à des adhérences, on ne pouvait, à mon sens, conclure de façon ferme. » Et, d'après lui, les probabilités se répartissaient comme il suit : 70 % pour le cancer, 10 % pour le calcul, 20 % pour la pancréatite. L'hypothèse d'un néoplasme avait pour elle l'âge du malade, l'absence de douleurs, qui, pourtant, s'observe parfois lors de calcul, l'intensité de l'ictère, la cachexie : c'étaient là, semble-t-il, de bien graves raisons; elles ne suffirent pas, toutefois, à convaincre M. Kehr, l'ictère très foncé accompagnant aussi les calculs de l'ampoule et la cachexie survenant aux périodes avancées de l'occlusion calculeuse; d'autre part, le début brusque de l'ictère, les variations qu'il avait subies au cours des premiers mois, et encore la durée de l'affection (bien qu'on voie des cancers du pancréas se prolonger deux ans) parlaient, au dire de l'auteur, contre le cancer. Toujours est-il qu' « un diagnostic absolument sûr était impossible; ce qui était certain, c'est que, sans opération, le malade était irrémédiablement perdu, que l'affection fût de bonne ou de mauvaise nature ». L'anastomose cholécysto-jéjunale ne fonctionnait plus, en effet; pourquoi? M. Kehr croit pouvoir admettre, en se fondant sur les adhérences péri-cystiques constatées lors de la première intervention, sur le contenu visqueux de la vésicule, que, dès ce moment, le canal cystique était fermé par des adhérences, mais ce n'est là qu'une hypothèse, sans la moindre preuve, l'occlusion du canal ayant pu, fort bien, se produire secondairement.

Dans ces conditions, « devant l'incertitude du diagnostic, il fallait au moins faire une incision exploratrice; si l'on arrivait à se convaincre de façon sûre qu'il s'agissait réellement d'un cancer, on pourrait au bout de quelques minutes refermer le ventre; si l'on hésitait entre le cancer du pancréas et la pancréatite chronique, on devrait poursuivre l'opération, c'est-à-dire chercher à ouvrir une voie de dérivation à la bile stagnante; si l'on trouvait un calcul dans l'ampoule, la duodénotomie et le drainage de l'hépatique deviendraient indiqués ». Et, sur ce programme, on intervint.

Voici quelle fut l'opération. M. Kehr ouvrit le ventre par son incision ondulée (*Wellenschnitt*), cherchant à rester aussi loin que possible des adhérences créées par la première intervention; la section de la paroi donna lieu à une hémorrhagie assez profuse, comme cela se produit toujours chez les cholémiques : partout des pinces furent placées et les plus gros vaisseaux liés tout de suite. Le foie était gros, mais mou, il n'y avait ni cirrhose ni cancer; on ne vit pas d'abord la vésicule. « Je pénétrai avec la main droite dans l'abdomen, continue M. Kehr, et je trouvai une tumeur grosse comme le poing, assez dure, parsemée de noyaux isolés, située derrière le duodénum et dépendant certainement du pancréas : on pouvait admettre avec la plus grande vraisemblance que c'était un cancer ». Pourtant, comme la pancréatite chronique peut former des tumeurs dures comme la pierre et noueuses, il était permis encore de garder l'espoir, qu'il s'agît d'un processus inflammatoire chronique, d'autant plus qu'on ne trouvait pas de ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique et qu'il n'y avait aucune trace d'ascite. « C'eût été une erreur, à mon point de vue, écrit M. Kehr, de refermer dès lors le ventre. J'estimai qu'il était plutôt de mon devoir de chercher à ouvrir une voie à la bile stagnante, parce que, de cette façon-là seule, une guérison pouvait être obtenue. »

Mais que faire? Le cystique étant tenu pour oblitéré, on pouvait recourir à l'un ou l'autre des trois modes de dérivation que voici : anastomoser le cholédoque avec le duodénum — anastomoser le cholédoque avec la vésicule, elle-même en communication avec l'intestin, par le fait de la première opération — ou encore anastomoser le canal hépatique avec la vésicule.

Il fallait donc d'abord trouver le cholédoque; mais, pour s'orienter au milieu des adhérences, il était nécessaire de découvrir, avant tout, la vésicule. Or, ce fut là une besogne fort pénible, qui exigea beaucoup de peine, de temps et de sueur (*eine sehr mühsame, zeitraubende und schweisstreibende Arbeit*); le lobe droit du foie, arrondi, très mou, en imposa d'abord pour la vésicule : on l'incisa sur une longueur de 1 centimètre environ, et l'on s'aperçut alors que l'on était dans le tissu hépatique. Enfin, après une longue recherche, on trouva la vésicule et on l'ouvrit : elle était presque complètement vide et flasque, ce qui en avait rendu la découverte si difficile; elle contenait un peu de liquide trouble et le reste d'un petit fragment de melon, non digéré; la bouche intestinale était ouverte, assez étroite, mais l'anastomose ne pouvait servir, car le cystique était fermé. La libération du canal et la rupture des adhérences avaient demandé un long temps, une heure, et le malade commençait à entrer dans le collapsus. Il fallait en finir vite. On plaça un drain dans la vésicule, qui fut fermée tout autour, et l'on ouvrit le canal cholédoque, gros presque comme deux doigts, dans sa portion supra-duodénale : il s'échappa un jet de bile, claire comme de l'eau. A ce moment, le collapsus devint plus menaçant : il fallut renoncer à pratiquer la cholédoco-duodénostomie ou l'anastomose du cholédoque et de la vésicule, et l'on dut se contenter de faire le drainage de l'hépatique, de tamponner à la façon ordinaire et de fermer le reste de la plaie. L'opération avait duré une heure et demie; « ç'a été, dit M. Kehr, à cause des adhérences étendues, une des plus difficiles que j'aie faites ». Quant à l'hémorrhagie, elle n'a pas, ajoute-t-il, dépassé les limites qu'elle atteint d'ordinaire chez les cholémiques, et, « lorsque je fermai le ventre, aucun vaisseau ne saignait plus ». Toujours est-il qu'au bout d'une heure et demie environ le malade succombait.

De cet exposé, fort détaillé, des faits, il sera loisible, à chacun, de tirer des conclusions. Voici, en résumé, celles de M. Kehr. Le cas n'était nullement classique, et, « jusqu'au dernier moment, le diagnostic est resté incertain »; l'excision d'un fragment de la tumeur et l'examen microscopique eussent seuls permis, ajoute-t-il, de trancher le différend entre le cancer et la pancréatite. Même si le néoplasme malin eût été démontré, l'opération était encore indiquée. Telle n'a pas été toujours l'opinion de M. Kehr; il tenait autrefois pour inutiles et propres seulement à jeter le discrédit sur la chirurgie biliaire toutes les interventions dirigées contre le cancer; mais il est revenu de ces premières idées, et cela, pour deux raisons : parce que l'ablation des cancers de la vésicule ou des voies biliaires lui a donné quelquefois, à lui-même, des résultats durables; et aussi parce que le diagnostic du cancer du pancréas et de la pancréatite chronique est presque impossible. Or, ajoute-t-il, dans l'appréciation des indications opératoires, en pareil cas, ce qui décide finalement, c'est l'habileté technique de chacun, sa valeur chirurgicale et les succès qu'il a obtenus jusqu'alors. Et M. Kehr reproduit sa statistique de 947 cas d'intervention, pour affections hépatiques et péri-hépatiques, et, se fondant sur ses résultats, il conclut textuellement : « Si notre malade avait eu un calcul, le danger opératoire se montait à 5.3 %; s'il avait eu, avec un calcul, de la pancréatite chronique, on devait compter avec une mortalité d'environ 20 %; enfin, s'il avait un cancer, la mortalité était de 84 %. Comme le diagnostic était incertain, comme les signes de cholémie s'étaient déjà montrés, je tablais sur une mortalité moyenne de 66 %. Si l'on n'opérait pas, la mortalité atteignait 100 %; si l'on opérait, il y avait 34 % de chances de sauver la vie du malade. » Il est permis de s'étonner que de pareils raisonnements, par les chiffres, soient appliqués à la clinique; et, sans se départir d'une appréciation tout objective et scientifique des faits, on peut dire que le principal enseignement à tirer de cette malheureuse observation, c'est celui-ci : à savoir qu'il y a des bornes à l'initiative chirurgicale, hors desquelles, pour vouloir sauver quand même, elle risque de devenir meurtrière; que ces bornes doivent être reconnues, et qu'elles sont déterminées beaucoup moins par l'habileté du chirurgien que par la résistance du malade. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 août 1904.) — L.

Recherches sur les gaz intestinaux chez les nourrissons atteints de météorisme, par M. R. Quest.

On admet généralement que le « gros ventre », observé si fréquemment chez les nourrissons, constitue une des manifestations du rachitisme. D'après l'expérience de M. Quest, cette opinion serait loin d'être fondée : le rachitisme et le météorisme abdominal seraient absolument indépendants l'un de l'autre; tout au plus pourrait-on admettre que les deux états pathologiques en question reconnaissent un seul et même facteur étiologique, à savoir la suralimentation. En dehors du rachitisme et de la suralimentation, on a voulu faire jouer un rôle plus ou moins important, dans l'étiologie du gros ventre, à la longueur démesurée de l'intestin (Marfan), au myxœdème (Kassowitz), etc. L'auteur s'est appliqué à étudier la question, au point de vue des rapports du météorisme avec la composition et la provenance des gaz intestinaux.

Dans le tube digestif des enfants mort-nés, on ne trouve pas de gaz. Ceux-ci apparaissent seulement après la naissance, à la suite de la déglutition d'air; aussi reconnaît-on tout d'abord, dans les gaz intestinaux, les éléments constituants de l'air atmosphérique : l'oxygène, l'azote et l'acide carbonique. Toutefois, l'oxygène disparaît progressivement, utilisé qu'il est pour les oxydations, tandis que la quantité d'acide carbonique augmente; quant à l'azote, il ne subit qu'une réduction peu importante, en raison de son faible coefficient d'absorption. L'hydrogène — que l'on doit considérer comme un produit de fermentation — est également peu absorbé par la paroi intestinale. Le protocarbure d'hydrogène et l'hydrogène sulfuré, étant des produits de putréfaction, ne se rencontrent que d'une manière exceptionnelle dans l'intestin infantile, où les processus de fermentation sont beaucoup plus fréquents que la putréfaction. L'ammoniaque s'y trouve seulement en petite quantité.

M. Quest a institué une série de recherches sur les gaz de l'estomac et de l'intestin chez des enfants bien portants et chez des nourrissons atteints de météorisme. Il a ainsi été à même de se rendre compte que la proportion d'oxygène et d'azote contenus dans les gaz de l'*estomac* est à peu près la même que celle qu'on trouve dans l'air atmosphérique, mais que le taux d'acide carbonique oscille entre 0.82 et 6.69 %. Le genre de l'alimentation n'influe guère sur la composition des gaz de l'estomac, et celle-ci ne semble jouer aucun rôle dans la pathogénie du gros ventre. En ce qui concerne les gaz *intestinaux*, l'auteur a constaté qu'il existe une sorte de balancement entre la quantité d'azote et celle d'hydrogène : plus la première diminue et plus la seconde augmente. La formation d'hydrogène dépend, d'ailleurs, du genre de l'alimentation : elle atteint son *maximum* dans les cas où la nourriture est riche en hydrates de carbone (bouillies de malt, babeurre, etc., etc.) et tombe le plus bas chez les enfants allaités au sein; le régime mixte (lait, viande, beurre, légumes) tient, à ce point de vue, le milieu. L'acide carbonique est, chez les nourrissons, beaucoup moins abondant que chez les adultes et ne paraît nullement être sous la dépendance de la nature de l'alimentation. Quant à l'oxygène, M. Quest l'a rencontré dans quelques cas seulement, et encore en fort petite quantité.

Ainsi donc, à l'encontre de ce que l'on observe pour les gaz de l'estomac, le genre de l'alimentation exerce une influence incontestable sur la composition des gaz intestinaux, mais, d'autre

part, l'auteur a pu se convaincre que la nature de ces gaz n'entre guère en ligne de compte dans l'étiologie du gros ventre. Comme, chez le nourrisson bien portant, tous les gaz intestinaux qui ne sont pas expulsés — alors même qu'ils sont abondants — ne manquent pas d'être résorbés par les vaisseaux de la paroi intestinale, M. Quest serait porté à attribuer le « gros ventre » à des troubles de la circulation sanguine dans les organes abdominaux, hypothèse qui cadre bien, du reste, avec les résultats des recherches expérimentales de M. Kader sur le mécanisme de développement des gaz dans l'intestin. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 3.) — L. CH.

L'action des bains hydro-électriques à courants sinusoïdaux sur le cœur, par MM. Th. Büdingen et G. Geissler.

Les auteurs du présent mémoire ont eu l'occasion d'expérimenter les bains hydro-électriques à courants sinusoïdaux chez un certain nombre de sujets atteints de troubles cardiaques. Au point de vue subjectif, les effets de ces bains se traduisent par la disparition de la sensation d'angoisse et de compression dans la région du cœur, par la cessation des palpitations cardiaques et de la dyspnée, en même temps que l'appétit et le sommeil s'améliorent d'une manière très sensible. Objectivement, l'action favorable des bains sinusoïdaux se manifeste surtout par une diminution rapide de l'étendue de la matité cardiaque. Cette diminution commence par le cœur droit, pour lequel elle se fait, du reste, beaucoup plus rapidement que pour le cœur gauche : tandis que, dans certains cas, les cavités droites reviennent à leurs diminutions normales, le cœur gauche reste toujours quelque peu augmenté de volume. D'autre part, on note également une atténuation de l'irrégularité du fonctionnement cardiaque : les intermittences deviennent plus rares, voire même disparaissent complètement; de son côté, le pouls augmente de fréquence et d'ampleur.

MM. Büdingen et Geissler seraient portés à voir dans les bains à courants alternatifs une sorte de gymnastique passive ; or, on sait que, d'une façon générale, cette gymnastique exerce une influence très favorable sur le cœur. Il s'en faut cependant que les bains en question puissent être ordonnés indifféremment à tous les cardiopathes : dans 2 cas, les auteurs du présent mémoire les ont vu complètement échouer. Et, de fait, comme ces bains exigent une certaine tension de l'activité cardiaque, ils ne peuvent être utiles qu'aux malades dont le cœur conserve encore assez de force de réserve pour être à même de fournir, sans inconvénients, le travail supplémentaire que sollicitent les courants sinusoïdaux. S'agit-il, par contre, d'un cœur très affaibli et épuisé, les bains seront complètement contre-indiqués, car, en pareille occurrence, ils risquent d'être plus nuisibles qu'utiles. Il en sera à peu près de même dans les cas d'artériosclérose avancée et surtout de sclérose des artères coronaires. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai 1904.) — L. CH.

Deux nouveaux cas de reconstitution du vagin par transplantation de l'anus et du rectum, par M. W. F. Snéguirev.

On fit jadis à l'opération proposée par M. Snéguirev pour remédier aux imperforations du vagin diverses objections, notamment au point de vue du fonctionnement du nouvel anus qui en résulte. Les 2 faits relatés dans le présent travail et l'histoire ultérieure d'une première opérée semblent réfuter ces critiques.

Dans les 2 nouvelles observations de l'auteur, il s'agissait de jeunes femmes, récemment mariées : chez l'une d'elles le coït avait été absolument impossible et chez l'autre il ne s'était accompli qu'au détriment de l'urèthre, qui s'était dilaté au point de permettre l'examen digital de la vessie. Par le palper ou le toucher rectal, on ne sentait ni utérus ni ovaires; il n'y avait aucune perte menstruelle ni vicariante, mais les patientes éprouvaient périodiquement des malaises caractéristiques.

L'opération fut exécutée de la manière suivante : après incision allant de la fourchette à la pointe du sacrum, le coccyx fut extirpé, puis l'anus et le segment attenant du rectum furent disséqués ou décollés jusqu'à environ 7 centimètres 1/2 de l'anus. Le rectum fut alors transversalement sectionné et le segment supérieur attiré dans l'angle postérieur de la plaie où on le sutura à la place du coccyx; quant au segment inférieur, on le ferma en invaginant son extrémité supérieure du côté de la muqueuse, puis on le réduisit en avant du nouveau rectum. Les tissus séparant ce cul-de-sac anorectal du vagin furent alors fendus d'avant en arrière et réséqués, en sorte que le vagin primitif se vit agrandi de toute la profondeur du segment ano-rectal. Au huitième jour, on enleva les sutures; jusque-là, on s'était efforcé de maintenir la constipation.

Les premiers temps, les selles s'échappèrent à l'insu des malades ou sans que celles-ci fussent capables de les retenir, mais au bout de trois semaines ou un mois le rectum redevint continent, grâce aux fibres du releveur de l'anus, au milieu desquelles on avait fait passer le nouvel anus.

Chez la première des opérées de M. Snéguirev, le nouvel état ainsi créé s'est bien maintenu et le coït peut s'exécuter dans l'infundibulum ano-vulvaire. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 juin 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Etudes sur la piroplasmose humaine, par MM. L. B. Wilson et W. M. Chowning.

On se rappelle qu'il a été tout récemment signalé, dans l'Inde d'abord, puis en Tunisie, des cas de piroplasmose humaine (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 408-409 et 1904, p. 35 et 93). Or, depuis 1873, époque à laquelle a commencé la colonisation du Montana, dans l'extrême nord-ouest des Etats-Unis d'Amérique, on connaît l'existence, dans cette région, d'une maladie fébrile à signes caractéristiques et à évolution particulière, qui, d'après MM. Wilson et Chowning, serait également due à un piroplasme : on la désigne sous le nom de *spotted fever* (fièvre pétéchiale), *tick fever* (fièvre à tiques), ou encore sous celui de fièvre noire ou de maladie bleue. Cette affection ayant, au printemps de 1902, présenté une recrudescence épidémique, les auteurs du présent mémoire eurent l'occasion de l'étudier dans son foyer principal, la vallée de la Racine-Amère. Ces recherches furent reprises et complétées par eux l'année suivante.

La maladie survient principalement au printemps : des 126 cas sur lesquels MM. Wilson et Chowning ont pu recueillir des renseignements quelque peu détaillés, le premier a débuté le 17 mars, le dernier le 20 juillet, le plus grand nombre étant survenus pendant la seconde quinzaine de mai et la première de juin.

Assez fréquemment on note, parmi les antécédents immédiats des individus qui en sont atteints, un refroidissement, des troubles digestifs, de la constipation. Mais ces phénomènes sont ordinairement assez peu nets et font même quelquefois entièrement défaut. D'une façon générale, les hommes paraissent plus prédisposés que les femmes; les sujets de vingt à quarante ans semblent particulièrement exposés à contracter l'affection.

La plupart des médecins exerçant dans la vallée de la Racine-Amère ne reconnaissent à la fièvre noire qu'une seule forme clinique, caractérisée par une évolution toujours grave et même le plus souvent fatale. Quelques-uns, cependant, à côté du type précédent, admettent l'existence d'une autre variété où les pétéchies feraient entièrement défaut et qui serait beaucoup moins sévère.

Quoi qu'il en soit, dans les quelques faits où il a été possible de déterminer la durée de la période d'incubation, celle-ci a varié de deux à huit jours.

Quant à la période d'invasion, elle est généralement marquée par plusieurs frissons se succédant à intervalles irréguliers et diminuant progressivement d'intensité. Atteignant quelquefois dès le deuxième jour 39°5 ou 40°, la température monte fréquemment à 42° du cinquième au septième jour. La rémission matutinale est d'ordinaire légère. La mort s'annonce par une chute brusque de la courbe thermométrique : il n'est pas exceptionnel que la température devienne normale ou même inférieure à la normale de dix-huit à vingt-quatre heures avant le décès. Lorsque, ce qui est exceptionnel, le malade doit guérir, la défervescence se fait par lysis, comme dans la fièvre typhoïde; elle débute alors vers la fin du deuxième septénaire, la courbe mettant de deux à quatre semaines pour revenir à la normale.

L'éruption cutanée, qui apparaît de deux à cinq jours après le frisson initial, survient le troisième jour dans la moitié environ des cas. Débutant aux poignets et aux malléoles, ou encore dans le dos, elle se généralise à toute l'étendue des téguments et atteint l'abdomen en dernier lieu. Quelquefois complète dès la douzième heure, elle n'acquiert cependant le plus souvent son maximum qu'à la fin du deuxième jour. Au cuir chevelu, à la paume des mains et à la plante des pieds, elle est fréquemment confluente et parfois on en découvre quelques éléments jusqu'à la face interne des joues.

A l'origine, cette éruption se compose de taches circulaires, de couleur rosée, mesurant de 1 à 5 millimètres de diamètre. Simples macules ne s'élevant pas au-dessus du niveau de la peau, elles s'effacent facilement sous la pression du doigt. Parfois elles présentent une certaine sensibilité au contact. L'aspect qu'affectent ces éléments ne tarde pas à se modifier : leur coloration vire alors au bleu foncé ou au pourpre, et la pression ne suffit plus pour les faire disparaître; ils augmentent en outre de dimension et deviennent confluents, donnant quelquefois à la peau un aspect marbré.

La mort survient le plus souvent du sixième au onzième jour, au milieu de phénomènes d'adynamie générale. Rarement, dans les cas observés par MM. Wilson et Chowning, elle a été le fait de complications, telles que gangrène, hypostase pulmonaire, rhumatisme articulaire; elle constituerait la terminaison des trois quarts des cas environ, du moins au Montana; dans les Etats voisins d'Idaho, de Nevada et de Wyoming, le pronostic paraît quelque peu moins sévère.

A l'autopsie, on ne trouve que des lésions banales d'hémorrhagie et de pigmentation cutanées, avec dégénérescence parenchymateuse aiguë du cœur, de la rate, du foie et du rein.

Au point de vue étiologique, l'alimentation ou l'eau de boisson ne jouent vraisemblablement aucun rôle appréciable. Les auteurs du présent mémoire n'admettent pas non plus que la maladie puisse se transmettre d'un sujet à un autre. Le seul cas où l'on ait pu songer à la possibilité d'une contagion est relatif à un nouveau-né dont la mère était atteinte de *spotted fever* au moment de l'accouchement et qui eut un purpura caractéristique le deuxième jour après sa naissance.

Il est par contre un fait étiologique qui aurait été constaté dans tous les cas bien observés : il consiste dans la morsure de tiques à l'origine de la maladie. MM. Wilson et Chowning estiment que c'est par ces morsures que se fait l'inoculation des hématozoaires qu'ils ont retrouvés dans le sang de leurs malades et qu'ils considèrent comme l'agent pathogène de l'affection. En raison des caractères morphologiques et biologiques que présentent ces parasites, ils ont cru devoir les ranger parmi les piroplasmes et leur ont donné le nom de *Piroplasma hominis*.

En se basant sur les données étiologiques qu'ils ont recueillies, les auteurs proposent, comme moyen propre à empêcher la dissémination de la fièvre pétéchiale, de cautériser à l'acide phénique pur toutes les morsures de tiques. Le traitement qui leur a donné les meilleurs résultats, pour combattre la maladie déclarée, est la quinine à faibles doses, administrée par les diverses voies : buccale, rectale, hypodermique ou intraveineuse. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.) — F. M.

L'usage prolongé de la digitale détermine-t-il une hypertrophie cardiaque? par M. F. B. Wynn.

Partant de ce fait que, dans les affections valvulaires du cœur, l'emploi de la digitale amène souvent une amélioration tant du côté de l'état général qu'en ce qui concerne les troubles cardiaques proprement dits, un certain nombre d'auteurs sont portés à croire que l'usage plus ou moins prolongé de ce médicament est susceptible de déterminer une hypertrophie du cœur. Et, de fait, M. Wynn a eu l'occasion d'observer un cas qui semble, au premier abord, militer en faveur de cette manière de voir.

Il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans, qui, après plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu, finit par présenter les signes caractéristiques d'une insuffisance mitrale, laquelle le rendit absolument incapable de se li-

vrer à aucun travail manuel. Sous l'influence de la digitale, prescrite à dose habituelle, il vit cependant disparaître les œdèmes et la dyspnée, et fut bientôt à même de reprendre son métier. Mais il ne tarda pas à remarquer que les troubles morbides tendaient à réapparaître aussitôt qu'il suspendait la médication. Cela étant, il se décida, sans prendre avis d'un médecin, à continuer l'usage de la digitale à doses toujours croissantes, et procéda de la sorte durant plus de trois ans, en arrivant à absorber, quatre fois par jour, quarante-cinq gouttes de teinture de digitale. Jamais il n'eut de troubles par action accumulative du médicament, et la plupart du temps il fut parfaitement en état de vaquer à ses occupations. Finalement survinrent des troubles de la compensation avec anasarque et dyspnée intense, et le malade succomba. L'autopsie montra un magnifique spécimen de *cœur de bœuf:* le cœur pesait 1,544 grammes et mesurait 24 centimètres de long sur 17 de large et 12 d'épaisseur. La plus grande épaisseur des parois était de 2 millimètres pour l'oreillette droite, de 1 millimètre pour l'oreillette gauche, de 11 millimètres pour le ventricule droit et de 3 centimètres pour le ventricule gauche. Il existait une insuffisance notable de la valvule mitrale.

L'histoire clinique et l'examen nécroscopique semblent indiquer que, dans ce cas, la digitale avait été, tout au moins en partie, responsable de cette énorme hypertrophie du cœur. Toutefois, comme l'insuffisance mitrale est susceptible de déterminer, par elle-même, une hypertrophie cardiaque compensatrice, on peut également supposer que la médication a tout simplement eu pour effet d'améliorer la nutrition du cœur et de favoriser de la sorte l'hypertrophie de cet organe.

Aussi l'auteur a-t-il cherché à élucider le problème par la voie expérimentale : 16 lapins ayant tous à peu près le même poids furent partagés en deux lots, 8 d'entre eux recevant de la teinture de digitale et les 8 autres servant de témoins. L'expérience dura plus de quatre mois, la dose quotidienne du médicament — d'abord de huit gouttes — ayant été progressivement portée, vers la fin du troisième mois, à quatre-vingt-dix gouttes; mais comme, sous l'influence de cette grande quantité de digitale, il se produisit des troubles de la nutrition, la dose journalière fut ensuite ramenée à cinquante gouttes. Le résultat le plus frappant de cette expérience fut une diminution sensible du poids des lapins traités par la digitale : de 26 kilos 155 que pesait le lot de ces animaux avant que l'on eût institué les recherches, le poids global était descendu, à la fin, à 25 kilos 664; or, alimentés de la même façon, les lapins témoins, avaient au contraire augmenté de poids : de 24 kilos 704 au début de l'expérience, leur poids global avait atteint, à la fin, 25 kilos 184; en d'autres termes, ceux-ci avaient gagné 480 grammes, alors que ceux-là en avaient perdu 491. On constatait, d'ailleurs, dans le premier groupe d'autres signes de dénutrition : le poil était devenu moins luisant, l'appétit avait diminué, etc.

Les lapins ayant été sacrifiés, on fut à même de se rendre compte que le poids total des cœurs des animaux soumis à l'action de la digitale était de 77 gr. 76 centigr., tandis que pour les témoins il ne dépassait pas 74 gr. 13 centigrammes : il existait donc une différence de 3 gr. 63 centigr. en faveur du premier lot. Pour si peu considérable que paraisse cette différence, il importe de remarquer qu'en réalité elle est d'autant plus frappante que les animaux de ce premier lot avaient subi une diminution générale du poids du corps, alors que les témoins, chez lesquels le cœur était plus petit, avaient cependant augmenté de poids.

Cela étant, M. Wynn n'hésite pas à conclure que la digitale produit un léger degré d'hypertrophie cardiaque, mais, en ce qui concerne les cardiopathies valvulaires, il lui paraît cependant difficile d'incriminer ce remède dans la production d'hypertrophies accentuées du cœur. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet 1904.) — L. CH.

L'ozène en tant que cause de gastrite, par M. A. Bronner.

On sait que les sujets atteints d'ozène présentent souvent un facies particulier, caractérisé par une pâleur cendrée des téguments, et qu'ils se plaignent d'anorexie et de vomissements survenant surtout le matin. Ces symptômes paraissent dus à la pénétration des sécrétions nasales, éminemment riches en bacilles, dans la cavité gastrique, où ces sécrétions exerceraient une action nocive sur la muqueuse et sur le contenu stomacal. Et, de fait, si même à l'état normal l'acide chlorhydrique contenu dans l'estomac se montre impuissant à détruire tous les microorganismes, à plus forte raison en est-il ainsi dans les cas d'ozène, où, pendant des années, l'estomac reçoit constamment, jour et nuit, du mucus nasal infecté, et cela non seulement pendant les périodes de digestion, lorsqu'il y a abondance d'acide chlorhydrique, mais encore dans l'intervalle des repas, quand rien ne vient troubler la pullulation des microorganismes dans la cavité gastrique. Aussi n'est-il nullement surprenant de constater — comme a eu l'occasion de le faire M. Bronner, en pratiquant, le matin, des lavages de l'estomac chez des sujets atteints d'ozène — que le contenu stomacal est, en pareille occurrence, dans un état très avancé de fermentation et de décomposition. Cela étant, on comprend que l'ozène soit susceptible de déterminer, à la longue, une phlegmasie chronique de la muqueuse gastrique : l'auteur a, en effet, été à même d'observer nombre de malades, qui avaient été traités, longtemps et sans succès, pour des troubles dyspeptiques, lesquels ne tardèrent pas à disparaître aussitôt après la guérison de l'ozène concomitant.

En ce qui concerne le traitement de l'affection nasale, M. Bronner recommande particulièrement la formaline, qui, employée sous forme de pulvérisations ou de douches, empêcherait la formation de croûtes et combattrait la puanteur des sécrétions mieux que n'importe quel autre remède. Dans les cas graves, il a aussi recours à l'acide trichloracétique et au galvanocautère. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juillet 1904.) — L. CH.

L'emploi de caoutchouc et d'acide borique dans le traitement des ulcères variqueux de jambe, par M. W. Scott Schley.

Le procédé particulièrement recommandé par l'auteur pour le traitement des ulcères variqueux de jambe consiste à saupoudrer *larga manu* la plaie d'acide borique finement pulvérisé et à la recouvrir, ensuite, d'une feuille de caoutchouc, qui dépasse les bords de l'ulcération de 2 centim. ½ à 5 centimètres et que l'on maintient par des bandelettes de sparadrap; on applique par-dessus de la gaze hydrophile, en ayant soin de dépasser la feuille caoutchoutée dans les divers sens, et on fixe le tout par quelques tours de bande. Ce pansement ne doit être renouvelé qu'à des intervalles d'au moins cinq jours; habituellement, on peut le laisser en place une semaine, voire même davantage.

Sous l'influence de ce mode de traitement, la cicatrisation de l'ulcère se ferait très rapidement, l'acide borique diminuant et désinfectant les sécrétions de la plaie, en même temps qu'il maintient le bourgeonnement dans les justes limites; de son côté, la feuille de caoutchouc empêche la formation d'une croûte, sous laquelle l'exsudation pourrait continuer à se produire, comme cela a lieu lorsqu'on utilise les poudres antiseptiques sans leur associer l'emploi d'une toile imperméable.

Ajoutons que le même procédé thérapeutique a donné, entre les mains de M. Schley, de bons résultats dans le traitement d'autres ulcérations atones, notamment d'origine tuberculeuse. (*Med. Record*, 4 juin 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Un nouveau procédé pour déterminer la limite inférieure de l'estomac, par M. A. Capua Giuffrè.

Sous le nom de *palpation passive* de l'estomac, l'auteur décrit un procédé d'exploration qui consiste à délimiter cet organe au moyen de la main posée à plat et maintenue immobile sur la région stomacale. Pour pratiquer cette palpation passive, le patient doit être couché, dans la position dorsale, sur un plan résistant et parfaitement horizontal ou, mieux encore, légèrement incliné des pieds vers la tête; un lit ordinaire peut, d'ailleurs, très bien servir à cet effet : si le siège du malade s'enfonce trop dans les matelas, rien n'est plus facile que d'y remédier en glissant un coussin par-dessous. On commence par faire ingérer au patient quelques gorgées d'eau, à moins que son estomac ne contienne déjà du liquide. A l'encontre de ce qui a lieu pour d'autres procédés d'exploration, qui nécessitent la distension de l'estomac par de grandes quantités d'eau, il suffit pour la palpation passive de faire absorber, suivant la capacité et la tonicité de l'estomac, de 50 à 100 grammes de liquide. Il importe même de savoir qu'une trop grande quantité d'eau risque de rendre la délimitation de l'organe moins précise. Aussi M. Giuffrè conseille-t-il de ne donner d'abord qu'une cinquantaine de grammes d'eau et de procéder ensuite à l'examen; si l'on constate que la quantité de liquide ingéré est insuffisante, on en fait prendre encore autant et alors on est sûr de pouvoir mener l'exploration à bonne fin.

Les opérations préliminaires étant terminées, le médecin applique une main à plat sur la portion supérieure gauche de l'abdomen, qui correspond normalement à l'estomac, et, tout en exerçant une légère pression, il la laisse immobile. Il engage ensuite le malade à retenir sa respiration et, en même temps, à contracter brusquement son diaphragme : le liquide contenu dans l'estomac, qui, en raison de la position du patient, s'était porté sur la paroi postéro-inférieure de l'organe et sur la paroi postérieure de sa grosse tubérosité (en rapport direct avec le diaphragme), va, par suite de la brusque secousse du diaphragme, se répandre, en ondulant, du grand cul-de-sac vers la partie la plus basse de la grande courbure de l'estomac. Or, ces ondulations, se transmettant aux parois abdominales, sont parfaitement perçues par la main exploratrice, qui, en restant immobile durant les contractions du diaphragme, est à même d'apprécier exactement jusqu'où arrivent les ondulations en bas et aussi à gauche; en d'autres termes, on parvient de la sorte à préciser à la fois et la limite inférieure de l'organe, et la portion inférieure de sa limite gauche.

Si la main, appliquée comme il vient d'être dit, perçoit les ondulations dans toute son étendue — comme cela a lieu dans les cas de gastrectasie, de mégalogastrie ou de gastroptose —, on la déplace graduellement, en descendant de plus en plus bas jusqu'à ce qu'on arrive à une zone où les ondulations viennent se transmettre exclusivement à la surface palmaire de la main.

Afin que les ondulations du contenu stomacal se succèdent plus rapidement et soient plus nombreuses, il est bon de faire alterner les contractions du diaphragme avec celles des muscles de la paroi abdominale antérieure. Il va sans dire que les unes et les autres sont incompatibles avec la respiration normale; aussi est-il de la plus grande importance de recommander au patient d'arrêter sa respiration dans la phase expiratoire. D'autre part, il n'importe pas moins de maintenir la main immobile sur la paroi abdominale, dont elle doit suivre passivement les excursions : c'est ce qui différencie précisément cette palpation *passive* d'avec la palpation ordinaire.

D'après l'expérience de l'auteur, le procédé en question, qui ne nécessite ni instrumentation d'aucune sorte, ni ingestion de mélanges plus ou moins désagréables, serait très pratique et mériterait même d'être préféré aux méthodes usuelles de délimitation de l'estomac.

Ajoutons que, le cas échéant, il peut faciliter le diagnostic d'atonie gastrique : en pareille occurrence, la plus légère contraction du diaphragme suffirait, en effet, pour déterminer dans le liquide gastrique une onde assez sensible, et l'expérience pourrait réussir avec une quantité minime d'eau (de 20 à 30 grammes). (*Morgagni*, juillet 1904.) — L. CH.

Un cas de rupture traumatique de l'intestin grêle par violence indirecte, par M. A. L. Bonanome.

Déjà rares à la suite des traumatismes portant directement sur la paroi abdominale, les ruptures du tube digestif — celles de l'intestin grêle en particulier — n'auraient jamais été observées comme conséquence d'une violence indirecte de l'abdomen. A cet égard, le fait relaté par M. Bonanome mérite d'être signalé.

Un homme de trente-sept ans, en voulant descendre de la charrette qu'il conduisait, saute — d'une hauteur de 60 centimètres environ — non sur la pointe des pieds, mais sur les talons. Il ressent aussitôt une douleur atroce à l'hypogastre, au point qu'il se sent défaillir; il peut cependant faire à pied 3 kilomètres pour rentrer chez lui et aller de là à l'hôpital. L'examen, une heure et demie après l'accident, montre que l'abdomen est souple, sauf dans la région hypogastrique où la palpation réveille une vive douleur; la défense musculaire est modérée, le tympanisme nul; la température, la fréquence du pouls, celle des respirations sont normales. La nuit se passe bien; il n'y a pas de selles, mais émission de gaz à plusieurs reprises. Le second jour — une trentaine d'heures s'étant écoulées depuis le traumatisme —, la scène change brusquement: le météorisme survient et fait disparaître l'aire de matité hépatique; la défense musculaire augmente; le visage est angoissé, la température monte à 38°, le pouls à 90. Le diagnostic de péritonite s'impose; une laparotomie est aussitôt pratiquée: elle permet de reconnaître une petite déchirure d'une anse de l'intestin grêle, mesurant 4 millimètres de longueur selon l'axe de l'intestin, et siégeant en un point diamétralement opposé à l'insertion mésentérique; le péritoine renferme une minime quantité de liquide séro-purulent contenant des matières fécaloïdes. Après suture de la rupture intestinale par deux plans de sutures séro-musculaires à la Lembert, et soigneuse toilette péritonéale, l'incision est refermée, non sans un triple drainage, par la plaie opératoire et les deux fosses iliaques. Mais l'intoxication de l'organisme était déjà trop profonde, et le patient, malgré d'abondantes injections de sérum artificiel, succombait trois jours après. L'autopsie révéla que la lésion siégeait à 2 m. 75 de la valvule iléo-cæcale.

Il n'est pas facile d'expliquer le mécanisme de la rupture intestinale se produisant en semblable circonstance: l'hypothèse d'éclatement éliminée, car elle ne repose sur aucune base solide, celle de coupure sur une des saillies osseuses de la région (ligne innominée de l'iliaque, promontoire) ne paraissant guère plus vraisemblable, l'auteur se montre disposé à admettre que la rupture peut se produire de dedans en dehors, sous l'influence du choc de la colonne liquide contenue dans l'intestin; mais il est clair que c'est là une simple supposition, dont la preuve reste à faire. (*Policlinico*, partie chir., XI, 4.) — F. F.

Equivalent viscéral chez un épileptique (œdème pulmonaire aigu), par M. U. ALESSI.

L'observation publiée par l'auteur a trait à un homme de cinquante-cinq ans, sujet de longue date à des crises convulsives d'épilepsie et qui fut admis à la clinique psychiatrique de Pise pour un accès de manie épileptique. Quatre jours après son admission, alors que son état mental avait déjà subi une amélioration notable, le malade présenta une crise convulsive, et, le soir suivant, il fut pris brusquement d'un accès dyspnéique, avec cyanose de la face, sensation de suffocation, toux et expectoration fluide, abondante, spumeuse et rougeâtre. A la percussion, on notait de la submatité; à l'auscultation, le murmure vésiculaire paraissait aboli et sur toute l'étendue du poumon on percevait des râles. Le patient resta dans cet état vingt-quatre heures environ; puis, la dyspnée alla en diminuant et, deux jours plus tard, on ne trouvait plus rien d'anormal à l'auscultation. Le malade n'en continua pas moins à délirer et à être en proie à une agitation violente. Au bout de quelques jours, il était complètement remis et, tout en se rendant compte qu'il venait d'échapper à la mort, il était cependant incapable de se rappeler les détails concernant son état.

Depuis lors, un an s'est écoulé, sans que l'on ait eu à enregistrer, chez cet homme, des phénomènes analogues, encore que pendant ce laps de temps il ait eu assez fréquemment des crises convulsives.

M. Alessi estime que l'accès d'œdème pulmonaire aigu a été, dans ce cas, un véritable équivalent épileptique: survenu brusquement et sans cause apparente chez un épileptique avéré, cet accès fut, d'ailleurs, suivi d'un état mental identique à celui que l'on observe à la suite des crises comitiales banales. Tout porte donc à faire admettre cette interprétation du tableau clinique insolite qu'avait présenté le malade en question. Dans les antécédents de celui-ci, on notait, du reste, une pneumonie et plusieurs bronchites: l'appareil respiratoire et les centres correspondants de l'écorce cérébrale se trouvaient, par conséquent, dans une sorte d'infériorité fonctionnelle, qui était de nature à favoriser l'accès.

Ajoutons que si, parmi les équivalents viscéraux de l'épilepsie, on a déjà signalé différents troubles respiratoires, tels qu'accès d'asthme, spasme glottique (asthme thymique), etc., l'auteur n'a, par contre, trouvé dans la littérature médicale aucun cas d'œdème aigu du poumon, susceptible d'être considéré comme équivalent épileptique. (*Clinica moderna*, 1er juin 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Un cas rare d'infection syphilitique (syphilis insontium), par M. N. ROMANOVSKY.

Le chancre du nez constitue une des localisations les plus rares de l'inoculation syphilitique: c'est ainsi que, d'après une statistique de M. Fournier, on n'en compte que 18 cas sur 1,124 chancres extragénitaux, et encore toutes ces observations se rapportent-elles à la muqueuse nasale ou aux ailes du nez. Or, le fait relaté par M. Romanovsky a trait à un chancre de la racine du nez et mérite, par conséquent, d'être signalé en raison de sa singularité.

Il s'agit d'un ouvrier de vingt-neuf ans, qui, au cours d'une lutte avec un camarade, reçut une égratignure, laquelle donna lieu à une légère hémorrhagie. La petite plaie ne tarda pas à se couvrir d'une croûtelette qui se détacha bientôt, et tout paraissait définitivement guéri, lorsque, au bout de trois semaines, le malade remarqua, au même endroit, la présence d'une ulcération. D'abord limitée, cette ulcération se développa rapidement, et, comme elle ne manifestait aucune tendance à la cicatrisation, le patient vint consulter M. Romanovsky. La blessure initiale datait alors d'un mois et demi; quant à l'ulcère, il siégeait du côté gauche de la racine du nez, en dépassant quelque peu la ligne médiane à droite, et présentait environ les dimensions d'une pièce de 1 franc; ses bords, surélevés et hyperémiés, étaient légèrement sclérosés. Les ganglions auriculaires antérieurs du côté gauche étaient fortement tuméfiés et indurés; les ganglions sous-maxillaires du même côté, surtout au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, étaient augmentés de volume au point de former une seule tumeur assez grosse pour attirer l'attention au premier coup d'œil; enfin, les ganglions sus-claviculaires et cervicaux étaient également hypertrophiés. L'aspect de l'ulcération, la tuméfaction ganglionnaire et les commémoratifs firent d'emblée soupçonner l'existence d'une lésion syphilitique. On pouvait, il est vrai, penser aussi à un épithélioma cutané, mais les bords épaissis et infiltrés de la plaie, la présence d'une légère sécrétion purulente, le fond légèrement granuleux de l'ulcération, ainsi que l'âge du patient et le coup qu'il avait reçu, militaient plutôt en faveur de la première hypothèse. Et, de fait, l'évolution ultérieure des accidents confirma pleinement ce diagnostic: trois semaines environ après le premier examen, le malade présenta, sur les flancs et sur les parties latérales du thorax, une roséole typique, en même temps qu'on voyait apparaître chez lui une angine spécifique, une papule ulcérée sur l'amygdale gauche et des plaques muqueuses sur les piliers du même côté. A ce moment, l'adénopathie n'était, du reste, plus limitée aux ganglions avoisinant la lésion primitive, mais s'étendait à toute l'économie; et la palpation dénotait, en particulier, une pléiade inguinale des plus caractéristiques.

Le traitement spécifique par des injections quotidiennes d'une solution de benzoate de mercure à 1 %, ainsi que des badigeonnages de la gorge avec une solution de nitrate d'argent à 20 %, ne tardèrent pas à avoir raison de toutes ces manifestations morbides: la roséole disparut après dix injections, les plaques muqueuses après la vingtième injection, et le chancre fut bientôt complètement cicatrisé. (*Roussk. Vratch*, 10 juillet 1904.) — L. CH.

Idiosyncrasie héréditaire à l'égard de l'alcool, par M. V. AZLETZKY.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, pendant de longues années, une famille dont quatre membres — la mère et trois filles âgées respectivement de vingt-sept, vingt-cinq et vingt ans — ne supportent pas les boissons alcooliques, même à très faibles doses. Les deux autres enfants de la même famille, un fils âgé de trente ans et une fille de quinze ans, sont, par contre, complètement exempts de cette idiosyncrasie héréditaire.

Celle-ci est particulièrement marquée chez la fille puînée, qui, habituellement bien portante, est prise de symptômes très accentués d'intoxication toutes les fois qu'elle essaie d'absorber une gorgée de vin, de bière ou de toute autre boisson fermentée. L'intolérance se manifeste tout d'abord par une sensation de pesanteur dans les membres inférieurs avec vertige et obnubilation de la vue; la fréquence du pouls augmente jusqu'à 120 ou 130 pulsations à la minute; puis on voit apparaître sur la face, le plus souvent au-dessus de l'un ou des deux sourcils ou à la joue, une fine éruption rappelant la roséole et qui ne tarde pas à devenir confluente. Parfois, l'exanthème se montre d'emblée sous la forme d'une ou de plusieurs grosses taches ressemblant à une brûlure au premier degré. La patiente éprouve, d'ailleurs, une sensation de brûlure au niveau de l'éruption et peut préciser le siège de celle-ci sans le secours d'une glace. Au bout d'un quart d'heure environ, l'exanthème commence à pâlir pour s'effacer complètement une dizaine de minutes plus tard, mais la malade se plaint longtemps encore de prostration, de somnolence et de céphalalgie localisée le plus souvent à l'une des deux tempes. Fait curieux, les mêmes phénomènes d'intoxication ont aussi été observés à la suite de frictions du cuir chevelu avec une solution alcoolique de résorcine, qu'un dermatologiste avait ordonnée à la patiente pour combattre la séborrhée.

On comprend combien il importe, dans les cas de ce genre, de s'abstenir de toute prescription médicamenteuse à base d'alcool. (*Voienno-méd. journ.*, juin 1904) — L. CH.

De l'influence des amers sur la digestion gastrique dans différentes affections de l'estomac, par M. M. LIFCHITZ.

La valeur eupeptique des amers ayant souvent été contestée, au cours de ces dernières années (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 332), il nous paraît utile de signaler ici les résultats d'une série de recherches expérimentales et cliniques que M. Lifchitz a instituées chez un certain nombre de malades atteints de différentes affections de l'estomac (gastrite chronique, dyspepsie nerveuse, cancer, etc.) et hospitalisés dans le service de M. Obolensky, à Kharkov.

Considérant l'anorexie comme une des manifestations les plus importantes des maladies de l'appareil gastro-intestinal, l'auteur estime qu'une médication qui a pour effet d'améliorer l'appétit rend par cela même d'excellents services et épargne aux patients nombre de troubles plus ou moins pénibles. En dehors de leur action apéritive, les amers possèdent aussi des propriétés eupeptiques: administrés un quart d'heure ou une demi-heure avant les repas, ils exercent une influence favorable sur la sécrétion d'acide chlorhydrique et sur le pouvoir digestif du suc gastrique, mais cela seulement dans les affections caractérisées surtout par des troubles dyspeptiques avec hypochlorhydrie et où il n'existe pas d'altérations anatomiques profondes de l'estomac. D'autre part, les amers agissent fréquemment aussi sur le pouvoir moteur de l'organe, en l'augmentant quelque peu. Ils restent, par contre, sans le moindre effet sur le pouvoir d'absorption de la muqueuse gastrique.

A l'état très concentré (15 %), les amers se montrent de beaucoup moins efficaces qu'en solutions faiblement concentrées (6.6 %).

On ne constate pas de différence sensible dans les effets des divers amers usuels (les essais de M. Lifchitz ont porté sur le condurango, le colombo, la gentiane, l'absinthe); les préparations de condurango et d'absinthe semblent, toutefois, les plus actives. (*Prakt. Vratch*, 8, 15, 22 et 29 mai 1904.) — L. CH.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital civil de Mustapha (d'Alger). — M. E. VINCENT.

De la talalgie et de son traitement chirurgical.

La douleur du talon, désignée communément sous le nom de *talalgie*, est une affection assez fréquente et assez tenace pour mériter d'être étudiée et connue par tous les praticiens; elle le mérite d'autant plus que, si elle se montre souvent rebelle au traitement médical, elle est susceptible de guérir par une intervention facile dans son exécution, sûre dans ses résultats et à l'abri de toute complication.

C'est loin d'être une maladie exceptionnelle, puisque dans ces dernières années j'en ai observé 9 cas, et vous avez pu voir certains de ces malades, qui ont été soignés dans le service. Ces patients traînaient une existence assez pénible depuis longtemps; ils faisaient partie de cette catégorie de souffreteux qui vivent avec leurs douleurs, découragés de n'avoir obtenu aucun soulagement après s'être adressés aux ressources les plus variées de la médecine, et convaincus d'être presque des infirmes pour qui le temps seul mettra peut-être un terme aux souffrances endurées. Or, conseillés par des médecins bien informés des résultats de l'intervention chirurgicale, ils trouvent rapidement la guérison.

La talalgie a été signalée pour la première fois en 1781 par Swediaur, qui établit en même temps sa relation, ainsi que celle de certaines arthropathies, avec la blennorrhagie; depuis lors, de nombreux auteurs ont précisé la même relation, mais ont en outre démontré que l'algie du talon est parfois sous la dépendance de causes autres que l'infection gonococcique. M. le professeur Duplay a désigné cette affection sous le nom de *pternalgie* ou de bursite sous-calcanéenne; toutefois, comme je vous le dirai bientôt, c'est ainsi fixer à la lésion une localisation trop exclusive; et d'autre part, il est indispensable de préciser le siège du mal, parce que le procédé opératoire est basé sur la notion pathogénique et sur la localisation des lésions.

Au point de vue étiologique, c'est sans conteste la blennorrhagie qui est la cause la plus fréquente de la talalgie; on la retrouve dans l'étiologie de la plupart des individus atteints de cette affection. Ce n'est cependant pas la seule, et on a raison d'incriminer aussi la goutte et surtout le rhumatisme : si dans les 9 cas auxquels je faisais allusion l'infection blennorrhagique existe 7 fois, il y a 2 malades qui n'en présentaient aucune trace. L'un de ces faits, tout récent et que vous vous rappelez sans doute, concerne une femme de quarante-six ans, dont les antécédents montrent la prédisposition héréditaire (mère rhumatisante; une tante maternelle a eu du rhumatisme déformant; un frère et une sœur sont tous deux rhumatisants). La malade elle-même a eu, il y a dix ans, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu portant sur les grandes articulations du côté droit; puis, à trois ou quatre reprises différentes, elle a présenté de nouvelles attaques de rhumatisme, tantôt articulaire, tantôt musculaire. Elle entre dans le service le 3 novembre 1903 pour être opérée d'un fibrome utérin, et nous signale en même temps une douleur intolérable au talon droit; c'est six mois avant l'entrée à l'hôpital, à la suite d'une attaque de rhumatisme, que la talalgie a débuté et s'est développée insensiblement pour devenir atroce comme douleur. Outre cette particularité étiologique, cette observation est intéressante à un autre titre : il s'agit en effet d'une femme, et on a été jusqu'à contester l'existence de la talalgie dans le sexe féminin.

Il est utile, vous disais-je tantôt, de préciser les caractères de la douleur dans la talalgie. En constatant que ce symptôme n'est pas toujours localisé au point où existe la bourse sous-calcanéenne de Lenoir, qu'il est souvent diffus et qu'il s'étend sur les parties latérales, on aura moins de tendance à fixer dans tous les cas le siège du mal dans cette bourse séreuse. Cette douleur n'est pas spontanée; une pression est nécessaire pour l'éveiller, soit que le doigt comprime la région malade, soit que la station debout amène la compression de la région talonnière par le poids du corps. Si l'on recherche le point précis où existe cette sensibilité, on constate qu'elle occupe tantôt le milieu du talon, tantôt l'insertion du tendon d'Achille, d'autres fois les parties latérales de la région calcanéenne, plus fréquemment le côté interne. On n'a pas toujours, dans les observations, relaté avec précision les points douloureux, et l'on se contente de les mentionner vaguement dans la région talonnière. Toutefois, M. Jacquet (1) a établi l'existence de deux points maxima : l'un à l'attache calcanéenne du tendon d'Achille, diffusant plus ou moins haut sur le tendon lui-même; l'autre sous le talon, au niveau des tubérosités calcanéennes, mais rarement limité à ce point et s'étendant plus ou moins vers la plante du pied. Par conséquent, la douleur déborde le plus souvent les limites des bourses séreuses, elle se propage le long des tendons et des aponévroses plantaires, en un mot *elle est ostéo-fibreuse et fibreuse*.

Chez un de nos malades, il était facile de délimiter exactement la zone douloureuse; voici comment s'exprime à ce sujet l'observation recueillie dans le service :

Si sur la face plantaire des pieds on trace une ligne horizontale passant à un travers de doigt en arrière du tubercule du scaphoïde, on limite en avant la zone douloureuse; de là elle s'étend en arrière jusqu'au sommet du talon, remonte sur la face postérieure du calcanéum et du tendon d'Achille sur une étendue de 5 centimètres, suit en dehors le bord externe de la plante des pieds, gagne en dedans la face interne sur une hauteur de 2 centimètres le long de la gouttière calcanéenne. Je puis ajouter, dès maintenant, que, au cours de l'intervention chirurgicale, nous ne constatâmes aucune lésion de la bourse séreuse sous-calcanéenne.

C'est, en effet, à tort qu'à l'exemple de M. Duplay on a localisé d'une façon exclusive le siège de la talalgie dans la bourse séreuse en question. Cette localisation est cependant réelle dans quelques cas; elle est démontrée par les constatations faites au cours d'interventions chirurgicales où l'on a noté l'existence de cette bourse enflammée, distendue par du liquide. Une observation publiée par MM. Brousses et Berthier (2) en fournit un exemple des plus nets; il s'agissait d'un jeune soldat, ancien blennorrhagique, qui était immobilisé dans son lit par une douleur que faisait apparaître la plus légère pression exercée sur le talon gauche et que la simple station debout exagérait au point de faire naître des tendances syncopales. Une dissection lentement faite dans les parties molles du talon permit d'arriver, au travers d'une couche fortement hypertrophiée et constituée par des lobules graisseux, sur une cavité séreuse du volume d'une noisette, distendue par un liquide filant non hématique. C'était la bourse séreuse talonnière, dont la paroi présentait une saillie de dureté ligneuse, ayant la grosseur d'un petit pois. L'examen histologique montra l'existence d'une lésion de névrite interstitielle localisée dans la paroi de la bourse séreuse sous-calcanéenne.

De même, chez le garçon épicier dont il a publié l'observation, M. Duplay (1) a constaté une douleur localisée au talon, apparaissant spontanément dans la station debout, déterminée aussi par la pression sur un point limité, toujours le même, lequel répondait à peu près au milieu du talon. Au cours de l'intervention, on put constater de la façon la plus évidente — avant même d'ouvrir la bourse de Lenoir, et surtout après l'avoir ouverte — que les parois de cette bourse étaient notablement épaissies et comme fibreuses, et que sa face interne avait une coloration rouge. L'ablation de la bourse séreuse amena la guérison.

Pour ma part, je n'ai jamais trouvé de lésions aussi prononcées; 2 fois seulement, sur les 9 cas de ma statistique, j'ai rencontré des lésions de la bourse de Lenoir, et encore étaient-elles minimes : l'ouverture de la séreuse n'a permis de constater que l'écoulement d'une petite quantité de liquide filant.

Le premier de ces 2 faits concerne un homme de trente-trois ans, dont l'observation a été publiée dans la thèse de mon ancien interne, M. Aucaigne (2); en 1889, il contracte une blennorrhagie dont il ne guérit pas, car il présente depuis cette époque une légère goutte chaque matin; de 1891 à 1900, il a plusieurs poussées de rhumatisme articulaire subaigu, en particulier dans les genoux; dès 1891, il a ressenti des douleurs dans les talons, douleurs qui, après diverses alternatives d'aggravation et d'amélioration, ont fini par devenir très vives et permanentes, existant même au repos. Pendant longtemps, divers traitements ont été suivis, mais sans le moindre résultat. J'opère ce malade le 10 avril 1900 : je fais l'anesthésie locale du pied droit par injection de cocaïne dans la région talonnière, après application de la bande d'Esmarch; la bourse de Lenoir est abrasée avec la curette, les masses fibreuses du talon sont ruginées et dissociées jusqu'à l'os. Une incision analogue est pratiquée sur le pied gauche : lorsque le bistouri ouvre la bourse séreuse, il s'échappe un peu de liquide filant. Suture, réunion primitive. Le 3 mai le malade commence à marcher dans la salle, le 23 mai il quitte le service complètement guéri; la guérison s'est maintenue depuis cette époque.

Le second fait a trait à un homme de vingt-neuf ans; atteint d'une blennorrhagie très aiguë en février 1900, il est pris bientôt de violentes douleurs aux talons; il est soumis sans succès pendant un mois à divers traitements médicaux; aussi, sans laisser le mal s'éterniser, accepte-t-il une intervention le 7 mai. J'emploie le procédé habituel : à l'ouverture de la séreuse, un peu de liquide filant s'écoule, mélangé de sang. Réunion immédiate; la douleur pendant la marche a entièrement disparu dès les premiers jours de juin; l'opéré quitte l'hôpital le 15 juin, complètement guéri.

Ces quelques faits indiquent d'une façon assez évidente que la bourse talonnière peut être le siège des lésions qui déterminent la talalgie, mais, j'insiste sur ce point, il n'en est pas ainsi dans tous les cas; la dissection de la région, après application de la bande d'Esmarch, ne fait pas toujours apparaître cette lésion de la bourse séreuse, et il est bien admissible que la cause de la douleur siège en dehors de cette bourse, dans les tissus qui recouvrent le calcanéum; cette supposition est encore fortifiée par les caractères de la douleur qui, je pense vous en avoir convaincus, est loin d'être localisée au niveau de la bourse séreuse, puisqu'on la rencontre plus fréquemment dans le voisinage de celle-ci, alors que la bourse elle-même peut rester indolore.

Je puis vous citer 2 faits personnels où l'opé-

(1) L. JACQUET. De la talalgie blennorrhagique. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 5 mars 1897, p. 345, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 85.)

(2) J. BROUSSES et A. BERTHIER. Notes histologiques et cliniques pour servir à l'histoire de la talalgie. (*Rev. de chir.*, août 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 488.)

(1) S. DUPLAY. Talalgie ou pternalgie (bursite sous-calcanéenne). *in* Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, 1re série, p. 356-365. Paris, 1897.

(2) CH. AUCAIGNE. De la talalgie blennorrhagique et du traitement de cette affection par l'intervention chirurgicale dans les cas chroniques de la forme simple. (*These de Lyon*, 1900, obs. VI.)

ration ne nous permit de découvrir aucune lésion de la bourse de Lenoir; je tiens à vous exposer ces observations avec quelques détails, car elles montrent clairement combien la théorie de M. Duplay est trop exclusive.

Nous recevions naguère dans le service un marin de vingt-neuf ans, qui a toujours joui d'une bonne santé. Il a eu une première blennorrhagie à dix-huit ans, de peu de durée et sans complication; à vingt-quatre ans, il eut une seconde blennorrhagie qui dura quatre à cinq semaines. Un mois après, en marchant, le malade ressent brusquement une douleur dans le talon droit; elle est très bien localisée et n'apparaît qu'au moment où le talon appuie sur le sol; pour l'éviter, cet homme marche sur la pointe du pied. Depuis lors — c'est-à-dire pendant plus de cinq ans —, toutes sortes de médications sont employées sans succès; la douleur persiste, les mouvements de flexion du pied sont difficiles; le pied doit être posé à plat, ce qui rend la marche pénible, surtout pour monter et descendre des escaliers. En arrière de la malléole externe, il existe de l'induration et la pression est douloureuse. Le malade finit par entrer dans nos salles pour y être opéré; une incision talonnière profonde permet de curetter et de détruire la bourse sous-calcanéenne, *que l'on n'aperçoit pas*, et de ruginer et dissocier le tissu fibreux du talon; par une autre incision, la curette détruit la bourse rétro-calcanéenne. Rapidement, le malade obtient une amélioration sérieuse, qui lui permet de marcher, de faire des parcours assez longs, bien qu'il ne puisse pas tout d'abord porter une forte chaussure. Peu à peu cette gêne disparaît et la guérison devient complète.

Dans le second fait, dont vous n'avez sans doute pas perdu le souvenir, car il est tout récent, il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, maçon, pour lequel l'origine de l'infection talonnière est plus difficile à établir, car il n'a jamais eu de blennorrhagie; peut-être est-elle la conséquence d'une affection oculaire : il y a deux ans, cet homme eut mal aux yeux, mais il ignore la nature de ce mal; il sait que ses yeux « coulaient »; toutefois il n'affirme pas que l'écoulement fût purulent; après deux mois et demi, et sous l'influence d'un traitement, ce mal d'yeux était guéri. Quinze jours après, le malade ressentit au niveau du tendon d'Achille droit une vive douleur; celle-ci ne dépassait pas l'insertion du tendon au calcanéum, mais latéralement elle gagnait les tissus environnants sur une étendue d'un travers de doigt et s'accompagnait de tuméfaction de la région. Localisée d'abord au tendon de la jambe droite, la douleur passa bientôt du côté gauche et obligea le patient à garder le lit; quant aux talons, ils étaient alors parfaitement indolores. Il entra à l'hôpital d'Alexandrie où, devant l'inefficacité du traitement médical, il fut opéré en août 1902; des incisions parallèles furent pratiquées le long du tendon d'Achille et l'intervention, sur laquelle nous n'avons pas de renseignements précis, amena une résolution parfaite des phénomènes douloureux et permit au malade de reprendre son travail.

Toutefois, cette guérison ne devait pas être définitive. En septembre 1903, ce malade sentit ses pieds plus lourds que d'habitude; la marche fut plus gênée, puis, au bout de quelques jours, il éprouva aux deux talons une douleur intense; le repos l'apaisa, mais, dès qu'il voulut marcher, elle réapparut aussi vive et accompagnée de gonflement au niveau de la face interne du cou-de-pied; comme son état ne s'améliorait pas, cet homme entra dans nos salles le 8 novembre 1903. A ce moment, on constate que la douleur disparaît au repos, mais elle est assez intense dans la station debout pour empêcher tout travail; elle est réveillée par la pression au point d'être intolérable, elle occupe toute la région talonnière et empiète sur les face interne et externe du cou-de-pied. On note également un léger affaissement de la voûte plantaire et un certain degré de valgus. On pratique des injections de salicylate de soude au niveau des zones douloureuses; il y a d'abord un semblant d'amélioration qui ne se confirme pas; aussi une intervention demandée par le malade est-elle pratiquée le 15 janvier 1904. J'incise profondément jusqu'à l'os la face plantaire des deux pieds sur une étendue de 6 centimètres dans la région talonnière : destruction des bourses séreuses, hersage et curettage du tissu fibreux jusqu'au calcanéum, suture. La réunion est obtenue sans incident; l'amélioration se manifeste après la cicatrisation; elle s'accentue de plus en plus et un mois et demi après l'intervention le malade peut marcher sans éprouver de souffrance.

Cette localisation des lésions en dehors de la bourse sous-calcanéenne a été reconnue dès 1897 par M. Jacquet qui, dans la talalgie blennorrhagique, croit à une lésion ostéo-fibreuse avec prédominance sur le tissu fibreux dans certains cas, avec ostéite dans d'autres; à l'appui de la nature osseuse de la talalgie blennorrhagique, il a fourni une pièce provenant d'un malade chez qui le diagnostic de calcanéite ossifiante, fait pendant la vie, put être vérifié après la mort : « Sur ce calcanéum il y avait une hyperostose évidente au niveau de l'attache du tendon d'Achille et de la facette lisse et cartilagineuse qui lui fait suite; les faces latérales, surtout l'externe, étaient hyperostosées; enfin la tubérosité inféro-externe était anormalement développée et la douleur sous-calcanéenne des talalgiques trouvait là, elle aussi, un substratum anatomique positif. » Quant à la talalgie non déformante, sans hyperostose apparente, elle proviendrait de lésions des tendons, des aponévroses et du tissu fibreux de la région; ce serait le premier degré de la talalgie hyperostosante, et elle « dépendrait de la même cause : le rhumatisme ostéo-fibreux avec un travail d'ossification encore inappréciable ».

Au total, il y aurait donc trois formes de talalgie, à savoir l'hygroma de la bourse séreuse, la forme ossifiante avec hyperostose marquée surtout aux insertions ostéo-fibreuses du calcanéum, et la forme non déformante, qui est la talalgie vulgaire.

Quelle que soit du reste la forme de la talalgie, elle s'accompagne d'une névrite dont l'origine peut être centrale ou périphérique; les constatations faites par M. Brousses — qui a trouvé dans un cas la bourse calcanéenne épaissie, et à son intérieur un corps riziforme dont l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un névrome fasciculé — et par MM. Brousses et Berthier, qui notèrent, dans le cas que je vous citais tantôt, une bourse séreuse talonnière du volume d'une noisette, distendue par un liquide filant non hématique, dont la paroi renfermait un filet nerveux atteint de névrite interstitielle, ces constatations prouvent bien qu'il en est ainsi. De plus, les résultats de l'intervention chirurgicale tendent à faire admettre également l'existence d'une névrite périphérique.

Il est d'ailleurs assez facile de comprendre le développement des lésions variées observées dans la talalgie : elles sont dues à l'action des toxines, sécrétées le plus souvent par le gonocoque et quelquefois par d'autres agents infectieux, sur les tissus qui constituent la région talonnière. Ces toxines ont une action irritative locale; tantôt elles déterminent un hygroma des bourses séreuses rétro et sous-calcanéenne, soit simple, soit avec névrite des filets nerveux de leurs parois, tantôt elles agissent sur le tissu ostéo-fibreux suivant la conception de M. Jacquet; c'est à amener la disparition de ces toxines et des lésions de névrite qui en sont la conséquence que doivent tendre les efforts de la thérapeutique.

Celle-ci sera d'abord médicale (repos prolongé au lit, pointes de feu répétées sur la colonne vertébrale, hydrothérapie, massage local, bains d'air chaud, etc.), et ne négligera pas le traitement de la cause, telle que l'écoulement s'il y a blennorrhagie ou le rhumatisme s'il existe.

Ces moyens permettent de guérir un certain nombre de talalgiques; fréquemment, ils ne feront que les soulager; la récidive guettera beaucoup de ces malades; M. Jacquet en fait l'aveu sincère : « Après un mois de traitement en moyenne, dit-il, les trois malades que je vous présente ont une allure presque normale, mais je suis persuadé que, s'ils reprenaient dès maintenant leur travail, la récidive pourrait survenir. »

J'ai suivi quelques-uns de ces talalgiques qui s'étaient adressés en vain et pendant longtemps aux procédés médicaux. Laissez-moi vous rappeler l'histoire très instructive de l'un d'eux. Il s'agit d'un magistrat d'une trentaine d'années, que ses occupations n'obligeaient ni à la fatigue ni à la station debout. Bien constitué, sans tare de syphilis ni d'alcoolisme, sans aucun antécédent nerveux héréditaire ou personnel, il avait eu deux ans auparavant une blennorrhagie très virulente, de longue durée, mais qui était complètement guérie au moment où j'examinai ce malade. Depuis la même époque à peu près, il souffre, aux genoux, et surtout aux pieds, de douleurs très vives qui gênent considérablement la station debout et la marche. Au repos la douleur est à peu près nulle; elle se révèle à la pression au niveau du tendon rotulien, mais surtout au niveau des tendons d'Achille et à la partie postéro-inférieure du calcanéum. L'impotence est presque complète; cet homme ne peut plus continuer à assurer les fonctions publiques qu'il occupe; il a dû se faire mettre en congé à plusieurs reprises et actuellement il songe, dans son découragement, à offrir sa démission. Il a suivi ponctuellement, en France et en Algérie, tous les traitements qui lui ont été prescrits : immobilisation prolongée au lit, appareils silicatés des membres inférieurs pendant deux mois, révulsion sous toutes ses formes (bains de vapeur, massage, frictions, teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu), médicaments tels que quinine, salicylate de soude, antipyrine, alcalins, iodures, etc. Devant l'impuissance de ces médications, mon collègue M. Moreau se demande si une intervention chirurgicale n'aurait pas plus d'efficacité et me prie de lui donner un avis à ce sujet. Nous avons pensé que ce malade avait montré assez de ténacité dans l'usage des moyens médicaux, que la faillite de ces médications devait être considérée comme complète et définitive et que l'action chirurgicale s'imposait. Quel en serait le résultat, je n'avais pas à ce moment de documents pour l'apprécier, mais l'intervention ne pouvait pas aggraver la situation. L'événement prouva que cette résolution était bonne, puisque, un mois après le curettage des bourses séreuses rétro et sous-calcanéennes et de tout le tissu fibreux de la région talonnière, la marche était possible sans la moindre douleur, et que ce résultat parfait s'est maintenu depuis lors.

Les quelques observations que je vous ai relatées me paraissent démonstratives; elles forment un faisceau de preuves en faveur de l'efficacité du traitement chirurgical; celui-ci, pour être complet, doit agir non seulement sur la bourse séreuse talonnière, mais encore sur le tissu fibreux qui forme une couche épaisse au niveau de la face inférieure du calcanéum; le bistouri, la curette, voire la rugine, contribuent à abraser la séreuse du talon, et à dissocier, herser, supprimer même une partie des masses fibreuses de la région. Il me paraît inutile d'insister sur le procédé opératoire dont la simplicité est extrême : l'anesthésie locale suffit; après application de la bande d'Esmarch, une incision longitudinale de six centimètres environ, pénétrant jusqu'à l'os, est pratiquée dans

la région du talon ; la curette racle tout ce qui se présente entre la peau et la couche fibreuse du calcanéum, de façon à détruire la bourse séreuse, malade ou non en apparence ; puis le tissu fibreux lui-même est ruginé, lacéré, hersé, abrasé en partie, attaqué jusqu'aux insertions à l'os ; les téguments sont rapprochés par des points de suture et la réunion s'obtient par première intention.

Que ce procédé facilite la disparition des toxines agglomérées dans les tissus ou qu'il modifie et détruise les filets nerveux atteints de névrite, le résultat définitif est net, puisque, sans faire courir le moindre risque à l'opéré, la guérison, même des formes les plus tenaces, est obtenue en peu de temps.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De l'action asthmatogène des poussières provenant de certains sols argilo-calcaires géologiquement définis, par M. MOLLE.

On connaît bien les influences climatiques et saisonnières qui interviennent dans l'apparition des accès d'asthme. Certains auteurs ont même reconnu que des localités sont en quelque sorte des « places asthmatiques » où tel prédisposé ne peut séjourner sans être pris de paroxysmes dyspnéiques. Mais quel est le mode d'action de ces facteurs météorologiques et géographiques ? A cette question, M. Molle répond en faisant intervenir la constitution géologique du sol, par suite la nature des poussières propres à chaque région. Et, de fait, cette mise en cause des poussières rend compte de bien des particularités étranges de l'histoire de l'asthme : si beaucoup d'asthmatiques redoutent la saison chaude et les climats chauds, n'est-ce point à cause de la sécheresse qui rend le sol pulvérulent ? S'ils craignent les lieux élevés, exposés au vent, ne serait-ce pas parce que les poussières y sont plus aisément soulevées que dans les lieux bas et abrités ? S'ils se trouvent mieux du séjour dans l'atmosphère enfumée des villes, n'est-ce pas en raison des poussières que les routes de campagne fournissent abondamment ? Enfin, s'il est des localités qui sont de véritables « places asthmatiques », n'est-il pas naturel d'incriminer, comme le fait l'auteur, la nature des poussières, dépendant elle-même de la constitution géologique du sol ?

Ce sont là des arguments *de probabilité*, pourrait-on dire ; M. Molle leur ajoute des faits d'observation directement démonstratifs, qui lui permettent d'incriminer exclusivement les poussières fines d'argile pure, ou kaolin, dont on connaît d'ailleurs les propriétés irritantes sur le poumon (pneumokoniose des porcelainiers). Toutefois, les roches strictement argileuses ne fournissant pas de poussières, en raison de leur nature compacte, ce sont les roches argilo-calcaires renfermant de 15 à 20 % d'argile qui sont ici seules en cause, et cela d'autant plus que ces roches, dans les régions où elles existent, sont largement mises à contribution pour l'empierrement des routes. Tel est particulièrement le cas de la petite ville d'Aubenas (Ardèche), lieu de résidence de M. Molle.

Voici, en résumé, les 3 faits que l'auteur relate à l'appui de ces considérations :

Un homme de trente-deux ans, indemne de tout accident pulmonaire tant qu'il a habité dans l'Ain (routes empierrées avec des cailloux granitiques), puis à Lyon, puis dans l'Isère (calcaire pur, non marneux), est pris d'accès d'asthme dès qu'il s'installe à Aubenas ; il change de résidence et va habiter au Puy (granites et basalte) et les crises disparaissent ; mais elles font un retour offensif quand cet homme reçoit son mobilier, qui arrive d'Aubenas, couvert d'une épaisse couche de poussière.

Une jeune femme, originaire d'Aubenas, où elle a habité jusqu'à son mariage, était sujette, en dépit des précautions les plus minutieuses, à de fréquents accès d'asthme ayant débuté à la puberté ; elle s'en débarrasse en allant résider à Saint-Etienne (sol formé de grès), mais est reprise chaque fois qu'elle retourne à Aubenas, ou va à Nîmes et à Avignon, toutes villes à sous-sol argilo-calcaire.

Enfin un homme, asthmatique confirmé, que ses occupations forçaient à aller assez fréquemment à Aubenas, subissait régulièrement un retour offensif de sa maladie, encore qu'il eût soin, pour éviter tout refroidissement, de faire ses voyages pendant la belle saison : du jour où, sur le conseil de M. Molle, il adopta la pratique inverse, de façon à faire coïncider ses voyages avec la saison humide, il fut débarrassé de tout accident. Fait curieux : cet homme se rendit à plusieurs reprises dans une manufacture de pipes située près de sa résidence — laquelle est en pays granitique —, et à chacune de ces visites, où il était exposé à respirer les poussières de terre à porcelaine, il fut repris de ses malaises habituels.

Quelle que soit du reste l'importance des poussières argileuses sur la détermination des accès d'asthme, il est clair qu'il ne s'agit là que d'une cause occasionnelle, provocatrice des paroxysmes, et que la prédisposition demeure comme la base étiologique de l'affection elle-même. (*Loire méd.*, 15 juin 1904.) — F. F.

De la température du nourrisson dans ses rapports avec la menstruation de la nourrice, par M. E. WEILL.

Au cours de recherches sur les facteurs susceptibles de modifier la température du nourrisson, l'auteur a été amené à étudier l'influence qu'exerce à ce point de vue la menstruation de la nourrice. Toute condition anormale du nourrisson dénaturant les conditions de l'expérimentation, il est indispensable de ne tenir compte que des courbes thermiques provenant d'enfants bien portants. M. Weill a pu recueillir 2 observations remplissant ce desideratum.

Chez l'un de ces enfants — un nourrisson de trois mois et demi —, le tracé thermique figurait un véritable plateau, sans différence du matin au soir. Pendant les quatre mois de séjour que cet enfant fit à l'hôpital, sa nourrice eut trois fois ses règles. Or, à chaque fois, la température de l'enfant présenta des oscillations évidentes, bien que légères, puisque le plus grand écart fut de 0°6. Il est remarquable que, les règles de la nourrice ayant manqué un mois, la courbe thermique du nourrisson offrit à l'époque correspondante une uniformité parfaite, sans aucune irrégularité.

La seconde observation, qui a trait à un enfant de trente-six jours, est entièrement confirmative de la précédente : ici encore, le tracé thermique, en plateau d'ailleurs, présenta, au moment des règles de la nourrice, des oscillations de 0°3 ou 0°4.

La modification thermique du nourrisson pendant la période menstruelle de la nourrice semble indiquer une altération dans la composition du lait. Bien que la nature de cette modification n'ait pu être chimiquement déterminée, il paraît vraisemblable qu'il s'agit d'une substance toxique éliminée avec le lait.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, cette influence perturbatrice est de peu d'importance ; elle ne saurait entraver le développement normal du nourrisson que dans le cas où la nourrice aurait des règles abondantes, prolongées ou de fréquence anormale. (*Lyon méd.*, 26 juin 1904.) — F. M.

De la perforation des ulcères de la petite courbure, par MM. VILLARD et PINATELLE.

On ne tient peut-être pas suffisamment compte, dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac, du siège de la lésion, au point de vue des modifications de la technique opératoire qui en découlent. C'est ainsi que MM. Villard et Pinatelle ont eu l'occasion, dans 2 cas de perforation de la petite courbure, d'employer un procédé particulier, propre à la région, sur lequel ils attirent l'attention.

La perforation des ulcères gastriques s'observe au niveau de la petite courbure dans un tiers des cas seulement, malgré le nombre considérable d'ulcères groupés dans cette étroite région ; sa situation élevée, sa fixité et surtout l'existence fréquente d'adhérences expliquent d'ailleurs cette immunité relative.

Au point de vue du traitement, on devra toujours, quand cela sera possible, chercher à suturer la perforation, malgré le siège profond de l'ulcère, mais il est des cas où il faudra renoncer à tenter cette suture, soit à cause des adhérences périphériques, qu'il convient de respecter et qui rendraient parfois difficile et dangereuse la recherche de la perforation, soit en raison de l'étendue ou de la friabilité des bords de la perte de substance. On devra se contenter alors d'un cloisonnement protecteur, qui donne d'excellents résultats comme en témoignent les 2 observations de MM. Villard et Pinatelle :

Chez un homme de trente-cinq ans, atteint d'une perforation d'un ulcère de la petite courbure, le premier de ces auteurs, dans l'impossibilité de faire la suture, à cause de la friabilité des tissus, songea à créer une barrière inférieure à l'écoulement du liquide septique, en suturant la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale. Par ce procédé, on détermine la création de deux poches, bien isolées l'une de l'autre ; la supérieure est formée par le foyer de périgastrite avec la perforation stomacale ; l'inférieure correspond à la grande cavité abdominale. On draine la poche supérieure avec un gros drain et des mèches de gaze ; dans la poche inférieure on place un tamponnement à la Mikulicz pour immobiliser et agglutiner les anses intestinales.

Dans le second cas, relatif à un homme de cinquante-neuf ans, M. Villard, n'ayant pas trouvé la perforation, renonça à la rechercher, en raison des adhérences péripyloriques et de l'état général du malade, et se contenta de créer une large « cheminée d'appel » au moyen d'un drain poussé dans la direction de la perforation, en fermant d'autre part vers le bas l'étage sous-ombilical du péritoine à l'aide d'une cloison transversale de gaze insinuée entre la paroi abdominale et l'estomac. (*Rev. de chir.*, mai, juin et juillet 1904.) — M. C.

Sur la bactériologie et la pathogénie de la gangrène infectieuse disséminée de la peau chez les enfants, par M. B. AUCHÉ.

La pathogénie de la gangrène infectieuse disséminée de la peau, malgré les travaux assez nombreux auxquels elle a donné lieu dans ces derniers temps, est encore loin d'être définitivement élucidée. Or, dans 3 cas que M. Auché a eu l'occasion d'observer et d'étudier, le staphylocoque doré — auquel la majorité des auteurs semblent d'ailleurs disposés à attribuer un rôle prédominant — existait seul au niveau des lésions *simples* de la peau. Les propriétés pathogènes du microbe isolé par M. Auché étaient, cependant, quelque peu différentes suivant le malade dont il provenait : celui qui a été isolé chez le premier patient était nettement pyogène pour les animaux ; dans les 2 autres cas, au contraire, le microorganisme donnait primitivement naissance à des lésions de sphacèle cutané, la suppuration ne se produisant que consécutivement, au moment de l'élimination de l'eschare.

Si, dans les vésico-pustules et les pustules non rompues, ainsi que dans les abcès cutanés et sous-cutanés, le staphylocoque doré existait à l'état de pureté, il était, dans les lésions gangreneuses, toujours associé à d'autres agents microbiens (colibacille, bacille diphtérique, streptocoque). Ces derniers étaient, du reste, à peu près dépourvus de virulence et parfaitement incapables de déterminer une suppuration ou une eschare.

Dans aucun cas, l'auteur n'a pu isoler les microbes strictement anaérobies auxquels certains bactériologistes (Veillon et Hallé) ont voulu faire jouer un rôle primordial dans la pathogénie de la gangrène infectieuse disséminée de la peau. Pour M. Auché, le staphylocoque doré, même aidé du colibacille, du bacille diphtérique et du streptocoque, ne serait susceptible de produire de lésions gangreneuses qu'en évoluant sur un terrain spécial, cachectique ou débilité par une cause quelconque. La gangrène infectieuse disséminée de la peau ne serait donc nullement une entité morbide, reconnaissant une origine spécifique (*Bacillus racemosus*, bacille diphtérique en symbiose polymicrobienne), mais un simple complexus clinique produit par le développement, sur un organisme prédisposé, de microbes ou d'associations microbiennes de nature variable. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 juin 1904.) — F. M.

Deux cas d'ossification du cristallin,
par M. E. Aubineau.

La possibilité d'une ossification du cristallin, longtemps contestée, est cependant reconnue par la majorité des auteurs. Les faits authentiques en sont, néanmoins, encore assez rares; aussi nous semble-t-il intéressant de signaler les 2 cas que M. Aubineau a récemment eu l'occasion d'observer.

L'un de ces faits a trait à un homme de cinquante-quatre ans, chez lequel on dut pratiquer l'énucléation de l'œil en raison de phénomènes d'irido-cyclite et de douleurs intolérables, survenus à la suite d'une plaie de la région ciliaire par éclat de fer. L'attention fut attirée sur l'état particulier de l'œil par ce que, pendant l'opération, les ciseaux butèrent sur un corps dur insolite, au moment de couper le nerf optique, en même temps que l'on incisait la sclérotique ectasiée à ce niveau. A l'examen du globe, on constata l'existence d'une coque osseuse épaisse, occupant tout l'hémisphère postérieur et se continuant en avant, par l'intermédiaire d'une membrane, avec une plaque osseuse orientée verticalement et correspondant au cristallin. La coque, qui pesait 0 gr. 50 centigr., présentait sur sa surface externe de nombreux prolongements vasculaires par lesquels elle adhérait intimement à la choroïde; son sommet était percé d'un orifice livrant passage au nerf optique. La plaque, épaisse de 3 à 4 millimètres, était, par sa périphérie, en connexion étroite avec les procès ciliaires: c'était donc bien le cristallin.

Le second cas relaté par l'auteur concerne un jeune homme de dix-huit ans, chez lequel l'exentération fut pratiquée pour une phtisie ancienne du globe, en vue de faciliter le port d'un œil artificiel. Les ciseaux touchèrent, au moment de l'ablation de la cornée, un corps dur que l'on reconnut pour le cristallin. Celui-ci, très adhérent par sa périphérie et surtout par sa face postérieure, dut être arraché de force avec une pince à griffes. Sa face antérieure présentait sa convexité habituelle, mais la portion inférieure en était légèrement tronquée. La face postérieure, plane, adhérait par toute son étendue à une membrane molle, richement vascularisée et pigmentée, par laquelle pénétraient les vaisseaux destinés à nourrir le cristallin.

La nature osseuse des pièces recueillies chez ces 2 malades fut mise hors de doute par l'examen microscopique pratiqué selon les procédés usuels. L'ossification avait eu lieu par transformation lente du tissu conjonctif en présence de nombreux vaisseaux néoformés. Pour le cristallin, elle s'était vraisemblablement effectuée, dans les 2 cas, par voie indirecte, le tissu propre de l'organe ayant dû préalablement se changer en un tissu conjonctivo-vasculaire.

Au point de vue pronostique, la présence des formations osseuses intra-oculaires, que l'on considère généralement comme une cause constante d'irritation, susceptible de provoquer une ophtalmie sympathique, n'offrirait par elle-même aucun danger, puisque, dans l'un des cas de M. Aubineau, le moignon était tout à fait indolore, et que dans l'autre il suffit d'une injection sous-conjonctivale de sublimé pour faire disparaître les douleurs pendant plusieurs années; mais ces formations témoignent d'une iridocyclite ancienne, et c'est du fait de cette affection que peuvent surgir des complications. (*Gaz. méd. de Nantes*, 21 mai 1904.) — F. M.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Les exanthèmes mercuriels et l'idiosyncrasie hydrargyrique, par M. E. Tomasczewski.

De toutes les substances médicamenteuses, le mercure est celle qui détermine les éruptions cutanées les plus fréquentes et les plus variées : abstraction faite de l'acné mercurielle et des dermatites éphémères consécutives aux frictions hydrargyriques, lesquelles sont dues à une irritation mécanique des follicules pileux, le mercure est susceptible de provoquer, quels que soient la préparation employée et le mode d'application, de véritables exanthèmes médicamenteux. Ceux-ci surviennent subitement, d'une façon inattendue, soit disséminés, soit en placards, sans localisation anatomique ou fonctionnelle apparente. Parfois c'est un érythème, dont l'intensité varie depuis la simple rougeur de la peau jusqu'à l'infiltration séreuse des couches cutanées superficielles, avec sensation de chaleur ou de brûlure, donnant lieu à une desquamation épidermique ou même à la formation de bulles pouvant devenir le point de départ d'excoriations étendues. Dans d'autres cas, il s'agit d'efflorescences maculeuses ou franchement papuleuses, plus rarement bulleuses ou hémorrhagiques. Les ongles et les cheveux sont aussi quelquefois atteints; ceux-ci tombent, ceux-là se fendillent, deviennent cassants et rugueux, ou finissent même par se détacher. La muqueuse buccale peut également être le siège d'une éruption, sous forme soit de petites taches, de vésicules, d'ecchymoses, soit de grandes plaques analogues à celles que l'on observe dans l'érythème polymorphe. Il en est de même des conjonctives, des muqueuses du nez, du larynx, des bronches et du tube digestif.

Toutes ces éruptions sont quelquefois accompagnées d'un mouvement fébrile plus ou moins accentué, si bien qu'on a tous les éléments d'une affection aiguë de nature à en imposer pour un exanthème infectieux. Et, de fait, M. Tomasczewski a observé un cas d'éruption mercurielle simulant si parfaitement la rougeole, que le diagnostic ne fut possible que lorsqu'une seconde injection de salicylate de mercure eût provoqué l'apparition de manifestations identiques. Dans d'autres cas, on a confondu les exanthèmes mercuriels avec la scarlatine, l'érysipèle, l'érythème polymorphe, le purpura, l'urticaire, voire avec le pemphigus vulgaire.

Le diagnostic est souvent très difficile, parfois même impossible. La teinte rouge violacé des efflorescences est cependant un symptôme de valeur. Si l'on sait que le malade faisait usage de préparations mercurielles au moment où les accidents ont apparu, et si ceux-ci disparaissent rapidement quand on suspend l'emploi du médicament, on a là un indice précieux; il faut néanmoins se rappeler que les exanthèmes mercuriels peuvent résister assez longtemps. Le signe le plus caractéristique est constitué par le retour des accidents dès qu'on reprend la médication.

L'idiosyncrasie hydrargyrique se manifeste parfois après l'absorption de doses très faibles de mercure. Il ne s'agit pas là d'une susceptibilité particulière de l'organisme tout entier, mais bien de l'« impressionnabilité » de tel ou tel organe. Dans la majorité des cas, l'intolérance pour le mercure se traduit par une éruption cutanée, et cette éruption est produite non seulement par les frictions, mais aussi par les injections ou l'ingestion de pilules. Ailleurs, ce sont les muqueuses — en particulier celles de la bouche, du tube gastro-intestinal — ou les reins qui sont intéressés, tandis que la peau reste intacte.

Un point intéressant, mais encore obscur, concerne la polynévrite hydrargyrique : il paraît établi qu'une polynévrite peut survenir, au cours d'un traitement mercuriel, après l'emploi de très faibles doses de mercure, de sorte que l'on est autorisé à considérer ces faits comme relevant d'une véritable idiosyncrasie. La salivation et la fièvre apparaissant à la suite d'applications mercurielles peuvent aussi, jusqu'à un certain point, être attribuées à l'idiosyncrasie d'un organe spécial à l'égard du mercure : on voit parfois une salivation intense se produire quelques minutes après la première application mercurielle, si bien qu'on ne saurait incriminer l'irritation directe des éléments glandulaires par le médicament. Aussi M. Tomasczewski croit-il que la salivation précoce, non accompagnée de stomatite, est due à une irritabilité particulière de certains nerfs sécrétoires.

La prédisposition d'un organe déterminé se manifeste d'une façon évidente à l'occasion des rechutes : c'est toujours le même organe qui est atteint. Mais cette idiosyncrasie peut être combattue par l'accoutumance : tel sujet dont la peau ne supporte pas le mercure tolère ce médicament sous forme de pilules; plus tard, il supportera les injections et peu à peu il en viendra à tolérer l'application d'un emplâtre mercuriel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.) — A. J.

Rupture traumatique sous-cutanée du canal cholédoque, par M. R. Stierlin.

Les ruptures traumatiques des voies biliaires ont fait l'objet de plusieurs travaux récents, parmi lesquels il y a lieu de rappeler celui de M. Lewerenz (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 87), et l'on connaît aujourd'hui, par l'analyse de faits assez nombreux, leur évolution, leur symptomatologie ordinaire, et aussi les indications opératoires qui en découlent. M. Stierlin a repris l'étude de cette question, en la limitant aux ruptures du canal cholédoque; sans le suivre dans cette « revision », nous résumerons l'observation personnelle qui lui sert de point de départ: bien que l'issue ait été malheureuse, l'intervention est d'autant plus intéressante qu'elle a permis de découvrir, cinq semaines environ après l'accident, la rupture du cholédoque et d'explorer le canal par le cathétérisme, au-dessus et au-dessous.

Il s'agit d'un enfant de vingt mois, renversé par une voiture dont une roue lui avait passé sur le ventre. Aucun accident grave ne s'était tout d'abord manifesté, mais le petit blessé était resté souffrant, vomissait de temps en temps et avait de la fièvre. Trois semaines après le traumatisme survint un léger ictère; et, déjà, la mère avait remarqué la coloration grisâtre des matières fécales. De plus, le ventre grossissait, et l'on y décelait sans peine un épanchement liquide libre : on fit une ponction qui donna issue à un liquide de couleur bilieuse très foncée. L'enfant fut alors envoyé à l'hôpital cantonal de Winterthur : il était très amaigri, très pâle; l'ictère n'existait plus, mais les fèces restaient décolorées. Une nouvelle ponction ramena le même liquide, brunâtre, trouble, contenant en abondance des matières colorantes et des acides biliaires. La décoloration permanente des selles fit conclure à une rupture du canal cholédoque, et l'on prit le parti d'intervenir, bien que la faiblesse du petit malade restreignît beaucoup les chances de succès.

La laparotomie fut faite sur le milieu du muscle droit, à droite; on tomba dans un foyer, d'où s'échappa une grande quantité du liquide décrit plus haut, et que circonscrivaient les viscères voisins, recouverts de fausses membranes et réunis en paquet. On s'assura que la vésicule et le cystique étaient indemnes, et, peu à peu, l'on se créa une voie jusqu'au hile, où les dépôts fibrineux devenaient plus denses encore. Finalement, après avoir abaissé et légèrement inversé la première portion du duodénum, on parvint à la déchirure du cholédoque. « C'était, dit l'auteur, une perte de substance de 2 millimètres de diamètre, ayant la forme d'un ovale allongé, et siégeant sur le segment inférieur du canal, à peu près au point où il passe derrière le duodénum. » La solution de continuité n'était pas totale, semblait-il, et, en arrière, il restait un pont étroit de paroi; il fut aisé de cathétériser le bout supérieur, après avoir pratiqué une fente complémentaire de 2 à 3 millimètres, mais, par en bas, il fut impossible de pénétrer, et l'extrémité duodénale parut être totalement oblitérée ou obstruée. Aussi M. Stierlin ne crut-il pas devoir se contenter de laisser un tamponnement : il lia le canal cholédoque, au-dessus du point rompu, et pratiqua une cholécystentérostomie, en abouchant la vésicule dans le duodénum. L'opération avait duré une heure et demie; le petit malade succomba dans la nuit. A l'autopsie, on ne réussit pas davantage à trouver la portion terminale du cholédoque ni l'ampoule.

Peut-être, à une période plus rapprochée du traumatisme, l'intervention eût-elle été heureuse; et, comme le fait remarquer l'auteur, cette intervention précoce s'impose, lorsqu'on a lieu de supposer une rupture du cholédoque ou de l'hépatique, car, dans ces conditions, la simple ponction, répétée, ne guérit jamais. Quant au parti à prendre, une fois le ventre ouvert et le foyer mis au jour, il semble bien que les manœuvres complexes, que les tentatives de réunion et de réparation doivent, en règle, céder le pas au tamponnement pur et simple, et cela, dans les cas récents comme dans les ruptures déjà anciennes. Sans doute, lorsqu'on a de bonnes raisons de croire que la portion inférieure du cholédoque n'est plus perméable, une cholécystectomie est tout indiquée; peut-être même pourrait-on, sous la réserve que la rupture du canal ait été découverte, implanter le bout supérieur dans le duodénum. Toujours est-il — et l'observation de M. Stierlin en témoigne — que les opérations un peu longues et laborieuses doivent être tenues pour fort dangereuses, chez ces malades intoxiqués

et affaiblis, et qu'on risque souvent de tout perdre, en s'attachant à remplir d'emblée toutes les indications rationnelles. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — L.

Contribution à l'étude de la glycolyse, par M. A. Braunstein.

Il est aujourd'hui établi que la glycolyse est l'effet d'une fermentation, mais on n'est pas encore d'accord sur la nature et le siège du ferment glycolytique. Les uns admettent qu'il existe préformé dans toutes les cellules de l'organisme et que la sécrétion pancréatique n'a pas d'autre rôle que de l'activer, tandis que, d'après les autres, les organes pris isolément sont impuissants à provoquer la glycolyse, l'action simultanée d'une substance contenue dans les cellules des tissus et celle d'un corps sécrété par le pancréas étant nécessaires à cet effet. Des travaux récents ont cependant démontré qu'il est possible d'obtenir la glycolyse avec le pancréas seul; cette conclusion ayant été contestée par certains expérimentateurs, M. Braunstein a repris l'étude de la question : or, dans une série de 5 expériences faites avec le pancréas seul, il a obtenu deux fois une glycolyse notable. Il croit que beaucoup de résultats considérés comme négatifs reposent sur une erreur d'interprétation, la formation de pentoses pouvant masquer jusqu'à un certain point la destruction du sucre. Des essais faits avec de la pulpe de foie de bœuf lui ont aussi permis de constater une diminution du sucre.

D'autre part, s'appuyant sur le fait que M. N. Sieber a isolé de la fibrine un ferment glycolytique très actif, M. Braunstein a fait des expériences dans ce sens : il a reconnu que, tandis que le sang liquide a un pouvoir glycolytique extrêmement faible, les caillots de sang broyés provoquent une destruction de sucre variant de 17 à 35 %; cette glycolyse n'est pas augmentée par l'addition de pancréas.

L'auteur conclut de ces recherches qu'on n'a aucune raison d'admettre que la glycolyse est due à l'action de deux substances distinctes, ne pouvant agir que simultanément. Du reste, l'observation clinique, en démontrant que les leucocytes contiennent le ferment glycolytique, vient confirmer les résultats de l'expérimentation : on a constaté que le pouvoir glycolytique du sang diminue dans les cas d'hypoleucocytose, tandis qu'il augmente dans l'hyperleucocytose. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir la glycosurie disparaître, chez les diabétiques, au cours d'une pneumonie intercurrente. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.) — A. J.

L'étiologie de la kraurose vulvaire, par M. Ph. Jung.

Les lésions histologiques de la kraurose vulvaire sont assez variables. Cependant, tous les auteurs s'accordent à reconnaître à cette affection trois caractères essentiels : l'inflammation chronique du chorion cutanéo-muqueux, la tendance aux scléroses cicatricielles et la disparition du tissu élastique. Or, dans ses recherches microscopiques sur l'état des tissus vulvaires, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique, M. Jung a rencontré 4 pièces offrant précisément les particularités qui caractérisent la kraurose : la première provenait d'une femme atteinte de prolapsus génital avec quelques pertes blanches, la seconde d'une femme présentant de simples métrorrhagies et une ancienne déchirure du périnée, et les deux dernières de femmes ayant un cancer vulvaire.

Cela étant, on est en droit d'admettre que la kraurose ne constitue pas par elle-même une affection indépendante, et qu'elle est l'aboutissant de divers états pathologiques amenant une inflammation chronique de la région vulvaire (prurit, pertes, cancer, abus vénériens, etc.).

Il est vrai que, chez les 4 femmes en question, on n'observait aucun des symptômes macroscopiques de la kraurose; mais ce fait négatif prouve simplement que l'affection, pour se développer, exige l'action prolongée des irritations locales précitées. En outre, la présence de 2 cancéreuses parmi les 4 malades de M. Jung permet de se demander si la kraurose ne serait pas de nature cancéreuse; toutefois, il est infiniment probable qu'en l'espèce le cancer était d'origine secondaire — comme celui qui envahit les vieux ulcères ou les anciennes cicatrices —, car, sur les grandes lèvres du côté opposé au siège du cancer, on rencontrait les lésions caractéristiques de la kraurose et nullement celles du cancer : c'est donc la kraurose qui était la première en date. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Tabes juvénile, par M. A. Gordon.

L'auteur relate l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, qui, après avoir été atteinte, à l'âge de dix-huit mois, d'une poliomyélite antérieure aiguë, dont elle garda une paralysie totale du bras droit, commença à présenter, au bout d'environ treize ans, des paresthésies du côté du membre inférieur gauche : elle éprouvait des engourdissements dans la cuisse et la jambe, et surtout au niveau de la plante du pied; le sol ne lui paraissait pas solide sous sa jambe gauche, etc. Bientôt après, apparurent, toujours dans la même extrémité, des douleurs aiguës à caractère lancinant; puis, la jambe du côté opposé fut prise à son tour. A peu près vers la même époque, la patiente remarqua des troubles de la miction, se traduisant tantôt par des besoins impérieux d'uriner, tantôt par de la dysurie. A l'âge de quinze ans, elle constata un affaiblissement de la vue du côté droit.

A l'examen, on trouva une monoplégie brachiale complète avec atrophie très marquée des muscles et arrêt de développement de tout le squelette du membre. Les diverses espèces de sensibilité, sans être abolies, étaient fortement diminuées; la peau, flasque et sèche, présentait des troubles trophiques. Les réflexes du bras, de l'avant-bras et de l'épaule faisaient complètement défaut. Les muscles du bras ne réagissaient pas aux excitations galvaniques et faradiques; ceux de l'avant-bras et de l'épaule se montraient encore quelque peu accessibles aux courants intenses.

Du côté des membres inférieurs, on notait une diminution de la circonférence de la cuisse gauche; la contractilité faradique et galvanique des muscles de cette même cuisse était diminuée, sans qu'il y eût réaction de dégénérescence. Les muscles des jambes réagissaient d'une manière égale des deux côtés. Il n'existait pas de signe de Romberg. La station sur le pied droit se faisait mieux que sur le pied gauche; le pouvoir de résistance de la jambe droite était également beaucoup plus considérable que celui du membre opposé. Complètement aboli à gauche, le réflexe rotulien était très diminué à droite. Le réflexe du tendon d'Achille était conservé, mais affaibli du côté gauche. Toutes les formes de la sensibilité étaient également diminuées de ce même côté, les sensations subjectives étant cependant plus accentuées qu'au début de la maladie. Enfin, pour compléter le tableau symptomatologique, il existait un léger degré d'inégalité pupillaire.

M. Gordon estime qu'il s'agissait là d'un cas de tabes juvénile, dû probablement à l'hérédo-syphilis (la mère de la patiente avait eu plusieurs fausses couches). Il convient de remarquer que la coexistence des manifestations tabétiques avec une paralysie spinale infantile constitue un fait très rare, la plupart des cas de complications de la poliomyélite antérieure ancienne se rapportant à l'atrophie musculaire progressive ou à la sclérose latérale amyotrophique. (*New York Med. Journ.*, 7 mai 1904.) — L. CH.

Importance chirurgicale de la douleur abdominale dans les érythèmes, par M. William Osler.

Dans ces derniers temps, M. Osler a appelé l'attention, à diverses reprises, sur l'importance des manifestations viscérales des affections purpuriques. Sur 29 cas de ce genre qu'il a pu successivement recueillir, les coliques furent 25 fois la manifestation viscérale la plus constante. Dans 2 faits, les crises de coliques précédèrent même de plusieurs années les lésions de la peau : les phénomènes cutanés seuls permirent de reconnaître la nature et la signification, jusque-là obscures, des manifestations viscérales. A ces 2 observations, le présent mémoire en ajoute une troisième, remarquable en ce que l'intensité des crises douloureuses y fut telle que l'on porta le diagnostic d'appendicite, sans qu'en réalité il existât de lésion appendiculaire.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, souffrant depuis six mois de violentes douleurs à siège abdominal, qui revenaient par crises toutes les semaines ou tous les quinze jours, généralement accompagnées de vomissements, mais sans aucune corrélation avec l'ingestion des aliments et se produisant en dehors de tout ictère ou état fébrile concomitant; en outre, on notait l'existence d'une constipation opiniâtre. Devant la gravité des phénomènes douloureux, on se décida à pratiquer une laparotomie exploratrice, mais on ne trouva ni lésion de la vésicule biliaire, ni ulcère de l'estomac, ni appendicite, et on dut refermer le ventre sans avoir découvert la cause des douleurs. Les crises reparurent d'ailleurs trois semaines après l'opération. Lors de l'un de ces paroxysmes, on constata la présence d'une légère arthrite du côté du genou; de plus, il existait, dans l'urine, un peu d'albumine et quelques cylindres hyalins, indices d'un certain degré d'irritation du rein. Peu de temps après, survint une nouvelle crise particulièrement grave; l'endolorissement et le gonflement du genou étaient plus prononcés que lors du précédent accès, et il en fut de même de la néphrite : l'urine renfermait, outre l'albumine, un certain nombre d'hématies et d'abondants cylindres hyalins. Enfin, on vit survenir des épistaxis répétées, et même une hémorrhagie gingivale.

Bien qu'à aucun moment on n'eût noté d'hémorrhagie du côté de la peau, M. Osler croit devoir conclure — par analogie avec ce qu'il a observé dans les 2 faits antérieurs — qu'il s'agissait bien, dans ce cas, d'un purpura n'ayant abouti aux phénomènes hémorrhagiques qu'au bout de plusieurs mois, les manifestations viscérales ayant été, au début, les seuls témoins de la maladie qui évoluait. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai 1904.) — F. M.

Rupture sous-cutanée étendue des muscles abdominaux, par M. Daniel N. Eisendrath.

L'observation relatée dans le présent travail est — par l'origine, le siège et l'étendue des lésions — un exemple bien rare de rupture musculaire.

Un homme de cinquante ans, se trouvant en état d'ivresse, fut pris et comprimé entre deux tramways qui se croisaient. Quand on l'amena à l'hôpital, on constatait au-dessus du milieu de la crête iliaque droite une tumeur du volume d'une orange, réductible avec gargouillement et donnant un son tympanique à la percussion : après réduction on sentait au-dessous de la peau un orifice large de quatre doigts. On pensa donc à une hernie traumatique du triangle de J.-L. Petit. A l'opération, seize heures après l'accident, on s'aperçut que les désordres étaient bien plus étendus qu'on ne l'avait tout d'abord supposé : tous les muscles qui s'insèrent à la crête iliaque, depuis le carré des lombes jusqu'au milieu du ligament de Poupart, avaient été désinsérés au ras de l'os et le péritoine déchiré, en sorte que les intestins se trouvaient directement au-dessous de la peau. Il existait une légère ecchymose sur le côlon ascendant, mais les viscères se trouvaient déjà en partie à l'abri par un début de péritonite adhésive; dans la fosse iliaque il y avait quelques fragments détachés du grand épiploon. Pour réinsérer tous ces muscles à la crête iliaque, il aurait fallu passer les fils par des trous perforés dans l'os, ce qui aurait pris un temps considérable. On attira donc le paquet des muscles abdominaux, péritoine y compris, et on les traversa en masse par une série d'anses de fil en tendon de kangourou, qu'on vint fixer d'autre part à l'aponévrose fessière. Des sutures semblables, allant du bord inférieur des muscles déchirés à l'arcade de Fallope, furent passées comme on le fait dans la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini.

Le blessé, qui avait, en outre, deux côtes et une clavicule fracturées, plus quelques hématomes, finit par guérir, bien que sa convalescence eût été entravée par un pneumothorax et une thrombophlébite de la veine fémorale : neuf mois après l'opération, le résultat était parfait. Cet homme avait cependant une hernie

inguinale gauche qui, d'après lui, était postérieure à son accident. (*Ann. of Surgery*, juin 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Contribution à l'étude de la goutte, par M. J. J. Van Loghem.

L'expérimentation a déjà démontré que les cristaux d'urate de soude sont résorbés « en nature » dans les tissus par les leucocytes qui les digèrent. Certains expérimentateurs ont pensé que les cristaux d'acide urique disparaissaient également par phagocytose. D'après les constatations de M. Van Loghem, le phénomène serait cependant un peu plus complexe.

Quand on injecte des cristaux d'acide urique sous la peau d'un lapin, on voit au bout de vingt-quatre heures qu'une grande partie de ces cristaux ont disparu. Il n'en reste qu'un petit amas autour duquel se pressent de nombreux leucocytes. Au centre de cet amas, il est encore facile de reconnaître qu'il s'agit de cristaux d'acide urique; toutefois, lorsqu'on examine la périphérie ou les petits dépôts qui ont persisté entre les leucocytes, on s'aperçoit que les cristaux qui les forment ne sont plus des cristaux d'acide urique, mais des cristaux d'urate de soude, comme le démontrent les réactions microchimiques. Ces cristaux d'urate de soude se sont donc développés dans des tissus dont les humeurs, du fait de l'expérience, étaient saturées d'acide urique. Il est vrai qu'on peut se demander si le trauma de l'injection, en amenant la nécrose des tissus environnants, n'est pas responsable de cette transformation. Mais, quand on vient à injecter dans le péritoine d'un lapin ou d'un cobaye une suspension d'acide urique dans la solution physiologique — jusqu'à coloration laiteuse —, on observe, au bout de vingt-quatre heures, de petites taches blanchâtres sur le péritoine, le grand épiploon et parfois même jusqu'au fond des sillons du foie; or, pour cette dernière localisation il est bien difficile de croire à une action traumatique. Ces taches blanches sont encore formées par des cristaux d'urate de soude agglomérés par un peu de fibrine. D'ailleurs, le même phénomène chimique s'observe *in vitro* : lorsque, à du sérum sanguin de lapin, on ajoute des cristaux d'acide urique, ceux-ci se transforment au bout d'un certain temps en cristaux d'urate de soude. La cornée du lapin, quoi qu'on en ait dit, se comporte de la même façon que la peau. Il est à noter, enfin, que les humeurs des tissus dissolvent les cristaux d'acide urique, alors qu'elles n'attaquent que peu ou pas ceux d'urate de soude : quand on plonge dans le péritoine du lapin de petites ampoules de collodion montées au bout d'une pipette et remplies de l'une ou l'autre de ces substances, on voit que les ampoules à cristaux d'acide urique s'affaissent au bout d'un certain temps, tandis que celles à urates demeurent à peu près intactes.

De ces expériences, il ressort donc que les cristaux d'urate de soude ne peuvent se former que dans un milieu déjà imprégné d'acide urique. C'est la condition que réalise le corps d'un goutteux et c'est probablement ainsi que se crée le tophus. Chez l'animal, les tophi expérimentaux disparaissent rapidement par la phagocytose, mais, chez le goutteux, l'imprégnation des tissus par l'acide urique amène l'accroissement continu des dépôts uratiques, à moins que la production d'acide urique ne vienne à diminuer ou à se suspendre. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 juillet 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La cholécystite aiguë, par M. G. Senni.

Il y a quelques années, Gérard-Marchant communiquait, à la Société de chirurgie de Paris, l'observation d'une femme présentant le tableau clinique d'une péritonite par perforation, et chez laquelle la laparotomie permit pourtant de constater l'absence de toute péritonite : on trouva simplement la vésicule biliaire distendue par 250 grammes environ de pus à colibacille. (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 150). C'est un fait de même genre que relate M. Senni, et à cette occasion il émet quelques considérations sur la pathogénie et le diagnostic différentiel de cette forme morbide tout exceptionnelle — puisqu'en dehors du cas précité de Gérard-Marchant l'auteur n'en a trouvé aucun exemple dans la littérature —, la cholécystite aiguë à forme péritonéale.

Voici d'abord le fait observé par M. Senni :

Une femme de cinquante ans, sans le moindre antécédent biliaire, est amenée à l'hôpital San Giovanni al Laterano, de Rome, dans un état fort grave. La nuit précédente, elle a été prise de violentes douleurs abdominales, avec vomissements et hoquets répétés qu'elle attribue à une indigestion. Cependant, les traits sont tirés, les yeux excavés, les lèvres cyanosées; la température n'est qu'à 37°, mais le pouls bat à 124. La palpation, presque impossible dans la moitié droite du ventre, en raison des douleurs et de la défense musculaire qu'elle provoque, permet néanmoins de percevoir, au moins par brefs intervalles, une volumineuse tumeur à surface lisse, siégeant sous le rebord costal droit et atteignant en bas l'épine iliaque antéro-supérieure. Au total, le syndrome péritonitique est bien net; sans chercher davantage à en établir la cause, on fait la laparotomie d'urgence.

Dès l'ouverture de l'abdomen le long du bord externe du muscle droit du côté droit, on tombe sur la vésicule, énorme et surdistendue par du liquide; on la ponctionne, on évacue ainsi la majeure partie de son contenu, puis on la suture au péritoine pariétal et on l'incise largement; cette cholécystostomie donne encore issue à une certaine quantité de pus, et à 150 calculs. L'inspection minutieuse de la cavité abdominale révèle l'intégrité absolue du péritoine, qui est lisse, brillant, nullement hyperémié et ne renferme pas le moindre épanchement libre.

Les suites opératoires furent tout à fait normales; au bout de deux mois, cette femme pouvait quitter l'hôpital, guérie.

Quelle est donc la cause de ces manifestations péritonéales si alarmantes, au cas de cholécystite aiguë? Gérard-Marchant croyait qu'il y a plus que du péritonisme en pareille occurrence, et, pour le fait qu'il avait observé, il invoquait une infection de la cavité péritonéale sans effraction, une véritable « transsudation microbienne ». A cette hypothèse, M. Senni oppose l'intégrité, directement constatée chez sa malade, de la séreuse : pour lui, il s'agit simplement de troubles réflexes, dus au tiraillement des filets nerveux du péritoine qui recouvre la vésicule, sous l'influence de la rapide distension de celle-ci.

Autre question, d'importance majeure, en pratique. Peut-on cliniquement distinguer cette cholécystite à forme péritonéale, d'avec la péritonite par perforation? A en juger d'après son observation personnelle, l'auteur estime ce diagnostic possible, quoique délicat : au début, la péritonite légitime cause toujours un peu de fièvre, et ce n'est qu'à l'approche du collapsus que la température tombe à la normale, voire au-dessous; ici, au contraire, le thermomètre ne dépasse pas 37°. Dans les deux affections, le pouls est rapide, il est vrai; mais petit, filiforme dans la péritonite, il reste d'ampleur normale, au cas de cholécystite. Enfin, la sensibilité de la paroi, quelque vive qu'elle soit dans cette dernière, y est cependant moins diffuse, moins généralisée, et prédomine notablement dans l'hypocondre droit.

La conduite à tenir, en présence de cette cholécystite aiguë à forme péritonéale, est bien tracée : même si les hésitations du diagnostic — et la crainte qu'il ne s'agît en réalité de péritonite vraie — n'imposaient pas la laparotomie, celle-ci, suivie de cholécystostomie, serait encore indiquée pour prévenir la rupture de la vésicule et l'épanchement de bile infectée dans le péritoine. (*Policlinico*, 23 juillet 1904.) — F. F.

La délimitation de l'aire cardiaque au moyen de la palpation, par M. G. Bassi.

Dans l'examen du cœur, on n'a généralement recours à la palpation que pour déterminer le siège de la pointe. Or, l'auteur a eu l'occasion de constater que, chez nombre de sujets atteints d'affections cardiaques, la secousse subie par le cœur lors de ses contractions est perceptible au palper sur une grande étendue, tout en donnant le maximum d'impulsion au niveau de la pointe ou dans le voisinage de celle-ci. Après avoir cru tout d'abord qu'il s'agissait là d'une particularité accidentelle, M. Bassi ne tarda cependant pas à se convaincre que, dans les cardiopathies valvulaires, tout comme dans les cas de palpitations cardiaques, il est très fréquent de percevoir par la palpation la secousse du cœur sur une vaste étendue, correspondant à toute ou presque toute la superficie du viscère, qui est en rapport avec la paroi thoracique antérieure. Amené de la sorte à étudier ce phénomène de plus près, l'auteur a pu, en réunissant les points extrêmes de la zone dans laquelle la secousse du cœur est accessible au palper, dessiner au moyen du crayon dermographique, sur la paroi antérieure du thorax, l'*aire de palpation du cœur*, comme on le fait habituellement pour déterminer, à l'aide de la percussion, la zone de matité cardiaque.

Chez les cardiopathes que M. Bassi a examinés à cet égard, il a trouvé deux types d'aire de palpation du cœur : tantôt cette aire correspond à peu près à la zone de matité cardiaque absolue, tantôt elle coïncide presque avec la zone de matité relative. D'ailleurs, elle présente généralement des dimensions intermédiaires entre celles des deux zones de matité.

Jusqu'à présent, la coïncidence de l'aire de palpation avec la zone de matité relative a été notée par l'auteur surtout dans des cas d'affection mitrale ancienne.

Chez les sujets exempts de maladie du cœur et de palpitations, on ne parvient pas à délimiter le cœur à l'aide de la palpation, à moins qu'il ne s'agisse d'un fébricitant.

En ce qui concerne le *modus faciendi*, M. Bassi commence par déterminer le siège de la pointe; puis, au moyen du palper digital il recherche les autres points de la zone en question, en ayant soin d'appliquer sur la région la pulpe du pouce gauche, tenu verticalement : cette manœuvre importe surtout pour préciser la limite supérieure de l'organe, ainsi que les limites latérales droite et gauche; quant à la limite inférieure, il est également facile de la percevoir par l'application de la pulpe de plusieurs doigts réunis. Naturellement, lorsqu'on pratique ce palper pour la première fois, les sensations restent quelque peu vagues et on a tendance à assigner au cœur des limites plus étendues qu'elles ne sont en réalité. Mais il suffirait d'un peu d'exercice pour arriver à des résultats parfaits. On peut, d'ailleurs, rendre les impressions tactiles plus vives en se servant de la tige du stéthoscope, que l'on applique verticalement sur la poitrine et que l'on maintient en bas à l'aide de deux doigts. En soutenant à peine l'instrument, celui-ci subit des oscillations rythmiques, par lesquelles le soulèvement systolique de la paroi thoracique est même rendu perceptible à la vue.

L'auteur estime que la méthode en question est susceptible de rendre de bons services, soit qu'il s'agisse de compléter et de vérifier les résultats obtenus par la percussion, soit qu'on la substitue tout simplement à ce dernier procédé d'exploration, dans les cas où l'on a affaire à des sujets chez lesquels le cœur est très sensible, notamment à des enfants. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mai 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Quatre cas de rage humaine consécutive à des inoculations antirabiques préventives, par M. S. Roubinov.

Depuis quelque temps, il a paru en Russie un certain nombre de publications qui sont loin de corroborer l'opinion généralement admise sur l'efficacité de l'immunisation pastorienne à l'égard de la rage. C'est ainsi que, dans une brochure publiée l'année dernière, M. Zienetz conteste aux inoculations antirabiques toute valeur prophylactique et que, d'autre part, M. Mari, tout en combattant cette opinion, déclare qu'à l'heure actuelle on n'a pas encore assez de matériaux pour nier les effets salutaires des inoculations, pas plus d'ailleurs que pour soutenir l'avis contraire. D'autres auteurs ont relaté des cas où l'immunisation s'est montrée manifestement inefficace. A ce reproche d'inefficacité, les partisans de la méthode opposent généralement les statistiques qui font ressortir un abaissement de la mortalité ra-

bique depuis l'avènement de l'immunisation; toutefois, comme le faisait récemment remarquer M. Khanelesse, il importe de tenir compte que, parmi les individus traités aux instituts Pasteur, il en est qui furent mordus par des chiens suspects, mais nullement malades, sans compter que les sujets mordus par des animaux enragés ne contractent pas nécessairement la rage, même en l'absence de tout traitement.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît intéressant de signaler les 4 observations recueillies par M. Roubinov dans sa clientèle et se rapportant à des individus mordus par des chiens différents.

La première a trait à un petit garçon de neuf ans, qui fut admis, cinq jours après la morsure, à l'Institut Pasteur de Moscou, où on lui fit dix-huit inoculations, après lesquelles il succomba, à l'Institut même, au milieu des symptômes typiques de la rage.

Dans le second cas, il s'agit d'une paysanne de trente-neuf ans, qui, après avoir été mordue par un chien reconnu enragé à l'autopsie, fut envoyée dès le lendemain au même établissement. Elle y resta treize jours, pendant lesquels on lui pratiqua quatorze inoculations. Rentrée chez elle, elle fut d'abord bien portante, mais au bout de quelques semaines elle fut prise d'un malaise général et, quatre jours plus tard, elle était en proie à une hydrophobie très accentuée. Le lendemain, elle succombait, après avoir présenté le tableau clinique complet de la rage.

Le troisième fait se rapporte à une fillette de huit ans, qui fut admise, également à l'Institut Pasteur de Moscou, quatre jours après la morsure. On lui fit, le même jour, deux inoculations, puis encore douze autres inoculations pendant treize jours. Revenue chez ses parents, l'enfant ne présentait rien d'anormal, lorsqu'au bout de dix-huit jours on vit se manifester des prodromes sous forme de malaise général, d'anorexie et de douleurs dans le bras gauche. Et, de fait, bientôt après, se déclara l'hydrophobie, suivie de tout le cortège symptomatique de la rage (convulsions, agitation, cris, etc.). La petite malade ne tarda pas à entrer dans la période paralytique de l'affection et mourut rapidement.

La quatrième observation a trait à un petit garçon de onze ans, qui, admis au cinquième jour après la morsure au même Institut Pasteur, y reçut une vingtaine d'inoculations. Une douzaine de jours après la cure, il fut pris de céphalalgie avec état d'excitation, anorexie, etc. Appelé à le voir deux jours après, M. Roubinov ne le trouva plus en vie. Au dire des parents, l'enfant avait présenté de l'hydrophobie et, peu de temps avant la mort, des paralysies ayant débuté par les membres inférieurs.

Il importe de faire remarquer que, chez tous les malades en question, l'immunisation a été commencée à une période relativement précoce, au cinquième ou sixième jour après la morsure. D'autre part, entre la fin du traitement et l'apparition des troubles prodromiques il s'est écoulé, dans le second cas, cinq semaines, dans le troisième, dix-huit jours, et dans le quatrième, douze jours, c'est-à-dire un laps de temps qui est censé être suffisant pour le développement de l'immunité. Enfin, l'auteur insiste également sur ce fait que les inoculations antirabiques n'ont en rien influencé l'évolution clinique de la maladie, laquelle a été aussi violente et aussi rapidement mortelle que chez les sujets non inoculés.

Cela étant, et sans vouloir tirer de ces 4 cas des conclusions d'une portée générale, M. Roubinov se voit pourtant obligé d'avouer que les observations dont il s'agit ont ébranlé sa foi en la valeur spécifique de l'immunisation pastorienne. (*Roussk. Vratch*, 24 juillet 1904.) — L. CH.

Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, traité avec succès par l'usage interne du vinaigre, par M. G. ZELENSKY.

Il s'agit d'un petit garçon de quatre ans, auquel on avait, par inadvertance, donné, au lieu de perchlorure de fer, une cuillerée à café d'acide phénique liquéfié. Appelé à voir le petit malade dix minutes plus tard, M. Zelensky le trouva dans un état presque comateux; la face était légèrement cyanosée, la lèvre inférieure, augmentée de volume, était blanche et pendait d'une façon inerte; la muqueuse de la bouche avait la même coloration.

Au lieu de recourir aux antidotes usuels de l'acide phénique (sulfate de soude ou saccharate de chaux) qu'il n'avait, d'ailleurs, pas sous la main, l'auteur, voyant sur la table, près de l'enfant, une bouteille de vinaigre, administra immédiatement deux verres environ d'un mélange composé, par parties égales, d'eau et de vinaigre. Ce remède — récemment préconisé à titre d'antidote du phénol — avait déjà donné, entre les mains de M. Zelensky, de bons résultats, en applications externes, pour brûlures par l'acide phénique. L'usage interne du vinaigre ne se montra pas moins efficace dans le cas en question : l'enduit blanc qui recouvrait la lèvre inférieure et la muqueuse buccale ne tarda pas à disparaître, en même temps que le petit patient reprenait ses sens. L'auteur envoya alors chercher une sonde stomacale, à travers laquelle il administra encore plusieurs verres d'eau légèrement acidulée par du vinaigre. Au cours de cette intervention, l'enfant rendit, à plusieurs reprises, des aliments qu'il avait absorbés à son repas et qui sentaient fortement l'acide phénique. Immédiatement après, il se trouva beaucoup mieux. Dans la nuit, la température, auparavant normale, monta à 40°, après un stade de frisson très accentué; il y eut deux mictions (urine d'un vert foncé); le sommeil fut agité et accompagné de délire. Le lendemain matin, le thermomètre marquait 37°6 et le jeune malade paraissait mieux; l'urine était plus claire, quoique encore verdâtre. Le jour suivant, la température redevint normale, et bientôt le garçonnet était complètement rétabli.

Ce fait semble d'autant plus mériter d'attirer l'attention que les enfants sont, comme on le sait, particulièrement sensibles à l'action de l'acide phénique : on a publié des cas d'empoisonnement rapidement mortel par des doses de phénol qui n'étaient pas de beaucoup supérieures à celle qu'avait absorbée le petit malade de M. Zelensky. Aussi l'auteur n'hésite-t-il pas à attribuer l'issue favorable de l'intoxication, dans le présent fait, à l'action du vinaigre. (*Vratcheb. Gaz.*, 7 août 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Sur le traitement des plaies par les pansements humides, par M. TH. SCHULTZ.

Dans ces derniers temps on a fait aux pansements humides sous enveloppe imperméable un certain nombre de reproches basés sur quelques expériences bactériologiques, et entre autres celles de M. Préobrajensky. Dans le présent travail, M. Schultz pense qu'on n'a pas toujours interprété ces expériences comme elles devraient l'être.

Un point universellement admis, c'est la nécessité d'avoir un pansement aussi absorbant que possible, et, à cet égard, on a généralement donné la préférence à la gaze qui, par capillarité, « aspire » les sécrétions et les empêche de rester au contact de la plaie. Pour que cette aspiration soit effective, on admet encore que la gaze doit être légèrement humide. Mais, si l'on se dispense d'appliquer au-dessus d'elle un tissu imperméable, les compresses ne tardent pas à se dessécher. D'autre part, le tissu imperméable aurait pour effet de supprimer le courant capillaire qui marche, dans la gaze, de la plaie vers l'extérieur. Pour le démontrer on se fonde sur une expérience qui peut se résumer ainsi : une mèche de gaze plonge par l'une de ses extrémités dans un verre d'eau, l'autre pend à l'extérieur; dans certaines conditions d'évaporation et d'hygrométrie, l'eau du verre passe dans la gaze et de là s'écoule goutte à goutte à l'extérieur. La marche du courant peut être rendue visible en déposant un grain d'aniline à la surface de la gaze : la couleur s'étend du côté opposé au verre. Si, au contraire, on vient à envelopper ce petit appareil d'expérience avec un tissu imperméable, l'évaporation, à la surface de la gaze, est supprimée et la couleur diffuse dans les deux sens. En arguant de cette expérience, on oublie cependant une chose : c'est que les sécrétions d'une plaie ne sont pas formées rien que par de l'eau, mais par des particules solides (débris de tissus et leucocytes); or, en l'absence d'imperméable, ces produits se dessèchent, bouchent les mailles de la gaze, suppriment sa capillarité et amènent alors cette stagnation qu'on prétend éviter. Pour rendre l'expérience précédente plus conforme à la réalité, il faudrait ajouter au moins un tampon de coton hydrophile au-dessus de la mèche de gaze : on verrait alors que, sous une enveloppe imperméable, l'aspiration se produit quand même et ne cesse que lorsque le verre est vide ou que le tampon d'ouate hydrophile est tellement imbibé qu'il ne peut plus rien absorber. Le pansement humide avec imperméable est donc beaucoup plus absorbant que tous les autres modes de pansement.

Mais on lui a encore reproché de constituer un véritable milieu de culture pour les microbes qui se trouvent sur la peau. C'est fort possible; toutefois — bien qu'il y aurait lieu de discuter la virulence que peuvent avoir ces microbes entretenus à la surface de la peau, de la plaie ou dans les couches du pansement —, on peut diminuer cette virulence en badigeonnant le pourtour de la plaie avec de la teinture d'iode. En procédant de cette façon, M. Schultz a trouvé les colonies épidermiques beaucoup moins nombreuses, parfois même presque nulles.

Dans le cas de plaies sécrétantes, l'auteur conseille donc de recourir, par les procédés habituels, à un nettoyage complet de la plaie et de la région environnante, d'étendre ensuite une couche de teinture d'iode sur la peau, puis de faire un pansement humide dont les compresses de gaze et l'ouate hydrophile seront calculées de façon à suffire à l'absorption pendant quatre jours. De la sorte, on n'a pas besoin d'appliquer trop souvent de la teinture d'iode et l'on évite l'irritation de la peau qui en pourrait résulter. (*Hospitalstidende*, 8 juin 1904.) — R. DE B.

De quelques formes de péritonite chronique dans la partie latérale gauche de l'abdomen, par M. B. CARLSON.

Dans la moitié gauche de l'abdomen, autour de l'S iliaque, la péritonite chronique peut affecter diverses modalités. Une première variété, décrite par M. Gersuny, est caractérisée par la présence d'une bride fibreuse développée dans le mésocôlon, plus courte que celui-ci et amenant une coudure de l'intestin, généralement au niveau du point de jonction de l'S iliaque et du côlon descendant; il n'est pas rare de rencontrer en même temps d'autres adhérences péritonéales autour du cæcum ou des organes du petit bassin. Dans une deuxième forme, décrite par M. Riedel, et qui peut se disséminer à tout l'abdomen, le mésentère de l'S iliaque se rétracte sur une étendue parfois assez considérable, produit la coudure et le rétrécissement de l'intestin et de plus amène souvent les anses afférente et efférente à s'accoler en canons de fusil double. Enfin, dans le présent mémoire, M. Carlson décrit une troisième modalité de ces péritonites chroniques, dont il a eu l'occasion d'opérer 2 cas.

Ici, l'S iliaque, sur presque toute son étendue, est soudé par des adhérences au péritoine pariétal, de telle sorte qu'il paraît être dépourvu de méso et n'être recouvert par le péritoine que sur un tiers de sa surface : il occupe le sillon séparant la face antérieure de l'abdomen de la fosse iliaque, et les adhérences qui le fixent remontent jusqu'au niveau de la crête iliaque. Dans le reste de l'abdomen, il n'y a pas trace d'inflammation aiguë ou chronique. L'intestin, très rétréci, n'est pas plus gros que le doigt. Quant au mésentère, il est en quelque sorte enfoui dans les adhérences, mais il suffit de le libérer pour qu'il reprenne sa longueur normale : c'est d'ailleurs là le véritable traitement de l'affection et, depuis qu'ils ont subi cette opération, les 2 malades de M. Carlson jouissent d'une bonne santé.

L'étiologie de cette forme clinique est assez obscure : il est cependant probable qu'elle reconnaît pour cause une inflammation chronique, développée autour de l'S iliaque. On a, en effet, décrit dans cet intestin de petits diverticules de la muqueuse qui peuvent jouer — bien que sur une moindre échelle — le même rôle que l'appendice. Ces diverticules ne se rencontrent guère que chez les adultes ou les personnes âgées et, en fait, les 2 malades observés par l'auteur avaient respectivement cinquante-trois et soixante-deux ans.

Quant aux symptômes, on les confondra sans doute presque toujours avec ceux du cancer de

l'intestin, en raison de la constipation chronique, des débâcles intermittentes, du melæna et même de la présence d'une tumeur. L'absence de cachexie et les commémoratifs (petites coliques localisées dans la partie gauche et inférieure de l'abdomen) pourront seuls permettre d'éviter cette erreur. (*Hygiea*, juin 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La valeur thérapeutique de l'usage interne de l'ichtyol et de l'essence de térébenthine dans la scarlatine.

Les essais récents de sérothérapie de la scarlatine ayant été loin de réaliser les espérances que ce nouveau mode de traitement avait fait concevoir, le praticien en est toujours réduit à combattre cette affection par des moyens médicamenteux. D'après l'expérience d'un confrère russe, M. le docteur M. S. Nazarov (d'Arkhangel), les remèdes les plus efficaces à cet égard seraient l'essence de térébenthine et l'ichtyol, qui ont, d'ailleurs, été tous les deux préconisés au cours de ces dernières années, la première soit en injections sous-cutanées, soit *per os* (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. XCIV, et 1902, p. 224), le second sous forme d'onctions (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 102).

Voici quelle est la manière de procéder de M. Nazarov : aussitôt le diagnostic de scarlatine établi, il prescrit l'ichtyol en capsules, dans les cas où le petit malade est assez âgé pour pouvoir les avaler; sinon, il essaie de faire prendre le même médicament en solution aqueuse, ce qui malheureusement ne réussit pas souvent, à cause du goût répugnant de ce remède. Lorsque le patient refuse d'absorber la solution d'ichtyol, on lui donne de l'essence de térébenthine rectifiée, laquelle serait acceptée beaucoup plus facilement.

En ce qui concerne la posologie des deux médicaments en question, notre confrère prescrit une mixture contenant 30 grammes d'ichtyol et 10 grammes d'eau distillée; aux enfants âgés de cinq à huit ans on donne, trois fois par jour, de XV à XX gouttes de cette préparation ; pour les enfants de huit à dix ans la dose est portée à XXV gouttes; au-dessus de cet âge, on peut administrer jusqu'à XXXV gouttes, répétées trois fois dans les vingt-quatre heures. Quant aux adultes, on leur fait prendre, à chaque fois, de L à LX gouttes. Le médicament ne doit être versé dans les capsules qu'au moment même d'être ingéré, car l'ichtyol dissout rapidement les capsules.

L'essence de térébenthine est administrée dans du lait, à la dose de X gouttes répétées trois fois par jour, pour les enfants de trois à cinq ans; les enfants plus âgés reçoivent, à chaque prise, de XII à XV gouttes, et les adultes XXX gouttes. Il est bon de faire absorber un verre de lait avant de donner l'essence.

Les deux médicaments ne détermineraient aucun accident. Le seul inconvénient de l'ichtyol consisterait dans des renvois désagréables; quant à l'essence de térébenthine, elle produirait parfois des douleurs abdominales, mais elle n'exercerait pas la moindre action fâcheuse sur les reins.

Au cours des sept dernières années, M. Nazarov a eu l'occasion de traiter de la sorte 35 cas de scarlatine, et toujours la médication dont il s'agit a paru abréger considérablement la durée de l'affection, l'évolution de celle-ci n'ayant guère dépassé cinq à dix jours. De plus, notre confrère n'a jamais eu à observer de complications et les 35 malades ont guéri. Un seul enfant, atteint de syphilis héréditaire, a présenté une néphrite, laquelle était, du reste, de nature spécifique, car, après avoir résisté aux remèdes habituellement employés en pareille occurrence, elle se dissipa dans l'espace d'une dizaine de jours sous l'influence de l'iodure de sodium.

Ajoutons que si, en cas d'intolérance gastrique, l'usage interne de l'essence de térébenthine peut être remplacé par des injections hypodermiques, il convient, au contraire, de s'abstenir d'administrer l'ichtyol par la voie sous-cutanée : un essai de ce genre, fait par M. Nazarov, a entraîné une inflammation locale excessivement douloureuse.

Les inhalations de nitrite d'amyle contre les hémoptysies.

Il y a quelques années, plusieurs tentatives ont été faites en vue de traiter les hémoptysies par des médicaments vasodilatateurs. Des résultats favorables furent alors obtenus par M. L. Flick au moyen de la trinitrine, par M. A. Chelmonski avec l'iodure de potassium ou de sodium (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. LIV, et 1899, p. 288).

De son côté, un confrère australien, M. le docteur F. Hare, médecin consultant de l'hôpital général de Brisbane, vient de reprendre l'idée de combattre les hémoptysies en provoquant une vasodilatation périphérique; notre confrère emploie, dans ce but, des inhalations de nitrite d'amyle. Chez les 4 malades qu'il a soumis à ce traitement — l'un présentait une insuffisance mitrale, les 3 autres étaient atteints de phtisie pulmonaire —, il suffit de faire inhaler V gouttes de nitrite d'amyle pour obtenir une hémostase pour ainsi dire immédiate, alors même que l'on avait affaire à des hémorrhagies abondantes; à peine quelques stries sanguines persistaient-elles dans les crachats pendant un certain temps. Chez un des 3 phtisiques en question, une rechute se produisit, dont on se rendit d'ailleurs rapidement maître en ayant à nouveau recours au nitrite d'amyle.

Ce médicament agirait, d'après M. Hare, en déterminant une chute de la pression sanguine dans l'oreillette gauche, avec réduction consécutive de la tension au niveau de la circulation pulmonaire.

Traitement des verrues cutanées par les rayons solaires concentrés.

Ayant sur les deux régions palmaires plusieurs verrues légèrement surélevées et mesurant chacune 3 millimètres environ de diamètre, un médecin russe, M. le docteur M. P. Naoumov (de Kazan), a eu l'idée d'essayer de les soumettre à l'action des rayons solaires concentrés. A cet effet, il se servit d'une lentille biconvexe d'ophtalmoscope, au moyen de laquelle il dirigea les rayons solaires sur une des petites tumeurs en question. L'expérience dura une trentaine de secondes; immédiatement après la séance, notre confrère éprouva, au niveau du point sur lequel avait porté l'action de la lumière, une légère sensation de brûlure, qui ne tarda pas à faire place à une sensation de tension, en même temps que la verrue se tuméfiait quelque peu et devenait rouge à sa base. Cet état persista pendant vingt-quatre heures; puis, tout sembla rentrer dans l'ordre, mais au bout de trois jours le fond de la verrue devint noirâtre et, cette coloration s'accentuant de plus en plus, la petite tumeur présenta bientôt une consistance parcheminée. Une quinzaine de jours après, M. Naoumov, ayant commencé à enlever, à l'aide d'un bistouri, les couches superficielles de la verrue, constata dans l'épaisseur de celle-ci la présence de sang desséché. En examinant à la loupe la base de la tumeur, il fut à même de se rendre compte que ce sang s'était extravasé des ramifications vasculaires thrombosées. Cela étant, notre confrère estime que les radiations solaires agissent surtout sur les vaisseaux nutritifs de la verrue, en amenant leur occlusion complète et, comme conséquence de cette thrombose, la momification de la petite tumeur jusque dans ses couches les plus profondes.

M. Naoumov a traité de la même façon toutes ses autres verrues, et toujours il a vu l'application photothérapique amener des phénomènes identiques. Les excroissances mortifiées une fois enlevées, il restait à leur place un léger épaississement de l'épiderme, qui disparaissait progressivement, et la peau de la région redevenait alors tout à fait normale. Depuis que notre confrère a eu l'occasion d'expérimenter ce mode de traitement, deux ans se sont écoulés sans qu'il y ait eu la moindre récidive.

On sait qu'il est également possible de détruire les excroissances verruqueuses en faisant agir sur elles les rayons de Röntgen; le procédé préconisé par M. Naoumov présente, toutefois, l'avantage d'être plus à la portée du praticien.

Procédé simplifié pour aviver les surfaces bourgeonnantes en vue des greffes épidermiques.

Pour pratiquer les greffes épidermiques suivant le procédé d'Ollier-Thiersch, on recommande généralement de faire — avant la transplantation des lambeaux cutanés — l'ablation, à la cuiller tranchante, des bourgeons charnus recouvrant la plaie que l'on se propose de combler. Or, d'après l'expérience de M. le docteur C. Lauenstein, chirurgien de l'hôpital du port de Hambourg, il serait avantageux de pratiquer l'avivement de la plaie bourgeonnante par un moyen moins brutal que le curettage : notre confrère se contente de frotter la surface de l'ulcère avec un tampon de gaze stérilisée, jusqu'à ce que cette surface commence à saigner très légèrement. C'est ainsi que chez un homme dont la peau du membre supérieur avait été détruite par un phlegmon sur une très vaste étendue, cinq ou six tampons furent utilisés, chacun suffisant pour une surface grande comme la paume de la main; huit jours après l'opération, on put constater que les greffes avaient parfaitement pris. Il en fut de même chez un autre malade, qui fut opéré pour une plaie de la paroi abdominale par M. le docteur Schubert, assistant de M. Lauenstein.

Traitement du bouton d'Orient par la réfrigération.

Partant de ce fait que l'agent pathogène du bouton d'Orient est particulièrement sensible au froid, un médecin militaire russe, M. le docteur K. Choulguine, a eu l'idée de traiter cette affection par des pulvérisations d'éther. Notre confrère fait ces pulvérisations jusqu'à ce que l'ulcère et les téguments environnants soient complètement gelés, après quoi il maintient encore la congélation pendant cinq à dix minutes. Afin de prolonger autant que possible les effets de la réfrigération, on ne recouvre pas la région et on la laisse récupérer spontanément sa température normale : alors seulement, on applique deux petites compresses de gaze stérilisée, que l'on fixe au moyen de quelques tours de bande. Les pulvérisations sont répétées tous les deux ou trois jours. Elles ne se montreraient douloureuses que chez les sujets particulièrement sensibles; la plupart des malades accusent simplement une sensation désagréable de resserrement au moment où se produit la congélation.

M. Choulguine a eu l'occasion d'expérimenter le procédé en question dans 16 cas de bouton d'Orient et, en se basant sur les résultats obtenus, il n'hésite pas à le considérer comme une véritable méthode abortive, qui ferait disparaître les papules et les infiltrations non ulcérées dans l'espace de six à dix jours, et cela sans laisser subsister la moindre cicatrice. S'agit-il, au contraire, d'un bouton déjà ulcéré, la guérison nécessite naturellement plus de temps; toutefois, même en pareille occurrence, la durée du traitement n'a jamais dépassé vingt jours : la cure une fois terminée, on ne voyait persister qu'une cicatrice tout à fait superficielle, voire même une simple tache pigmentaire, qui ultérieurement allait en s'atténuant.

Ajoutons que notre confrère serait porté à croire que l'on pourrait obtenir de tout aussi bons résultats en appliquant une vessie de glace sur les parties malades, mais jusqu'à présent il n'a pas eu l'occasion d'essayer ce procédé (1).

(1) Dans les cas où, pour une raison quelconque, on n'est pas à même de recourir à la réfrigération, M. Choulguine conseille de pratiquer, sous le fond de l'ulcère, des injections d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à 5 %. Répétées tous les trois à cinq jours, ces injections amèneraient la guérison au bout d'une vingtaine de jours en moyenne. Elles seraient beaucoup plus efficaces que les simples applications d'une solution de violet de méthyle, préconisées par un autre médecin militaire russe, M. le docteur A. Zoubov (Voir *Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. CCVI), lesquelles ne sauraient guère agir sur des infiltrations profondes. Mais, à côté de ces avantages, les injections dont il s'agit présentent un inconvénient : elles sont douloureuses, à tel point que, chez 2 malades (sur 19), M. Choulguine s'est vu obligé de renoncer à continuer le traitement. Cet effet des injections semble, d'ailleurs, dépendre moins du degré de concentration de la solution employée que des conditions anatomiques de l'ulcération : plus les tissus sont tendus après l'injection, plus vives sont les douleurs qu'occasionne l'intervention.

TRAVAUX ORIGINAUX

La bacillémie tuberculeuse.

I

On désigne généralement sous le nom de bacillémie l'existence d'un bacille dans le sang circulant. Mais, après M. Benda et avec M. le professeur Debove, nous n'appliquerons cette dénomination qu'aux cas où le bacille de Koch se rencontre dans le liquide sanguin. Si le mot n'est pas nouveau, par contre la chose est assez nouvelle : malgré l'importance du sujet, l'histoire bactériologique de cette variété de septicémie, quand on la compare surtout aux autres, se réduit à quelques faits isolés, l'histoire clinique à des hypothèses. C'est la rareté des documents précis, c'est le mutisme des traités didactiques qui nous ont engagé à aborder ce sujet dont l'étude nous a été spécialement facilitée par l'emploi de méthodes de recherche nouvelles, l'inoscopie combinée à une technique particulière d'inoculation.

Les bacillémies n'ont pourtant pas été complètement négligées jusqu'ici. Bien avant la découverte du bacille lui-même, au lendemain de la grande révélation de Villemin, la question de la virulence du sang se posa des premières. C'est encore à Villemin que nous sommes redevables de sa solution : en 1866, il inocula avec succès du sang prélevé sur le cadavre d'un phtisique.

Depuis cette inoculation historique, la notion de la bacillémie subit des fortunes diverses, et si le doute et l'imprécision la caractérisent encore aujourd'hui, cela tient aux difficultés matérielles que présente la détermination bactériologique précise de cette sorte de septicémie, difficultés qui, lorsqu'elles n'ont pas entravé les recherches, les ont rendues vaines ou en ont faussé les résultats.

Ainsi, les preuves de l'existence de la bacillémie ont tour à tour été empruntées à la pathologie comparée, à l'expérimentation, à l'observation humaine.

C'est l'art vétérinaire qui a fourni les principaux éléments de cette étude, poursuivie depuis Toussaint et Baumgarten, par Thal et Nesterow, puis successivement par Gosselin, Jeannel, Galtier, Bang, Hagemann, etc. On trouvera dans la thèse de M. Kuss (1) la relation détaillée de leurs expériences avec une bibliographie très complète de la question.

La portée pratique de ces recherches est considérable. Mais, comme nous le démontrerons dans un travail qui sera publié ailleurs, des fautes de technique empêchent d'en tirer aucun enseignement général, les prélèvements sanguins ayant été effectués dans des conditions trop différentes et les inoculations pratiquées suivant des modes trop divers pour qu'on puisse tenir compte des résultats, d'ailleurs très contradictoires, auxquels elles ont abouti. En outre, si intéressant que soit le but de ces recherches, instituées surtout pour la sauvegarde de l'hygiène alimentaire, et les conclusions en fussent-elles uniformes et à l'abri de tout reproche, qu'elles ne pourraient encore pas servir à l'histoire de la bacillémie tuberculeuse chez l'homme. De la plupart de ces expériences, il résulte, en effet, que des différences profondes séparent les diverses espèces animales, au point de vue de l'infection ; elles nous montrent par exemple la fréquence relative de la bacillémie chez le lapin, en rapport avec les tendances généralisatrices bien connues de la tuberculose chez ce rongeur, et sa rareté chez le cobaye. S'il en est ainsi pour des espèces animales aussi voisines, comment conclure pour la septicémie humaine ?

(1) G. Kuss. De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. (*Thèse de Paris*, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 129.)

Le même reproche s'adresse aux tentatives de réalisation expérimentale de la septicémie tuberculeuse par introduction directe du bacille dans la circulation. Nous faisons allusion aux expériences classiques de Nocard, de Gärtner, de McFadyean, aux dernières tentatives de M. Bergeron (1), qui toutes concluent de même et admettent la brièveté des septicémies tuberculeuses artificielles. Aucune ne peut servir à l'histoire de la bacillémie spontanée de l'homme ; elles s'écartent par trop des conditions de la clinique.

Enfin, en ce qui concerne l'observation humaine elle-même, nous n'avons que fort peu de faits probants à enregistrer, bien que la présence du bacille de Koch dans le sang circulant ait été maintes fois recherchée, la notion de la bacillémie étant indispensable à la compréhension de faits tels que la granulie généralisée, la tuberculose fœtale (2) et, en général, la tuberculisation de tous les organes profonds où le bacille ne saurait avoir d'accès direct.

Des preuves indirectes ou anatomiques de la septicité du sang sont fournies par les lésions que présente quelquefois l'appareil vasculaire des tuberculeux. Depuis les premières constatations de Virchow, de Weigert, des traces de cette infection ont été maintes fois retrouvées dans les veines et les artères (3) de la grande et de la petite circulation. Les observations d'endocardite tuberculeuse sont aujourd'hui légion, si l'on en croit la thèse de M. Banquet (4) et la revue générale de M. Chartier (5).

Des preuves plus directes de la bacillisation du sang ont été établies, tantôt *post mortem*, tantôt *in vivo*. L'inoculation du sang recueilli sur le cadavre a fourni depuis Villemin des résultats positifs entre les mains de bien des expérimentateurs. Il en est de même des examens histologiques de caillots intravasculaires : malheureusement, depuis que les constatations de Straus, de Steinheil ont démontré que la loi de l'envahissement agonique des tissus par les germes était applicable au bacille de Koch, un certain doute a plané sur cet ensemble imposant de travaux antérieurs, et bien que nos recherches personnelles nous aient démontré l'inconstance de la bacillémie cadavérique, dont l'importance a certainement été exagérée, la valeur des observations antérieures s'est trouvée amoindrie et nous n'avons plus le droit de tabler avec certitude que sur les bacillémies constatées chez le vivant. Or, celles-ci sont très exceptionnelles. Seuls Rütimeyer, Liebmann, Meisels, Lustig, Sticker, Ettlinger auraient pu déceler le bacille tuberculeux dans ces conditions. Mais ces quelques faits isolés demeurent eux-mêmes peu convaincants, car la plupart n'ont pas subi le contrôle de l'inoculation, indispensable en l'espèce. Ajoutons que Rütimeyer a opéré en ponctionnant la rate, et ne s'est donc pas adressé au sang véritablement circulant ; que les faits de Liebmann ont été reconnus mal observés, en sorte que, même en y adjoignant les observations les plus récentes, les bacillémies avérées se réduisent à un tout petit nombre de cas assez problématiques, concernant seulement des tuberculoses aiguës. On peut en dire ce que Cohnheim disait des faits de tuberculose hérédo-placentaire, qu'il serait facile de les compter sur les doigts.

Dans de semblables conditions, l'histoire clinique de cette infection devait être plus restreinte encore. Elle est en réalité inexistante. Nous ne pouvons en effet considérer comme lui appartenant le type clinique auquel M. Landouzy a donné le nom de *typho-bacillose*, de *fièvre infectieuse tuberculeuse* ou de *fièvre tuberculeuse prégranulique curable*, affection dont le mécanisme pathogénique est des plus discutables et dont on ne sait si elle représente une infection tuberculeuse, une infection secondaire ou une intoxication tuberculinique. Les cas de tuberculinémie réalisant ce syndrome existent, en effet, chez l'enfant notamment, et nous-même avons eu l'occasion d'en observer un, très net, dans le service de M. Debove (1). Cette conception cadre d'ailleurs avec l'hypothèse de M. Landouzy lui-même. « Les malades, dit-il, sont plus aux prises avec la tuberculine qu'avec le bacille... » Mais voici qui complique le problème : on peut, en effet, d'après M. Landouzy, trouver à l'autopsie de sujets morts de typho-bacillose des lésions granuleuses naissantes, en sorte que ce prétendu type morbide, quand il ne correspond pas à une pure hypothèse, se réduit à une simple granulie (2) qui, pour être légère, n'en est pas moins constituée. La description clinique de cette granulie déguisée ne diffère d'ailleurs pas, au fond, des descriptions classiques de la granulie reconnue.

Tel est actuellement l'état de la question des septicémies tuberculeuses dont nous pouvons en quelques mots établir le bilan général : rareté de la virulence du sang au cours de la tuberculose spontanée, fugacité de cette virulence dans l'infection provoquée, voilà pour ce qui concerne les bacillémies animales ; caractère exceptionnel des faits positifs constatés, authenticité douteuse de ces quelques faits, absence totale de description clinique, voilà pour ce qui a trait aux bacillémies humaines.

II

C'est probablement le souvenir de cet ensemble de constatations négatives, qui fit accueillir avec un certain scepticisme notre communication du 8 mai 1903 à la Société médicale des hôpitaux de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 153), communication dans laquelle nous tentions de réhabiliter la septicémie tuberculeuse, d'en montrer la fréquence relative au cours de la tuberculose aiguë, la possibilité au cours de la tuberculose pulmonaire chronique et dans quelques cas l'autonomie clinique.

En présence de certains résultats inattendus, nous concluions à la nécessité d'une étude nouvelle de ces formes fébriles constatées souvent chez l'enfant et baptisées des noms de fièvre éphémère, de fièvre continue, avec revision bactériologique complète de tous les accès fébriles inexpliqués.

Les critiques ne manquèrent pas ; elles s'adressèrent aux deux méthodes spéciales et nouvelles adoptées pour déceler le bacille de Koch (inoscopie et inoculation fibrineuse), qu'on accusa d'isoler de pseudo-bacilles tuberculeux. La thèse de M. Bergeron, parue depuis sous l'inspiration de M. F. Bezançon, se fit l'écho de ces reproches et ses conclusions furent pour un retour aux anciennes doctrines (3).

Nous répondrons ailleurs à ces critiques, mais dès à présent, pour faire justice de ces allégations et justifier par conséquent notre technique et nos résultats antérieurs, il nous suffira de donner les règles qui nous ont guidé dans nos travaux et dont l'application nous paraît indispensable lorsqu'on veut aborder avec fruit l'étude des septicémies tuberculeuses. Voici les principales de ces règles :

(1) A. Bergeron. Etude critique sur la présence du bacille de Koch dans le sang. (*Thèse de Paris*, 1904.)

(2) G. Kuss. (*Loc. cit.*)

(3) La théorie de l'artérite tuberculeuse a pris tellement de corps, que certains auteurs, comme Niemeyer, Traube, Aufrecht (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 304-305), lui attribuent une importance capitale dans la genèse de la tuberculose pulmonaire et dans le processus de caséification.

(4) Banquet. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'endocardite tuberculeuse. (*Thèse de Bordeaux*, 1898.)

(5) Chartier. Lésions d'origine tuberculeuse de l'appareil cardiovasculaire. (*Rev. de la tuberculose*, fév.-avril 1904, p. 41.)

(1) C'est le cas publié par MM. P. Sainton et R. Voisin (*Rev. de la tuberculose*, oct. 1903, p. 294).

(2) C'est ce qui explique pourquoi M. Aviragnet propose de l'appeler *typho-tuberculose*.

(3) A. Bergeron. (*Loc. cit.*)

La recherche des bacilles de Koch exige l'emploi d'une quantité de sang aussi considérable que possible;

Elle doit s'effectuer, qu'il s'agisse d'inoscopie ou d'inoculation, uniquement dans le caillot fibrineux, spécialement expurgé;

L'inoculation sous-cutanée de ce coagulum au cobaye, suivie de l'apparition d'une adénopathie spécifique, en l'absence même de toute généralisation, offre seule toutes les garanties de certitude et de sensibilité nécessaires.

C'est en suivant ces préceptes que nous avions exécuté nos premiers essais. Convaincu depuis de la rigueur et de l'exactitude de nos recherches, nous les avons poursuivies et multipliées, mais en nous préoccupant cette fois de les faire servir à la clinique. Notre statistique porte aujourd'hui, sans compter les recherches cadavériques, sur 35 sujets adultes des deux sexes chez lesquels le sang a été étudié à des étapes diverses de leur maladie, mais toujours en dehors de la période agonique.

La bacillémie constitue un accident pathologique qui se présente, chez l'homme, dans deux conditions et sous deux aspects très différents. Le plus ordinairement secondaire, elle forme un syndrome anatomo-clinique surajouté à la manifestation tuberculeuse initiale, qui la masque plus ou moins complètement; exceptionnellement primitive, c'est-à-dire isolée, elle peut réaliser une sorte d'entité morbide ayant droit à l'autonomie clinique.

Les bacillémies secondaires, de beaucoup les plus fréquentes, doivent probablement se présenter dans toutes les modalités de la tuberculose humaine, mais nous ne les avons étudiées qu'au cours de la phtisie pulmonaire. Les traces anatomiques laissées par le passage des bacilles dans les vaisseaux, traces qu'il faut chercher dans un organe d'élection comme le rein, atteignent, dans les tuberculoses pulmonaires en apparence les plus localisées, un degré de fréquence tel qu'il semblerait que l'étude de la bacillémie des phtisiques dût être des plus fructueuses : ces lésions s'observent, en effet, si l'on en croit les recherches de M. D'Arrigo (1), de M. Heyn (2) chez plus de la moitié des malades! Or, il n'en est rien, et nous sommes loin des chiffres qu'indiquent les statistiques des lésions bacillaires du rein. Ce désaccord ne saurait s'expliquer par l'hypothèse d'un envahissement ultime des organes par l'infection spécifique, car la plupart de ces lésions ont une apparence suffisamment ancienne. A notre avis, il témoigne simplement de la légèreté et de la fugacité de la plupart des décharges bacillaires, qui en rendent la constatation *in vivo* très aléatoire et très peu fructueuse. Le bacille tuberculeux n'est pas, en effet, un véritable parasite sanguicole; lancé passivement, comme un corps étranger, comme une souillure accidentelle, dans le torrent circulatoire, il y prolifère mal : il y a là des conditions très particulières, toutes différentes de celles que réalisent les autres septicémies.

Qu'indique, en effet, notre statistique de bacillémies *secondaires?* Le sang de 35 sujets atteints de tuberculose pulmonaire tant aiguë que chronique, examiné généralement une seule fois, n'a donné que la proportion de 11 succès (31 %). Encore s'agit-il ici d'une sélection de malades, d'une série de choix où les cas aigus dominent anormalement. Ce chiffre global baisserait certainement dans la réalité, s'il s'agissait d'une recherche effectuée chez des phtisiques pris indistinctement.

Nos 35 cas se subdivisent de la manière suivante :

Phtisie ulcéreuse chronique avec ou sans fièvre, 15 cas : 3 résultats positifs, 11 négatifs, 1 douteux (1).

Phtisie aiguë ou subaiguë (pneumonique, bronchopneumonique ou granulique), 20 cas : 8 résultats positifs, 5 négatifs, 7 douteux.

Ces résultats peuvent déjà se traduire par la formule générale suivante :

Le sang dans la tuberculose pulmonaire chronique est aussi rarement bacillifère qu'il l'est fréquemment dans les formes aiguës.

On devait *a priori* s'y attendre.

Peut-on préciser davantage et déterminer la variété de phtisie à laquelle correspondent nos 11 cas positifs?

Les 3 cas de bacillémie chez des tuberculeux chroniques se rapportent :

Les deux premiers, à des formes torpides presque apyrétiques de phtisie fibreuse chez des sujets atteints, en outre, de bacillose rénale (l'autopsie vérifia le diagnostic dans l'un de ces cas);

Le troisième, à une forme de sclérose pulmonaire avec adénopathie trachéo-bronchique et poussées congestives aiguës; l'examen du sang de ce malade fut fait deux fois, mais chaque fois au moment des poussées fébriles, en sorte qu'on pourrait, à la rigueur, ranger cette observation dans les phtisies aiguës.

Les 8 cas de bacillémie au cours de la phtisie aiguë se répartissent ainsi :

3 cas de pneumonie caséeuse (sur 4 examinés), tous contrôlés par l'autopsie;

3 cas de bronchopneumonie tuberculeuse confluente ayant l'évolution clinique de la phtisie galopante (sur 10 examinés); un seul de ces cas positifs fut vérifié à l'autopsie;

2 cas de tuberculose pulmonaire granulique (sur 5 examinés), contrôlés tous deux à l'autopsie.

Nous avons aussi examiné le sang d'un sujet atteint d'une forme congestive spléno-pneumonique de tuberculose aiguë; l'examen fut négatif. Par contre, le bacille fut constaté dans le sang retiré du poumon par une simple ponction exploratrice.

Quant au diagnostic de ces diverses formes, il ne saurait faire de doute; il fut établi, en dehors du contrôle anatomique, par une auscultation soigneuse. L'analyse bactériologique des crachats, l'examen radioscopique sont venus apporter leur appoint au diagnostic clinique, qui n'offrait d'ailleurs pas de difficultés.

Telles sont les variétés de tuberculose pulmonaire au cours desquelles nous avons relevé la virulence du sang. Remarquons en passant la fréquence remarquable de la complication septicémique au cours de la pneumonie caséeuse, et sa rareté au cours de la phtisie ulcéreuse galopante. Il semble que la bacillémie soit bien plus fonction de l'étendue des lésions pulmonaires que de leur profondeur.

Restent les bacillémies *primitives*, c'est-à-dire celles où la septicémie constitue toute la maladie. Ceci bien entendu n'est qu'une apparence, et il est à présumer que le plus souvent il existe une fissure dans l'organisme, un foyer tuberculeux latent, mais, au point de vue clinique, l'épithète de primitives reste vraie, et — avec cette restriction pathogénique — mérite d'être conservée. Nous avons observé 3 cas de bacillémie répondant à cette définition. C'est fortuitement, bien entendu, dans des conditions où l'impuissance de la clinique s'était manifestée, que nous fûmes par exclusion amené à songer à la tuberculose. L'examen du sang révéla la nature véritable de l'infection. Dans un de ces faits, observé avec M. Braillon, nous fîmes même l'autopsie, qui démontra l'intégrité pulmonaire et la localisation des lésions au seul système vasculaire (1).

Il est vraisemblable que des recherches poursuivies en ce sens, non plus chez l'adulte, mais chez l'enfant, si sujet aux infections aiguës indéterminées, réserveraient plus d'une surprise de même ordre.

III

Comme nous l'avons dit précédemment, la bacillémie se présente au lit du malade sous deux formes très différentes : ou bien elle constitue une complication accidentelle surajoutée à la phtisie pulmonaire, ou bien elle existe pour son propre compte, isolément.

La bacillémie des phtisiques, de même que la généralisation granulique, dont elle peut être considérée comme un avant-stade, évolue le plus souvent à l'insu du médecin. Cette latence peut tenir à deux causes : ou l'infection est trop discrète pour modifier en quoi que ce soit l'aspect de la maladie; c'est ce qui se produit le plus ordinairement; ou l'infection, plus sévère, est suivie de réaction, mais les signes qui traduisent cette réaction sont difficilement isolables des symptômes propres à la maladie pulmonaire elle-même. Cette évolution clandestine ne justifie pas néanmoins le dédain et l'indifférence qu'on témoigne généralement à cette étude, car, si la bacillémie est en quelque sorte un accessoire de la phtisie chronique, elle est assez fréquente dans la phtisie pulmonaire aiguë pour qu'on soit en droit de se demander quelle part lui revient dans la production du tableau symptomatique; si celle qui jusqu'ici lui a été attribuée n'est pas insuffisante, et si notamment on ne doit pas revendiquer pour elle la production de la plupart des signes extra-pulmonaires et spécialement des symptômes généraux, qu'on a souvent trop de tendance à mettre sur le compte des infections secondaires ou de l'intoxication tuberculinique.

C'est là un problème d'analyse physio-pathologique que l'on peut maintenant aborder. Pour opérer cet isolement et dégager les bacillémies secondaires de ce cortège et de cette confusion symptomatique, il semblerait qu'on pût s'aider de l'étude des bacillémies primitives, naturellement épurées; mais elles-mêmes, à cause de leur aspect polymorphe, ne peuvent être d'un très grand secours. Voyons donc quels sont les symptômes communs à tous les cas de tuberculose septicémique quels qu'ils soient, et — ce qui achèvera de les caractériser — recherchons s'ils font défaut dans les formes non bacillémiques. Cette étude nous facilitera la description et spécialement le diagnostic des bacillémies primitives dont nous tenterons ensuite une rapide esquisse.

Une des premières idées qui vienne à l'esprit lorsqu'on s'efforce de caractériser cliniquement la bacillémie, consiste à trouver dans la fièvre un indice spécifique de la pénétration des bacilles dans le torrent circulatoire. L'élévation thermique n'est-elle pas le critérium de toute infection? N'avons-nous pas nous-même signalé la très grande fréquence de la bacillémie dans la phtisie aiguë et son apparition exceptionnelle dans la phtisie chronique? La fièvre est certainement une forte présomption en faveur de la généralisation bacillaire, mais un dépouillement attentif de nos observations nous a montré qu'il ne faudrait pas faire trop de fond sur ce signe; non seulement la bacillémie ne possède pas de type fébrile particulier, mais on peut même douter de la nécessité de l'existence de la fièvre dans la septicémie tuberculeuse.

En effet, s'il est certain que la bacillémie existe dans près de la moitié des phtisies

(1) G. D'Arrigo. Die Alterationen der Niere bei Lungentuberculose in Beziehung auf den Uebergang des Toxins und der Tuberkelbacillen; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 4 sept. 1900.)

(2) A. Heyn. Ueber disseminirte Nephritis bacillaris Tuberculöser ohne Nieren-Tuberkel. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1901, CLXV, 1, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 108.)

(1) Nous appelons douteuse la bacillémie constatée seulement à l'inoscopie, alors que l'inoculation a échoué. Nous appelons positifs ou négatifs les cas où les deux méthodes ont concordé dans un sens ou dans l'autre.

(1) Braillon et André Jousset. Septicémie et endocardite tuberculeuses « primitives » diagnostiquées pendant la vie. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 3 juillet 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 223.)

fébriles, que dans certaines formes à poussées congestives et pyrétiques les décharges bacillaires correspondent précisément aux périodes de crise, il faut ajouter que d'autres éléments entrent en jeu dans la production de la fièvre, et si la coexistence des deux signes est fréquente, elle n'est nullement constante et nécessaire. La fièvre des tuberculeux reconnaît des origines complexes où figurent beaucoup plus l'élément individuel, la susceptibilité du sujet, la forme et l'étendue de ses lésions que le bacille lui-même. Il suffirait, d'ailleurs, pour ruiner cette doctrine, de citer les deux cas de bacillémie chez des tuberculeux apyrétiques auxquels nous avons tantôt fait allusion; chez eux, la température, suivie pendant deux et trois mois, n'a jamais excédé 38°. Ces faits ne doivent pas surprendre; ils ont leurs analogues dans l'histoire de la granulie et des tuberculoses généralisées. L'évolution de la tuberculose granulique se fait quelquefois, chez l'adulte, suivant un mode de pyrexie atténuée. Chez l'enfant lui-même, l'apyrexie coïncidant avec une cachexie progressive, inexplicable, n'est-elle pas parfois l'indice d'une tuberculose généralisée, c'est-à-dire hématogène ou bacillémique? M. Marfan a attiré l'attention sur cette particularité (1).

Si la fièvre ne correspond pas forcément à la bacillémie, ni la bacillémie à la fièvre, que penser d'autres signes généraux, tels que la cachexie tuberculeuse, que penser des poussées sudorales? Dès le premier examen, on s'aperçoit qu'il n'y a entre eux et l'infection du sang aucune corrélation.

Nous en dirons autant de quelques phénomènes subjectifs, de la prostration, du délire, qui peuvent aussi bien témoigner d'une réaction cérébrale d'ordre toxique ou d'une granulie méningée — ce qui somme toute représente une bacillémie périmée — que d'une bacillémie en activité. Ces phénomènes sont loin d'être constants, et leur valeur indicatrice est des plus médiocres.

Les hémorrhagies ou les tendances aux hémorrhagies ne constituent pas de meilleurs indices. Bien qu'on les retrouve assez fréquemment au cours de la granulie (2) et qu'on les ait quelquefois attribuées à l'invasion des vaisseaux par le bacille de Koch, opinion contre laquelle Hanot s'est d'ailleurs élevé, nous ne les avons rencontrées qu'une fois dans la bacillémie. Il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'une phtisie à marche rapide et fébrile. Un purpura tenace et récidivant, quelques épistaxis en furent la manifestation principale. La bacillémie revêt donc exceptionnellement les allures d'une septicémie hémorrhagique.

En résumé, de toutes les manifestations générales extérieures de la septicémie tuberculeuse, une seule, la fièvre, est à considérer. Encore celle-ci est-elle très inconstante et dénuée de caractères qui puissent la rendre immédiatement reconnaissable, comme l'est par exemple la fièvre du typhoïdique ou celle du paludéen. Les types continus et élevés, irréguliers ou à oscillations faibles, comprises entre 39° et 40°, coïncident surtout avec la bacillémie. *Nous n'avons, par contre, jamais observé celle-ci avec la fièvre rémittente hectique* et c'est là une constatation négative qui a son importance pour l'interprétation d'un symptôme dont le mécanisme physiologique a été tant de fois discuté (3).

Ne trouvant pas dans les réactions générales de l'organisme l'indice cherché, nous nous sommes adressé aux signes fonctionnels donnés comme caractéristiques de l'imprégnation tuberculeuse, puis aux localisations viscérales habituelles aux septicémies. La tachycardie a été particulièrement étudiée à ce point de vue, mais elle ne paraît pas se rencontrer plus souvent dans les formes bacillémiques de la tuberculose. La dyspnée ou plutôt la polypnée semble constituer un meilleur signe d'infection sanguine; elle peut, il est vrai, relever de conditions multiples, notamment des désordres pulmonaires eux-mêmes, mais par deux fois elle nous est apparue avec des allures toxi-infectieuses ou de dyspnée *sine materia* des plus nettes. Il s'agissait de malades chez lesquelles les lésions pulmonaires étaient minimes, et qui, à diverses reprises, présentèrent des crises dyspnéiques en forme d'asthme, coïncidant exactement avec la présence, dans le sang, du bacille de Koch. En dehors des crises, la stérilité du sang fut également reconnue (1). Il nous paraît donc qu'à côté de la fièvre, la dyspnée des tuberculeux, lorsque les lésions pulmonaires ne suffisent pas à l'expliquer, mérite une réelle considération pour juger de la mobilisation bacillaire.

Nous en dirons autant des arthralgies que nous avons quelquefois observées dans ces mêmes conditions, arthralgies fugaces, il est vrai, et qu'il faut rechercher particulièrement. Elles sont loin d'être constantes, mais leur apparition dans la bacillémie présente un grand intérêt doctrinal, en ce sens qu'elle éclaire d'un jour particulier et confirme la notion du rhumatisme tuberculeux étudié par M. Poncet et ses élèves, affection dont elles ne sont peut-être que le prélude ou qu'une forme abortive.

Par contre, des localisations viscérales infectieuses ordinaires, de l'hépatomégalie et de la splénomégalie avec sensibilité douloureuse, nous dirons peu de chose. Ces signes sont assez inconstants et l'on sait d'ailleurs en clinique combien la recherche de ces tuméfactions d'organes, et spécialement de celle de la rate, lorsqu'elles ne sont pas considérables, prête facilement à l'erreur. Disons néanmoins qu'à toutes les autopsies de bacillémiques que nous avons pu faire, la rate a toujours été augmentée de volume.

Telles sont les ressources principales dont nous disposons lorsqu'il nous faut juger, par le seul examen clinique, de la virulence ou de l'asepsie du sang des tuberculeux. Aucun de ces signes n'est absolu; ils permettent d'établir de simples présomptions.

Un seul constitue réellement, à notre avis, un critérium de valeur quand il s'agit de résoudre le problème au lit du malade, c'est l'*albuminurie*.

Des rapports intimes qui unissent le rein au bacille de Koch en général, de la fréquence des bacillisations rénales, nous ne dirons rien ici, c'est là une question d'anatomie pathologique et d'expérimentation que nous résoudrons ailleurs. Sachons seulement qu'un des modes d'auto-purification du sang bacillifère consiste en décharges qui s'effectuent au niveau du filtre rénal, qu'à ces décharges correspond un arrêt définitif ou temporaire des bacilles dans le parenchyme rénal, se traduisant par des lésions (typiques ou atypiques, nodulaires ou diffuses) de l'organe, ou par une simple bacillurie; et qu'enfin, dans un cas comme dans l'autre — et c'est ce qui nous intéresse au point de vue clinique —, il y a production d'albuminurie.

L'albuminurie dans la bacillémie est à peu près constante; nous l'avons observée 7 fois sur 8 au cours de la phtisie aiguë, 2 fois sur 3 dans la phtisie chronique, 3 fois enfin sur 3 cas de bacillémie primitive. Dans une étude urologique des plus intéressantes, entreprise chez des phtisiques *exempts de tuberculose rénale*, MM. Foulerton et Hillier (2) signalent la coïncidence fréquente de l'albuminurie et de la bacillurie, autant dire de l'albuminurie et de la bacillémie, la bacillurie ne pouvant se concevoir autrement qu'avec un sang bacillifère.

L'albuminurie observée au cours de la phtisie a pu, dans certains cas, être assez considérable, révélant ainsi l'existence de grosses lésions diffuses du rein; mais c'est là l'exception: elle est généralement légère, ce qui correspond à des altérations épithéliales minimes et limitées, parcellaires, dont témoigne la présence de quelques cylindres. On doit la rechercher avec grand soin par une application correcte de la réaction de Heller ou par l'ébullition, après salure forte (5 % de chlorure de sodium), avec 1 ‰ d'acide acétique. Elle est si légère, en effet, dans la plupart des cas, qu'on risquerait de la méconnaître. C'est ainsi qu'elle a passé inaperçue également dans la granulie où nous estimons qu'elle doit être à peu près constante au moment de l'implantation bacillaire et de la germination tuberculeuse, quitte à diminuer ou à disparaître dans la suite. C'est là une notion nouvelle, importante et passée sous silence dans l'enseignement classique. La plupart des traités, en effet, mentionnent à peine ce symptôme, qu'ils considèrent comme un élément contingent, voire exceptionnel de la tuberculose hématogène. Potain (1) avait pourtant insisté sur les formes albuminuriques de la granulie.

Quoi qu'il en soit, *dans la bacillémie elle-même, suivie ou non de formations granuliques, on peut considérer l'albuminurie comme la règle, et son absence comme l'exception.* Si toute albuminurie chez un tuberculeux n'est pas synonyme d'infection du sang, par contre, l'absence d'albuminurie dûment constatée à diverses reprises doit faire rejeter à peu près certainement le diagnostic de bacillémie.

IV

On peut se faire une idée de la nosographie des bacillémies primitives en leur adaptant la nomenclature de la plupart des descriptions classiques de la granulie généralisée; que sont-elles, en effet, sinon des granulies sans lésions? C'est dire quel peut être leur polymorphisme symptomatique. A la vérité, nous n'avons observé que quelques exemples permettant d'établir ces rapprochements, mais ils laissent espérer que l'assimilation se complétera dans l'avenir. C'est ainsi qu'a ingénieusement procédé M. Landouzy lorsqu'il a créé un peu hypothétiquement ses deux formes de typho-bacillose à l'image des formes gastro-intestinales de la granulie. Aujourd'hui, si l'hypothèse a pris un certain corps en ce qui concerne les formes atténuées de l'infection, il n'en est pas de même de la forme majeure, de celle qui simule la dothiénentérie. Chaque fois, en effet, que nous avons trouvé — coïncidant avec une bacillémie — des signes se rapprochant de ceux de la fièvre typhoïde, nous avons pu constater à l'autopsie des lésions granuliques généralisées ou spécialement confluentes au niveau du péritoine.

Par contre, nous avons nettement observé la forme atténuée ou gastrique.

Une jeune fille jusque-là indemne de toute maladie entre à l'hôpital Beaujon, se plaignant de malaises, de courbature, de céphalée, d'anorexie; on lui trouve la langue sale, l'haleine fétide et une température de 39°. Son pouls est à 110. Le ventre est sensible à la pression, surtout sous l'hypocondre gauche; il y a de la constipation. Les urines, rares, renferment un peu d'albumine; les voies respiratoires paraissent indemnes. Cet état dure une huitaine de jours pendant lesquels, songeant à une infection éberthienne atténuée, on pratique par

(1) Marfan. De la tuberculose généralisée, chronique, apyrétique des nourrissons et des enfants du premier âge. (*Semaine Médicale*, 1892, p. 509-511.)

(2) E. Trémolières. Contribution à l'étude de la granulie à forme hémorrhagique. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(3) I. Straus. Tuberculose et infections secondaires. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 253-255.)

(1) L'une de ces malades, actuellement en bonne santé, a été présentée, il y a plus de quinze mois, à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

(2) A. G. R. Foulerton et W. T. Hillier. On the urine in tuberculous infection. (*Brit. Med. Journ.*, 21 sept. 1901, p. 774.)

(1) Potain. Sur un cas de granulie à prédominance rénale. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 509-510.)

deux fois, et inutilement, le sérodiagnostic. Au sixième jour, l'inoscopie du sang démontre la présence de rares unités bacillaires; mais, à cause de l'aspect un peu anormal des bacilles, on inocule un cobaye sous la peau de l'aine avec 18 grammes de sang recueillis par ponction veineuse. Entre temps, la malade ayant guéri et quitté l'hôpital, on ne songeait plus à elle ni à l'animal en expérience, lorsque l'apparition chez ce dernier d'un chancre d'inoculation et d'une grosse adénopathie inguinale caséeuse vint démontrer qu'il s'était agi d'une infection tuberculeuse.

Nous avons autrefois publié l'observation d'un sujet atteint d'une septicémie tuberculeuse primitive, que l'on pourrait qualifier de *rhumatismale*, en ce sens que des arthralgies préludèrent à son éclosion et qu'une endocardite tuberculeuse survenue secondairement, à l'apogée de l'infection, acheva de compléter l'assimilation (1). A côté du rhumatisme tuberculeux granulique de M. Poncet, il paraît donc qu'il y ait un avant-stade simplement bacillaire où l'infection sanguine et les arthralgies constituent toute la maladie.

La dyspnée peut être enfin la principale manifestation clinique de la septicémie spécifique, et il semble qu'on soit en droit de créer des formes *dyspnéiques* de bacillémie. L'anxiété respiratoire peut être intermittente, paroxystique comme la bacillémie elle-même, qui disparaît dans les périodes d'accalmie. Chez le malade que nous avons observé, la fièvre et l'albuminurie accompagnaient ces décharges microbiennes. La dyspnée revêtit une fois l'apparence de l'asthme véritable.

Ces quelques exemples suffisent à démontrer que le bacille de Koch peut, par sa seule présence et par la variété de ses localisations, en l'absence même de toute lésion visible, provoquer les réactions les plus diverses. Il serait entre autres particulièrement intéressant de chercher des formes méningées ou cérébrales de septicémie tuberculeuse, car il semble, d'après ce que nous avons observé dans certaines autopsies de méningite tuberculeuse aux lésions extrêmement réduites, qu'il y ait, entre la méningite véritablement granuleuse et le méningisme toxique, une place à réserver à l'infection bacillaire pure et simple des centres nerveux et de leurs enveloppes.

Quel est l'avenir de semblables malades, comment se résout une infection considérée jadis comme fatale? Après une série d'alternatives heureuses ou malheureuses, de périodes de virulence ou d'avirulence, quelquefois après une lutte fort longue, le bacille ou l'organisme prennent le dessus; à côté de bacillémies fugaces durant quelques jours, nous en avons vu durer plusieurs semaines. Cette prolongation de l'infection est généralement de mauvais augure; par contre, lorsque l'infection est de courte durée, elle est parfaitement curable et son pronostic, sans être bénin, est loin d'être absolument désespéré. D'ailleurs, la granulie elle-même guérit bien! Ici s'ouvre un peu le champ des hypothèses, car le pronostic d'une infection est fait d'éléments trop divers; en outre, le nombre des observations longuement suivies et étudiées avec toute la précision désirable est très limité. Quoi qu'il en soit, de nos 3 cas de bacillémie primitive, 2 ont guéri, et M. Sticker (2) cite un fait de même ordre. On peut donc décrire aux bacillémies, suivant leur virulence, une évolution quelquefois heureuse, le plus souvent malheureuse, la rétrocession pure et simple par élimination rénale des bacilles, ou la prolifération suivie de l'implantation granulique. La maladie est bien, dans ces cas, « prégranulique », mais elle ne l'est pas forcément, et autant la notion de bénignité relative — entrevue par M. Landouzy et que comporte son appellation de « fièvre infectieuse prégranulique curable » donnée quelquefois à la typhobacillose — nous semble exacte, autant l'évolution obligatoire vers la granulie, impliquée par l'épithète de prégranulique, répond peu à l'observation des faits.

Quant aux complications qui résultent de l'éclosion granuleuse elle-même, elles sont légion. Tout est possible en matière de dissémination tuberculeuse, et l'on peut presque admettre qu'en dehors du poumon, du tégument externe et de l'intestin, passibles d'une infection directe, toutes les tuberculoses reconnaissent cette origine métastatique. Il est toutefois deux localisations qui, par leur siège ou leur fréquence au cours des bacillémies, caractérisent tout particulièrement celles-ci: ce sont les localisations endocardiques et rénales. Elles méritent de retenir l'attention, car les unes sont la source de lésions valvulaires constituées et les autres aboutissent dans l'avenir, si les malades ont résisté à l'infection elle-même, à l'atrophie du rein: les sujets meurent en cardiaques ou en brightiques, d'asystolie ou d'insuffisance rénale. Tels sont l'évolution et le pronostic de la bacillémie considérée en elle-même et indépendamment de toute lésion tuberculeuse initiale.

Les difficultés du diagnostic des septicémies tuberculeuses varient avec chacune des formes qu'elles revêtent; elles sont essentiellement trompeuses. On devra par exclusion les soupçonner en présence d'une infection moyennement fébrile à type mal défini, mais se prolongeant outre mesure et accompagnée d'une débilitation cachectique qui contraste avec la persistance de l'appétit. La dyspnée, la tachycardie, la splénomégalie doivent être alors recherchées. Si à ces symptômes s'adjoint une albuminurie légère, fugace, accompagnée de cylindrurie, le diagnostic ne doit plus errer, la bacillémie est bien probable.

On en acquerra la certitude au moyen de diverses épreuves de laboratoire. Une saignée aseptique d'une quarantaine de grammes de sang étant pratiquée, quelques centimètres cubes sont ensemencés dans 150 ou 200 grammes de bouillon, le reste est recueilli dans deux tubes à essais stériles. L'insuccès de l'ensemencement constituant une forte présomption en faveur de la bacillémie tuberculeuse, en même temps qu'il fournit une preuve de l'asepsie du prélèvement, cette épreuve doit toujours être faite. A l'aide du sang qui reste sont pratiquées l'inoscopie et l'inoculation. A la rigueur on peut se passer de l'inoculation lorsque l'inoscopie fournit un résultat négatif, et la certitude que la bacillémie n'existe pas est immédiatement acquise; mais au cas contraire, et si nets qu'apparaissent les bacilles dans le champ microscopique, l'inoculation doit être pratiquée. La réponse devra en ce cas être attendue plusieurs semaines.

V

Existe-t-il des signes anatomiques de l'infection bacillaire du sang? Il semblerait que la question ne dût même pas se poser, puisque cliniquement la bacillémie pourrait être définie « une granulie sans lésions », et que cette étude dût se réduire à une simple constatation de recherche bactériologique effectuée *in vivo*. Toutefois, sur le cadavre, certaines particularités peuvent rétrospectivement faire songer à une infection, et spécialement à celle qui nous occupe.

Quelles que soient, en effet, les lésions thoraciques, la présence d'une rate grosse, ferme ou diffluente, mais supérieure de 100, 200 grammes à son poids habituel, l'existence de foyers hyperémiques pulmonaires sans localisation basale symétrique, la congestion rénale, tout cet ensemble doit éveiller l'idée de la bacillémie. Il importe, dans ces conditions, de rechercher s'il n'existe pas déjà des lésions tuberculeuses avérées, des traces d'une granulie naissante, à ses débuts, et les séreuses devront être à cet égard particulièrement fouillées, retournées et examinées, sous l'eau, à la loupe, au microscope. Les reins seront l'objet d'une investigation spéciale, étant donné ce que nous avons dit de la *prédilection du bacille de Koch pour cet organe*. L'examen histologique y révélera, surtout dans la région corticale et labyrinthique, des foyers leucocytaires, des nodules infectieux, embryons de tubercules, ou quelquefois même des bacilles isolés, erratiques et disséminés un peu partout. Un hasard heureux permettra peut-être de les rencontrer dans les vaisseaux. Au besoin, l'inoculation du parenchyme les décèlera.

Tout cet ensemble de faits anatomiques permet simplement de *supposer* qu'il y a eu bacillémie sur le vivant; malheureusement il n'indique pas le moment où s'est opérée l'infection sanguine, et la notion des infections agoniques et de la bacillémie cadavérique est là qui doit imposer une certaine réserve dans les conclusions.

Il nous reste à aborder la question pathogénique et à nous demander par quelles voies s'effectue l'irruption du bacille de Koch dans le milieu sanguin. Dans un cas de Dittrich (1), l'effraction vasculaire par un processus ulcératif parti d'un foyer ganglionnaire médiastinal ne pouvait faire de doute; un certain nombre de constatations analogues ont été faites au niveau des vaisseaux pulmonaires. Malgré tout, ce mode demeure assez exceptionnel et nous avons précisément fait remarquer que les phtisies aiguës, compliquées de bacillémie, n'étaient pas toujours les plus ulcératives, au contraire. Aussi croyons-nous qu'il faut chercher ailleurs, et que c'est par l'intermédiaire du tube digestif que s'effectue le plus habituellement cette pénétration. Au cours de la phtisie, la déglutition des crachats bacillifères n'est-elle pas extrêmement fréquente? N'est-elle pas la règle chez l'enfant et chez toute une catégorie de malades? Les recherches de MM. Anglade et Chocreaux, entreprises chez des aliénés, ont montré la fréquence de cette traversée digestive et la conservation de la virulence du bacille tuberculeux au cours de ce long trajet (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 143). Les expériences de MM. Nicolas et Descos (2), de M. F. Arloing (3) ont établi comment des bacilles de Koch ingérés avec des aliments passaient dans les chylifères intestinaux, puis dans le canal thoracique et de là dans la circulation sanguine; ces auteurs, après Tchitovitch et Dobroklovsky, ont observé avec quelle facilité, avec quel minimum de désordres s'effectuait ce passage. Chez l'homme, la tuberculisation du canal thoracique, démontrée par Ponfick, est loin d'être exceptionnelle.

Que si, passant du connu à l'inconnu, on aborde maintenant le problème des bacillémies primitives, on conviendra que la même pathogénie peut être invoquée avec vraisemblance. La fréquence des infections latentes et même des lésions des voies digestives supérieures, dont les bacilloses amygdaliennes et les adénopathies cervicales sont le témoignage, viennent à l'appui de cette hypothèse. M. von Behring n'a-t-il pas incriminé dernièrement le tube digestif et conclu à l'origine alimentaire de toute tuberculose infantile? Mais c'est là un terrain

(1) Braillon et A. Jousset. (*Loc. cit.*)

(2) G. Sticker. Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blute bei der akuten allgemeinen Miliartuberkulose. (*Centr.-Bl. f. klin. Med.*, 27 juin 1885, p. 441-445.)

(1) P. Dittrich. Ein Beitrag zur Pathogenese der acuten allgemeinen Miliartuberculose. (*Zeitsch. f. Heilk.*, 1888, IX, p. 97.)

(2) J. Nicolas et A. Descos. Passage des bacilles tuberculeux après ingestion dans les chylifères et le canal thoracique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept. 1902, p. 910, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 246.)

(3) F. Arloing. Sur l'infection tuberculeuse du chien par les voies digestives. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 4 avril 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 113.)

d'étude encore peu solide et nous ne voudrions pas nous y engager.

L'impression générale qui se dégage de l'ensemble des faits cliniques et expérimentaux que nous venons de relater est que les bacillémies tuberculeuses humaines, un peu oubliées, semble-t-il, méritaient une réhabilitation générale. Sans compter l'intérêt théorique supérieur qui s'attache à leur étude, laquelle confirme par des faits précis la doctrine hématogène de la tuberculose aiguë, et montre quelle part considérable échoit à l'infection du sang dans les manifestations cliniques de la phtisie — par suite la nécessité de restreindre le rôle imputé généralement à la tuberculinémie et aux infections secondaires —, elles paraissent, au point de vue pratique, présenter une valeur séméiologique d'une certaine importance en tant que révélatrices des tuberculoses profondes, des tuberculoses minimes, inaccessibles à nos moyens d'investigation actuels. A ce point de vue seul leur étude mériterait d'être poursuivie. Peut-être donnera-t-elle la clef de ces trop nombreux problèmes dont est parsemée toute la pathologie infectieuse, celle de l'enfant principalement.

Dr André Jousset,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Beaujon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 22 août et 5 septembre 1904.

De l'influence qu'exerce l'état de santé du galactifère sur le point de congélation du lait.

MM. Guiraud et **Lasserre**. — Nos recherches sur les applications de la cryoscopie à l'analyse du lait nous ont fourni la confirmation de ce fait déjà connu, que le point de congélation d'un lait normal est compris entre — 0°55 et — 0°56 (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 65), et que le mouillage fait varier ce point dans les proportions même qu'indique le calcul.

En outre, nous avons pu faire quelques observations intéressantes concernant les modifications du point cryoscopique du lait selon l'état de santé du galactifère. C'est ainsi que le lait d'une femme atteinte d'ictère congelait à — 0°58, celui d'une albuminurique à — 0°58 ou — 0°59, celui d'une syphilitique à — 0°61, celui d'une tuberculeuse à — 0°60 ou — 0°61. Il en fut de même pour le lait d'une vache ayant réagi à la tuberculine (— 0°60), d'une autre atteinte de mammite tuberculeuse (— 0°59), d'une troisième offrant des lésions de tuberculose généralisée (— 0°60), d'une quatrième enfin affectée de mammite (— 0°58).

En somme, nous pouvons dire que tous les laits d'origine pathologique que nous avons analysés, notamment ceux qui provenaient de sujets tuberculeux, avaient un point de congélation sensiblement inférieur à celui des laits normaux.

Circulation sanguine et sensibilité tactile.

M. N. Vaschide. — De recherches que j'ai effectuées soit sur des enfants des écoles, soit sur des adultes, il résulte qu'il existe un rapport extrêmement étroit entre la circulation sanguine et la sensibilité tactile. Cette dernière est plus délicate quand l'irrigation sanguine est plus puissante; elle peut même arriver à l'état d'hyperexcitabilité en cas de congestion. A l'anémie correspond au contraire une diminution appréciable du tact, pouvant aller jusqu'à l'anesthésie avec fourmillements quand l'anémie est profonde.

Ces rapports entre la sensibilité tactile et la circulation sanguine sont susceptibles d'expliquer certains phénomènes pathologiques : il paraît légitime, par exemple, de les faire intervenir dans la genèse des troubles sensitivo-moteurs qui sont si fréquents chez les névropathes et qui alimentent les malaises dont se plaignent ces sujets.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Affection subaiguë ayant présenté le syndrome « leucémie » et terminée par la guérison, par M. Conor.

L'observation que M. Conor relate dans le présent mémoire a trait à un homme de vingt-cinq ans, offrant un ensemble de symptômes qui fit porter le diagnostic de leucémie aiguë ou subaiguë, et qui cependant se termina par guérison complète.

L'affection débuta sans cause apparente, par de la fatigue, une sensation de lassitude et de l'amaigrissement. Au moment de son entrée à l'hôpital, environ un mois après le début des accidents, le malade, très abattu et légèrement fébricitant, présentait, outre de la faiblesse générale, de la céphalalgie et des vertiges, une pâleur extrême de la peau et des muqueuses. A l'examen, on constata une hypertrophie notable du foie, qui dépassait les fausses côtes. La surface accessible de l'organe était parfaitement lisse, mais il existait un endolorissement de l'abdomen, marqué surtout au niveau de la région hépatique. A part cela, l'examen ne révélait pas de lésions importantes. Peu à peu apparurent ensuite des poussées fébriles vespérales, affectant l'allure d'accès paludéens, avec des frissons, des vomissements et des sueurs. En même temps, on vit les phénomènes nerveux s'exagérer (gastralgie, irradiations le long de l'œsophage et dans la région hépatique, angoisse, agitation, insomnie); parfois même il y avait un peu de délire tranquille. Les choses continuèrent ainsi pendant un mois, au bout duquel les phénomènes nerveux parurent s'amender quelque peu. Cependant, une légère dilatation des veines sous-cutanées apparut au niveau de l'abdomen, et on constata l'existence d'une ascite, peu abondante d'ailleurs. On pensa alors à l'éventualité d'un abcès du foie, mais une ponction pratiquée dans un but diagnostique resta négative. La numération des globules du sang donna une proportion de 90,000 leucocytes pour 1,720,000 leucocytes par millimètre cube. A ce moment — trois mois après le début de l'affection —, on notait, outre l'augmentation du volume du foie et de la rate, un certain degré d'hypertrophie des ganglions lymphatiques, qui étaient durs mais non douloureux ni adhérents, et que l'on pouvait facilement faire rouler sous le doigt.

Telle était la situation, lorsque, quatre mois environ après le début des accidents, une amélioration se produisit. L'endolorissement abdominal s'amenda, l'hépatomégalie s'atténua, les hypertrophies ganglionnaires diminuèrent; en même temps l'état général se remonta et l'appétit reparut. Au bout de quatre semaines, le malade avait regagné 10 kilos de poids et la formule hématologique (12,500 leucocytes contre 4,100,000 hématies) présentait une tendance manifeste à se rapprocher de la normale. L'amélioration ne cessa de progresser d'une façon continue, et, un mois plus tard, la guérison pouvait être considérée comme complète; depuis lors elle s'est maintenue, ne laissant subsister qu'un peu d'amaigrissement des mains qui s'engourdissent facilement sous l'influence du froid.

En raison de la ponction blanche, aucune évacuation de pus ne s'étant d'ailleurs produite dans un organe voisin, M. Conor croit pouvoir éliminer l'hypothèse d'abcès et de kyste hydatique du foie. Quant aux hépatites infectieuses, par tuberculose, syphilis, paludisme, l'idée doit en être écartée à cause de l'évolution clinique; il en est de même pour la cirrhose hypertrophique du foie.

Aussi, pour l'auteur, le diagnostic de leucémie subaiguë n'est-il pas douteux. Bien qu'en effet la leucémie — tant dans sa forme chronique que dans sa variété aiguë — comporte habituellement un pronostic fatal, les cas de guérison, pour être rares, ne sont cependant pas absolument exceptionnels. Dans l'espèce, M. Conor croit devoir rapporter l'évolution particulière notée dans ce fait à une origine infectieuse indéterminée, à laquelle seraient venus s'adjoindre, à titre de causes prédisposantes, le surmenage et l'alcoolisme. (*Rev. de méd.*, juin 1904.) — F. M.

Perforation de l'iléon deux mois après une fièvre typhoïde, par MM. Pluyette et Alezais.

Une nourrice de vingt-cinq ans, d'une très bonne santé habituelle, est prise d'une fièvre typhoïde d'allures assez bénignes — avec peu de diarrhée et sans phénomènes nerveux ni thoraciques — qui, en dépit de deux petites hémorrhagies intestinales survenues à la fin du second septénaire, aboutit en un mois à l'apyrexie. Néanmoins, malgré un séjour à la campagne, la convalescence n'est pas franche, et, quoique sans fièvre, cette femme continue à éprouver quelques malaises, surtout au moment des règles qui ont reparu dans l'intervalle.

Brusquement, deux mois après la fin de la pyrexie, ces malaises font place à de violentes crises de douleurs abdominales, qui deviennent peu à peu assez intenses — notamment pendant les périodes menstruelles — pour inspirer à la malade des idées de suicide; la température est toujours normale, il n'y a pas de vomissements. On pense à une salpingite, peut-être à une appendicite, et l'opération est décidée un mois plus tard.

Une laparotomie médiane sus-pubienne conduit, au milieu d'anses intestinales soudées par des adhérences déjà solides, dans une poche purulente à contenu d'odeur fécaloïde, qui s'enfonce derrière l'utérus; chemin faisant, on enlève l'ovaire gauche, altéré; l'évacuation de la collection est assurée par un drain vaginal et par un drain abdominal. On peut bientôt supprimer le premier, mais le second doit être maintenu, car l'écoulement persiste.

Sur ces entrefaites, cette femme contracte une variole, d'ailleurs sans gravité. Quand elle sort du service d'isolement, dans un état général assez satisfaisant, on peut espérer que la fistule abdominale va se fermer. Mais bientôt l'écoulement reprend, nettement fécaloïde, et la fièvre apparaît. On intervient de nouveau, dans le but de rechercher la perforation de l'intestin : le rempart solide que les adhérences forment autour du foyer empêche toute manœuvre. La malade succombe quelques jours après.

A l'autopsie, on trouve vers la fin de l'iléon, au niveau d'une plaque de Peyer encore ulcérée, une petite perforation imparfaitement close par les adhérences; près d'elle, trois autres plaques de Peyer sont également ulcérées.

Il n'est pas douteux que la perforation ait coïncidé avec les crises douloureuses très vives qui survinrent chez cette femme après deux mois d'apyrexie. Mais n'y aurait-il pas eu à ce moment rechute ou récidive de la fièvre typhoïde? Les auteurs ne le croient pas, d'autant que cette nourrice était en service chez un médecin dont l'attention était tenue en éveil par les malaises persistants qu'accusait la patiente, et qui cependant ne constata aucun signe dothiénentérique nouveau. Quoi qu'il en soit, il est intéressant — et instructif — de voir une perforation typhoïdique de l'intestin, complication d'ordinaire si bruyante, évoluer ainsi d'une façon insidieuse et ne déterminer qu'une péritonite enkystée. (*Marseille méd.*, 1er juin 1904.) — F. F.

Des ostéomes de l'intestin, par M. E. Quénu.

Le point de départ de ce travail est un fait extrêmement rare, peut-être unique chez l'homme.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, opérée pour un rétrécissement de l'intestin grêle. Le segment atrésié ayant été réséqué sur une longueur de 23 centimètres environ, l'examen histologique révéla la présence de plaques osseuses au point rétréci, qui était, en outre, le siège d'une néoplasie considérée par M. Landel comme un sarcome alvéolaire ayant pour point de départ les fibres lisses de l'intestin. En admettant ce diagnostic histologique de sarcome, on pouvait supposer alors qu'il s'agissait purement et simplement d'un sarcome ossifiant analogue aux sarcomes ostéoïdes. Mais M. Quénu pense que l'ossification est indépendante de la néoplasie, qu'elle l'a précédée, qu'il y a eu, en d'autres termes, un *ostéome primitif* de l'intestin.

On connaît, en effet, un certain nombre d'observations incontestables d'ossification dans les tissus mous, notamment dans le tissu conjonctif des enveloppes de l'encéphale, dans la choroïde, dans la peau, dans le tissu musculaire du cœur, et enfin dans l'intestin lui-même. L'auteur rap-

pelle, à ce propos, les faits d'ostéome de l'intestin, chez le cheval, publiés par Wheatley, Smith, etc.; 2 cas récents, avec examen histologique détaillé, ont été observés, également chez le cheval, par MM. Drouin et G. Petit.

Cherchant à interpréter son fait personnel, M. Quénu se demande si l'atrésie de l'intestin, qui a déterminé chez sa malade des accidents d'obstruction, n'était pas simplement une atrésie cicatricielle résultant de la cicatrisation partielle d'un ulcère simple, engendré par le contact de l'ostéome. C'est la conclusion à laquelle il s'arrête, éliminant comme moins satisfaisante, et comme cadrant moins avec l'ensemble des données cliniques et anatomiques, l'idée d'un sarcome ossifiant; tout au plus, ajoute-t-il, pourrait-on se rallier à l'hypothèse d'un sarcome développé secondairement autour d'une plaque d'ossification de l'intestin. (*Rev. de chir.*, juillet 1904.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'influence du climat alpin sur la néphrite et sur l'albuminurie « cyclique », par M. P. Edel.

L'auteur a eu l'occasion de se convaincre que le climat alpin, tout en exerçant une influence très favorable sur l'albuminurie cyclique, ne convient guère aux néphritiques. D'après les recherches qu'il a instituées sur 4 sujets atteints de néphrite et qui séjournaient, depuis quelque temps, à 1,020 mètres au-dessus du niveau de la mer, l'action du climat des hautes altitudes se traduirait surtout par l'exagération de la pression sanguine. Or, la néphrite tend déjà, par elle-même, à élever cette pression ; il importe, par conséquent, d'éviter toute cause susceptible d'agir dans le même sens. Sans doute, le séjour dans les hautes altitudes a aussi pour effet de fortifier le cœur, mais cette amélioration de l'activité cardiaque ne saurait guère entrer en ligne de compte, du moment que, simultanément, le cœur est appelé à fournir un plus grand travail en raison des obstacles créés par l'exagération de la tension vasculaire périphérique.

Il en est tout autrement pour l'albuminurie cyclique, où la pression sanguine est, au contraire, insuffisante, la capacité fonctionnelle du cœur étant également diminuée et la respiration manquant d'ampleur, sans compter que les malades de cette catégorie se fatiguent très rapidement, tous symptômes qui se laissent précisément influencer d'une manière favorable par le séjour dans les hautes altitudes, surtout si l'on y associe des ascensions. Celles-ci contribuent à élever la pression sanguine, laquelle — chose curieuse — ne manifeste aucune tendance à diminuer après la descente. M. Edel serait même porté à attribuer à cette circonstance le fait que les exercices physiques ne provoquent jamais, dans la haute montagne, le même degré de fatigue que dans la vallée: la sensation de fatigue serait liée à la facilité avec laquelle la tension sanguine retombe aussitôt que le travail musculaire est accompli.

Cela étant, l'auteur estime que le climat alpin est indiqué non seulement dans les cas d'albuminurie cyclique, mais encore toutes les fois que la capacité fonctionnelle du cœur est insuffisante, les artères étant dilatées et la tension artérielle trop faible; en d'autres termes, toutes les fois que l'état du système vasculaire est en quelque sorte l'opposé de ce que l'on observe chez les néphritiques; c'est le cas, par exemple, pour la maladie de Basedow.

Il va de soi que, contre-indiqué dans la néphrite, le climat des hautes altitudes ne convient pas, non plus, aux sujets qui, sans avoir de lésion rénale, présentent une pression sanguine exagérée. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mai 1904.) — L. CH.

Sur les hernies de l'ovaire avec torsion du pédicule, par M. K. Gaugele.

C'est là un accident rare, à en juger par les cas publiés : M. Gaugele en trouve 8 seulement, auxquels il ajoute une observation recueillie dans le service de M. W. Herzog, à Munich; mais cette rareté n'est peut-être qu'apparente, et la torsion « ectopique » de l'ovaire vaut d'être connue. Il s'agit d'une torsion intra-sacculaire, sans étranglement, et la portion tordue du pédicule ovarien ne correspond même pas au collet, mais se trouve située, d'ordinaire, à quelque distance au-dessous de lui.

Une fillette de huit mois est apportée à la clinique pédiatrique de Munich le 3 décembre 1903 : depuis sa naissance elle porte, à la région inguinale gauche, une petite tumeur que la mère réduisait sans peine; la veille, cette tumeur est devenue irréductible et beaucoup plus volumineuse. Elle est grosse comme 2 œufs de pigeon, ovoïde, très dure, douloureuse à la pression; il n'y a aucun accident abdominal, et l'état général est à peu près indemne, si bien que l'on ne peut admettre un étranglement intestinal et que l'on conclut à l'incarcération d'un autre viscère, l'ovaire ou l'utérus. L'intervention est pratiquée immédiatement : on tombe sur une tumeur dure, lisse, bleuâtre, recouverte d'un feuillet séreux auquel elle adhère; elle se prolonge par un pédicule d'aspect tout à fait normal, et entièrement libre au niveau du collet, mais qui, un peu plus bas, devient noirâtre. On reconnaît que cette portion noirâtre correspond à une zone de torsion, et que la tumeur est constituée par l'ovaire — six fois plus gros qu'un ovaire normal, à cet âge — et par la trompe. Les lésions semblent trop avancées pour légitimer un essai de conservation : on enlève trompe et ovaire, en liant le pédicule en portion saine. La guérison a lieu sans incident.

En rapprochant de ce fait les 8 autres observations recueillies, M. Gaugele en vient à conclure que, si le diagnostic n'a jamais été fait, jusqu'à présent, avant l'opération, l'analyse clinique fournit pourtant assez d'éléments pour le faire. Tout d'abord, il s'agit d'enfants très jeunes (au-dessous d'un an, dans 6 cas sur 8, les 2 autres ayant respectivement trois et cinq ans), et de hernies inguinales, congénitales, droites le plus souvent. Le volume, la forme ovoïde, et surtout la consistance dure de la tumeur herniaire constituent un premier indice; mais ce qui doit surtout retenir l'attention, c'est l'absence de phénomènes intestinaux, de vomissements caractéristiques, d'arrêt stercoral, de ballonnement, c'est aussi la conservation d'un état général presque parfait, et qui contrasterait étrangement avec l'hypothèse d'une hernie étranglée intestinale. Il y a même lieu de remarquer que cette torsion dans le sac provoque des réactions beaucoup plus atténuées que celles de la torsion intra-abdominale.

Bien entendu, l'intervention s'impose, d'emblée : à cette condition seule, on peut espérer d'arriver encore à temps pour détordre et réduire, sans être contraint de sacrifier l'ovaire. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — L.

Des signes histologiques de bénignité du chorio-épithéliome, par M. D. von Velits.

On avait admis tout d'abord que le chorio-épithéliome ou déciduome était toujours malin, mais on a constaté depuis qu'il n'en était pas ainsi dans tous les cas, sans qu'on ait pu toutefois indiquer à quels signes histologiques se reconnaissaient les deux variétés de néoplasme. Dans le présent travail, M. von Velits croit pouvoir signaler quelques-uns de ces caractères distinctifs.

La masse néoplasique du chorio-épithéliome est formée ou limitée, comme on sait, par de grosses cellules polynucléaires, véritables cellules géantes, figurant souvent de gros blocs plasmatiques. Ces éléments sont de même nature et de même forme que le syncytium qui revêt les villosités placentaires. Or, dans les cas bénins, ceux, par exemple, qui guérissent après un simple curettage, voici ce qu'on observe : les grosses cellules syncytiales placées à la périphérie de la tumeur se fragmentent par places et leur protoplasma se vacuolise, de sorte que ce dernier ne forme plus que de minces travées, où siègent les noyaux. Ceux-ci, d'autre part, ne présentent plus leur aspect normal : leur contour est irrégulièrement festonné, ce qui leur donne un aspect ratatiné, et leur contenu ne se colore plus que par petites plaques. Tout autour du néoplasme, dans le tissu musculaire utérin, sont semées des cellules de moins en moins nombreuses à mesure qu'on s'en éloigne et présentant en l'espèce les mêmes caractères de dégénérescence, qui s'accentuent de plus en plus jusqu'au moment où la cellule syncytiale n'est plus représentée que par une petite plaque pâle, à contours indécis, et qui paraît se fondre dans le tissu utérin adjacent. Tout autour de ces cellules aberrantes on voit des amas leucocytaires.

Ces lésions, vu surtout le sort favorable des malades chez lesquelles on les observait, doivent être interprétées comme des signes de la nécrobiose des cellules néoplasiques. La tumeur a donc cessé de s'accroître, comme semble le prouver encore l'absence ou la rareté des figures caryocinétiques dans les cellules de la couche de Langhans, le second élément du chorio-épithéliome. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 2.) — R. DE B.

Sur l'emploi du papier-filtre en hématologie pratique, par M. T. W. Tallqvist.

Employé déjà dans la confection de certains appareils destinés à permettre d'apprécier la teneur du sang en hémoglobine, le papier-filtre serait, d'après M. Tallqvist, également susceptible, tel quel, de rendre de bons services pour les recherches hématologiques dans la pratique courante. C'est ainsi que son emploi non seulement faciliterait le diagnostic de l'anémie, mais encore permettrait de se prononcer sur le degré d'intensité de celle-ci. Si l'on examine, en effet, sur du papier blanc à filtrer, une goutte de sang provenant d'un sujet anémique, on voit que la tache formée par ce sang est entourée d'un *anneau d'humidité*, lequel est particulièrement visible lorsqu'on regarde le papier par transparence. Cet anneau correspondrait toujours à une forte diminution du nombre des globules rouges, et l'expérience a prouvé à l'auteur que la zone d'humidité ne commence à se montrer que dans les cas où le taux des hématies est à peu près de moitié inférieur à la normale. Plus la diminution du nombre des globules rouges est accentuée, plus large est l'anneau humide, de sorte que la présence de celui-ci indiquerait généralement l'existence d'une anémie grave. Par contre, dans les chloroses, même assez prononcées, on ne voit pas se former d'anneau aqueux autour de la tache sanguine, la diminution du taux des érythrocytes étant, en pareille occurrence, moins marquée que dans l'anémie pernicieuse, où le signe en question fait rarement défaut.

D'autre part, l'examen du sang sur du papier-filtre fournirait également un moyen de reconnaître la leucémie : à l'encontre de ce que l'on observe habituellement, le papier ne se laisse imbiber que lentement lorsqu'il s'agit de sang leucémique, et, la tache une fois sèche, on constate que sa coloration est très inégale. Ces deux particularités tiendraient à l'augmentation considérable du nombre des leucocytes chez les leucémiques, et peut-être aussi à l'altération de la composition même des globules blancs. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 août 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le signe de Kernig, par M. J. L. Miller.

On n'attribue généralement au signe de Kernig une valeur positive, en tant que symptôme de méningite, que si la contracture est assez prononcée pour empêcher de redresser le membre au delà de 135°. Or, pour M. Miller, cette limite supérieure serait trop élevée, étant donné qu'à un pareil degré la flexion s'observe dans un certain nombre d'affections autres que la méningite. Aussi l'auteur croit-il qu'il convient d'adopter un angle de 115° comme limite supérieure, les cas de méningite qui permettent une extension plus considérable du membre contracturé étant extrêmement rares.

Les conclusions de M. Miller sont basées sur l'étude de 190 malades atteints d'affections très diverses. Pour rechercher le signe de Kernig, on plaçait le sujet dans le décubitus dorsal, et, la cuisse étant fléchie à angle droit sur le tronc, on étendait la jambe sur la cuisse autant qu'il était possible de le faire sans éveiller la douleur ou sans user d'une force considérable. Cette position d'extension maxima étant atteinte, on mesurait l'angle formé par l'axe de la jambe avec celui de la cuisse. Le mode même suivant lequel on détermine dans ces conditions le signe de Kernig indique que l'évaluation de l'angle ne peut avoir de valeur absolue, puisque cette estimation est fonction, d'une part, de la susceptibilité individuelle à la douleur, d'autre

part, de la force plus ou moins grande que l'on emploie pour produire le maximum d'extension.

La statistique de l'auteur comprend 10 faits de méningite vérifiés par la ponction lombaire ou l'examen nécropsique, avec réaction positive dans 6 cas seulement. Des 4 cas négatifs, 2 concernaient des malades atteints de méningite cérébro-spinale épidémique où l'extension possible fut respectivement de 120° et de 150°. Dans les 2 autres faits négatifs, la méningite était due une fois au pneumocoque, l'autre fois au bacille tuberculeux. Dans ce dernier cas, on obtint un angle de 125° : d'après les limites indiquées à l'origine par M. Kernig lui-même, ce fait aurait dû être considéré comme positif.

Sur les 180 autres patients non atteints de méningite et examinés par lui, M. Miller trouva 39 fois le signe de Kernig. Il est donc disposé à adopter l'opinion défendue par un certain nombre d'auteurs, notamment par M. Henoch, opinion d'après laquelle la constatation du signe de Kernig n'aurait pour le diagnostic de la méningite qu'une valeur fort relative. Aussi conclut-il que, si la présence du signe en question dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'une méningite peut constituer un élément de probabilité, l'absence de ce signe ne saurait en aucune façon faire rejeter l'hypothèse de méningite. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin 1904.) — F. M.

Un cas de fièvre typhoïde avec complication insolite, par M. W. E. Darnall.

Les hémorrhagies constituent, comme on le sait, une des complications les plus fréquentes de la dothiénentérie. Elles peuvent intéresser à peu près tous les organes du corps, et, pourtant, nombre d'auteurs ne font guère mention des hémorrhagies utérines. Or, en réalité, il n'est pas rare d'observer, à la période prodromique de la fièvre typhoïde, des métrorrhagies congestives (*épistaxis utérines*), surtout si la maladie coïncide à peu près avec l'époque menstruelle. Le cas relaté par M. Darnall est moins banal, l'hémorrhagie utérine s'étant produite, non pas au début de la dothiénentérie, mais beaucoup plus tard, au moins vers le troisième septénaire de l'affection; de plus, le flux menstruel n'était pour rien dans cette métrorrhagie, puisque la malade avait eu ses règles une quinzaine de jours auparavant. A l'examen des organes génitaux, on ne trouva rien d'anormal, pas plus dans l'utérus que du côté des trompes et des ovaires : il n'existait pas trace d'avortement, pas de métrite ni aucune autre lésion susceptible d'être incriminée dans l'étiologie de l'écoulement sanguin survenu si inopinément. Il importe de noter, en outre, qu'auparavant cette femme avait toujours eu ses menstrues à des intervalles réguliers.

Tout à fait bénigne au début, à tel point que la patiente avait pu continuer à vaquer à ses occupations (fièvre typhoïde ambulatoire), la maladie prit ensuite un caractère très grave, en même temps qu'on constatait une hémorrhagie utérine abondante. Loin de s'arrêter, l'écoulement sanguin ne fit qu'augmenter les jours suivants et nécessita, outre l'emploi de l'ergot de seigle, un tamponnement qui fut laissé en place vingt-quatre heures.

La patiente ayant succombé, on trouva, à l'autopsie, des lésions typiques de l'intestin grêle, qui confirmèrent le diagnostic clinique; mais il fut impossible de déceler, du côté des organes pelviens, la moindre altération à laquelle on pût rattacher la métrorrhagie qu'avait présentée la malade. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 juillet 1904.) — L. CH.

Diabète chez les enfants, par M. H. N. Rowell.

L'étiologie du diabète infantile étant encore fort obscure, il nous paraît intéressant de signaler les deux observations publiées par M. Rowell, qui font ressortir l'importance des antécédents névropathiques héréditaires chez les petits diabétiques.

Le premier fait a trait à un garçon de cinq ans, né à terme et allaité au sein jusqu'à l'âge de huit mois, qui se développait d'une façon normale lorsque, après quatre ans révolus, sa mère remarqua chez lui l'existence d'une polyurie constante accompagnée de soif intense, de polyphagie et d'amaigrissement rapide. La densité de l'urine était de 1,030 et à l'analyse on décela la présence du sucre, dont la proportion oscillait entre 4 et 6 %. Malgré un traitement énergique (codéine, bromure d'or et arsenic, régime, etc.), le petit malade continua à maigrir et finit par succomber dans le coma.

La seconde observation se rapporte à la sœur de cet enfant, laquelle présenta, un an plus tard, les mêmes symptômes et, après seize mois de maladie, mourut également dans le coma, à la suite d'une bronchite intercurrente.

Or, outre le caractère familial qu'avait revêtu l'affection, il importe de noter que, du côté paternel, il existe des antécédents névropathiques nombreux : le père lui-même est un excentrique, un de ses oncles est interné dans un asile d'aliénés, une tante est morte récemment de diabète avec goitre, le grand-père des deux enfants a succombé à l'alcoolisme chronique et la grand'mère est une déséquilibrée.

Ajoutons que, à cet égard, les faits relatés par M. Rowell cadrent bien avec les données étiologiques que l'on a relevées pour le diabète insipide chez l'enfant, où M. Popov a trouvé des antécédents névropathiques héréditaires dans 6 cas sur 12 (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 308). (*New York Med. Journ.*, 7 mai 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Les corpuscules de Negri et leur signification pour l'étiologie et le diagnostic de la rage, par M. L. D'Amato.

L'année dernière, M. Negri annonçait la découverte, dans les centres nerveux des animaux morts de la rage, de corpuscules endocellulaires qu'il considérait comme les parasites spécifiques de cette maladie, car il les avait retrouvés chez presque tous les animaux dont les organes s'étaient montrés virulents pour le cobaye. En raison de l'importance théorique et pratique de ces constatations, M. D'Amato vient de se livrer, à l'Institut antirabique de Naples, à des recherches de contrôle sur 36 chiens (dont 32 suspects de rage et 4 inoculés expérimentalement) et 12 cobayes (dont 10 inoculés avec du virus des rues et 2 avec du virus fixe). Dans tous les cas examinés, le diagnostic fut vérifié par l'inoculation du bulbe dans la chambre antérieure de l'œil du cobaye.

Sur les 4 chiens infectés expérimentalement, l'auteur constata 3 fois la présence de corpuscules tels que les a décrits M. Negri. Chez le dernier de ces animaux, qui mourut d'une rage à forme paralytique, les corpuscules étaient très peu nombreux, même dans la corne d'Ammon et le cervelet où on les rencontre généralement en abondance. Il résulte de ces faits que, dans certains cas expérimentaux, les corpuscules de Negri peuvent affecter une grande variété de nombre.

Des 44 autres animaux examinés, 40 étaient atteints de rage : chez ces derniers, on retrouva constamment les corpuscules de Negri dans l'encéphale, tandis que ces éléments faisaient entièrement défaut chez les 4 animaux indemnes.

Il convient d'ailleurs de noter que, dans la rage spontanée, il existe également, d'un cas à l'autre, des différences considérables de dimension, de nombre et de distribution de ces corpuscules. Mais ces variations ne paraissent avoir aucun rapport avec la gravité de l'évolution de la maladie. Chez le cobaye, la recherche des éléments en question est beaucoup plus difficile que chez le chien, parce que les granulations protoplasmiques y sont plus fines et moins nombreuses.

Quant à la signification de ces corpuscules, M. D'Amato estime qu'il convient d'observer encore une certaine réserve au sujet du rôle spécifique que M. Negri a voulu leur attribuer. Le virus rabique, en effet, contrairement aux dits éléments, passe à travers les filtres; en outre, les corpuscules de Negri font défaut au niveau de certains organes virulents, tels que les nerfs périphériques et les glandes salivaires; enfin, les centres nerveux deviennent virulents avant de présenter les altérations caractéristiques de la rage. D'autre part, étant donné le polymorphisme des corpuscules de Negri, on peut fort bien admettre que certains de ces éléments sont suffisamment petits pour passer au filtre; en outre, des recherches récentes ont démontré que, à l'encontre de l'opinion classique qui assigne le maximum de virulence au bulbe et à la protubérance, le virus rabique est particulièrement abondant au niveau de la corne d'Ammon, qui est aussi le siège de prédilection des corpuscules en question.

En présence de ces deux séries d'arguments contradictoires, l'auteur conclut que la question de la nature parasitaire des inclusions dont il s'agit ne saurait encore être tranchée ni dans un sens ni dans l'autre. (*Riforma med.*, 8 juin 1904.) — F. M.

L'anatomie pathologique et le délire aigu (encéphalopathie parenchymateuse aiguë diffuse), par M. U. Alessi.

Cliniquement connu depuis bien des années, le délire aigu est une affection dont la nature et l'étiologie offrent encore nombre d'obscurités que même les découvertes bactériologiques n'ont qu'incomplètement dissipées; car, s'il est vrai que souvent l'ensemencement du sang ou du liquide céphalo-rachidien permet d'isoler tel ou tel microbe pathogène, il s'en faut que cette règle soit sans exception. Aussi, les constatations faites par M. Alessi, en raison des précisions d'ordre anatomo-pathologique qu'elles apportent à la solution de la question, méritent-elles — encore qu'il s'agisse d'un cas unique — d'être signalées.

Son malade, un homme de trente-cinq ans, succomba en quelques jours à une attaque typique de délire aigu. Un ensemencement de sang, fait trois jours avant la mort, donna des microcoques pyogènes vulgaires, et il en fut de même des cultures du sang prélevé, sur le cadavre, dans le sinus longitudinal supérieur et dans les cavités cardiaques. Mais là n'est pas l'intérêt principal de ces recherches. Des fragments de substance cérébrale et cérébelleuse furent recueillis à l'autopsie, fixés, durcis et traités par les procédés d'étude les plus récents du système nerveux central; voici ce que l'auteur y constata :

A la méthode de Nissl, les grandes cellules pyramidales se montrent peu colorées, surtout au niveau de leurs prolongements protoplasmiques; la substance chromatique y est irrégulièrement disposée, et on y remarque des zones de chromatolyse; les noyaux sont rejetés vers la périphérie, parfois fort altérés, voire même complètement détruits. Les cellules des autres couches offrent des lésions analogues, quoique moins accentuées.

La méthode de Rámon y Cajal révèle des incisures et des nodosités des cylindraxes et des prolongements protoplasmiques; les dendrites sont rares.

Par la coloration au carmin aluné, on note la présence d'éléments leucocytaires autour des cellules les plus altérées; les espaces péricellulaires sont dilatés.

Enfin, par la méthode de Weigert, on reconnaît un gonflement et des varicosités au niveau de certaines fibres, notamment des fibres tangentielles d'Exner.

Dans le cervelet, les lésions sont sensiblement moins marquées; elles se réduisent à quelques nouures des prolongements protoplasmiques des cellules de Purkinje.

En aucun point la névroglie n'est intéressée par le processus morbide.

Au total, il s'agit là, à n'en pas douter, non pas d'une lésion inflammatoire, puisque toute atteinte des éléments conjonctifs fait défaut, mais d'une altération primitive de l'élément noble, d'une *encéphalopathie parenchymateuse*, aiguë et diffuse, que l'auteur, par une comparaison peut-être un peu forcée entre les lésions diffuses du cerveau et celles du rein, rapproche de la néphrite parenchymateuse.

Tel serait donc le substratum anatomique du délire aigu. Quant à l'étiologie de cette affection, M. Alessi la juge élucidée grâce aux constatations bactériologiques faites par divers auteurs — et par lui-même dans le présent cas —, et c'est l'infection, par un agent pathogène d'ailleurs variable, qu'il incrimine; pour ce qui est des observations indubitables où toute recherche bactériologique demeure vaine, il pense qu'on peut invoquer soit l'action des toxines microbiennes, soit même des phénomènes d'auto-intoxication; mais c'est là, jusqu'ici, pure hypothèse. (*Riforma med.*, 27 avril 1904.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement local de l'arthrite rhumatismale par les injections intra-articulaires de salicylate de soude

Il y a deux ans, M. le professeur Ch. Bouchard faisait connaître les bons résultats qu'il avait obtenus dans le traitement de l'arthrite rhumatismale par les injections péri-articulaires de salicylate de soude (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 234). De son côté, M. le docteur A. Santini (de Sienne), ayant employé avec succès ce moyen thérapeutique dans un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire, s'est demandé si, introduit directement dans la jointure malade, le médicament ne serait pas plus efficace encore que lorsqu'on l'injecte simplement dans les tissus circonvoisins; les essais qu'il a institués à cet égard dans le service de M. le docteur V. Patella, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Sienne, lui ont donné des résultats fort encourageants.

Notre confrère se sert, pour ces injections intra-articulaires, d'une solution aqueuse de salicylate de soude à 3 %, dont il injecte en moyenne, dans chaque jointure intéressée, 3 ou 4 c.c. Rarement, il est utile de pousser la dose jusqu'à 5 c.c.; encore une pareille quantité n'est-elle indiquée que lorsqu'il s'agit d'une grande articulation. L'injection est pratiquée au lieu d'élection, c'est-à-dire au point où une tuméfaction nettement fluctuante indique la présence de la synoviale distendue par le liquide intra-articulaire. Lorsque cet épanchement est très abondant, il convient d'ailleurs d'en retirer au préalable une certaine quantité, afin d'éviter l'hyperdistension — toujours très douloureuse — de la capsule articulaire. En dehors de cette éventualité, l'intervention donnerait rarement lieu à des phénomènes douloureux assez marqués pour constituer une contre-indication. Les plus minutieuses précautions d'antisepsie doivent naturellement être prises, tant en ce qui concerne la toilette de la région que pour la stérilisation de la seringue.

Les effets des injections salicylées intra-articulaires seraient remarquablement rapides et durables. C'est ainsi que, dans 4 cas où l'attaque rhumatismale put être soignée dès le début, une dose de salicylate ayant varié de 0 gr. 24 centigrammes à 0 gr. 60 centigr. suffit à juguler le mal. Ce sont les phénomènes douloureux qui cèdent les premiers : après une légère exacerbation des douleurs, celles-ci s'apaisent et les mouvements redeviennent bientôt possibles sans souffrance. Puis l'épanchement disparaît peu à peu; quand il s'agit de cas récents, cette résorption est souvent complète au bout de la journée. La fièvre et les autres symptômes généraux persistent d'ordinaire quelque temps encore; toutefois, lorsqu'ils tardent trop à s'amender, on doit soupçonner l'existence de complications endocardiques.

Il va sans dire que, d'une manière générale, les résultats seront d'autant meilleurs et d'autant plus prompts à se manifester que les injections auront été commencées plus près du début de la crise.

L'électrolyse contre le ptérygion.

A en juger par les faits qu'a observés M. le docteur P. Pansier (d'Avignon), l'électrolyse — déjà préconisée par M. Starkey il y a six ans — serait susceptible de rendre d'excellents services contre le ptérygion. Voici la technique adoptée par notre confrère :

L'électrode positive, indifférente, étant placée sur la tempe du malade, on met une fine aiguille de platine en communication avec le pôle négatif d'une batterie galvanique et on l'enfonce horizontalement dans la tumeur, après avoir insensibilisé la région par l'instillation d'un mélange d'adrénaline et de cocaïne, ou mieux encore — s'il s'agit d'un sujet particulièrement impressionnable — par l'injection sous-conjonctivale de quelques gouttes d'une solution aqueuse de cocaïne à 2 %. Le courant est alors progressivement porté jusqu'à 3 ou 4 milliampères et maintenu à cette intensité pendant trente à quatre-vingt-dix secondes; pour certains ptérygions anciens et volumineux, M. Pansier emploie même des courants de 10 milliampères, chaque séance durant jusqu'à deux et trois minutes. Au lieu d'enfoncer l'aiguille horizontalement dans la tumeur, on peut aussi faire une double cautérisation en croix.

Immédiatement après l'application électrolytique, il se produit, au niveau de la conjonctive et de la paupière, un certain degré d'œdème, qui persiste pendant quarante-huit heures, et qui est d'autant plus marqué que le courant a agi plus longtemps et avec plus d'intensité.

Dans les cas légers ou pris au début, alors que le ptérygion n'empiète que légèrement sur la cornée, notre confrère a toujours obtenu par ce procédé des résultats excellents. En pareille occurrence, l'électrolyse a sur l'excision l'avantage d'être une intervention beaucoup moins gênante pour le malade, puisqu'elle n'exige même pas de pansement consécutif.

Par contre, dans les ptérygions volumineux ou récidivés, l'électrolyse donne lieu à la formation d'une cicatrice fibreuse gênant les mouvements du globe oculaire et nécessitant une exérèse chirurgicale ultérieure. Aussi ne saurait-elle ici que constituer un pis aller, pour les cas où l'excision primitive de la tumeur n'a pas été suivie d'un succès définitif.

L'emploi du seigle ergoté à haute dose dans les opérations obstétricales.

En pratique obstétricale, on recommande habituellement de ne pas prescrire d'ergot de seigle avant la délivrance, afin de ne pas exposer la mère à des accidents de rétention; d'autre part, on ne donne d'ordinaire que des doses minimes de ce médicament, par crainte de voir survenir des phénomènes d'intoxication aiguë. Cependant, il y a un demi-siècle, un praticien lyonnais, Levrat-Perrotton, avait vivement combattu cette double règle, aujourd'hui classique. De son côté, un médecin allemand, M. le docteur F. Burger (de Cobourg), a été amené, par une pratique de onze années, à considérer également comme non justifiées les objections communément faites à l'emploi du seigle ergoté, à titre prophylactique et à doses élevées. Aussi notre confrère a-t-il adopté la ligne de conduite suivante, dans tous les accouchements où une opération obstétricale est jugée nécessaire :

Avant l'intervention, il fait habituellement prendre à la parturiente de 0 gr. 50 centigr. à 1 gr. 50 centigr. d'ergotine en solution. Puis, après la délivrance, il prescrit une infusion de 35 grammes de seigle ergoté dans 180 grammes d'eau, additionnée de 20 grammes de sirop de framboise, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures. Ces doses sont parfois même dépassées : une des femmes soignées par M. Burger absorba — outre 1 gramme d'ergotine — 90 grammes de seigle ergoté en infusion dans l'espace de quarante-huit heures.

La statistique de notre confrère, qui porte à l'heure actuelle sur 134 cas, comprend notamment 33 applications de forceps, 29 versions, 31 décollements manuels du placenta et 31 interventions pour avortement (12 curettages et 19 tamponnements). Or, malgré l'administration systématique du seigle ergoté à haute dose, M. Burger n'a jamais eu à enregistrer ni décès ni même le moindre phénomène imputable à l'ergotisme; dans le cas le plus défavorable, la température rectale n'a pas dépassé 38°7.

Le permanganate de potasse contre la bromidrose plantaire.

L'emploi du permanganate de potasse, sous forme de solution ou en poudre, contre la transpiration fétide des pieds, est connu depuis longtemps déjà (Voir *Semaine Médicale*, 1889, Annexes, p. XCIV). Il nous paraît cependant intéressant de signaler le *modus faciendi* particulier adopté par M. le docteur Ludwig Weiss (de New-York), la manière d'appliquer le traitement ayant, pour notre confrère, une grande importance; voici comment il procède :

Les pieds ayant été préalablement soumis à un savonnage soigneux, puis frottés avec un tampon de coton imbibé de benzine, on les immerge, chacun séparément, dans une solution de permanganate de potasse à 1 %, portée à la température de 40°. Après ce bain, dont la durée est de quinze minutes et qui doit être pris le soir, on essuye les pieds avec beaucoup de soin, afin que la peau soit bien sèche. Le lendemain matin, on saupoudre les pieds avec le mélange suivant :

Permanganate de potasse		13 grammes.
Alun		1 gramme.
Talc		50 grammes.
Oxyde de zinc	} àâ	18 —
Carbonate de zinc	}	
Mêlez.		

Les interstices des orteils sont soigneusement poudrés et séparés par du coton. Chaque jour le malade change de chaussettes.

Ce traitement est continué pendant deux ou trois semaines, mais on élève le titre de la solution de permanganate à 2 % dès le quatrième bain, puis à 4 % au début de la deuxième semaine, enfin à 6 % pour les trois derniers pédiluves; en même temps, on augmente progressivement la température du liquide jusqu'à la limite de la tolérance. Les interstices interdigitaux étant les derniers à guérir, M. Weiss ne suspend le traitement que lorsque les tampons d'ouate que l'on y place chaque matin ne sont plus humides le soir.

Ce procédé aurait donné à notre confrère d'excellents résultats dans tous les cas, même graves et anciens, où il y a eu recours. L'unique inconvénient qu'il présente consiste dans la coloration intense qu'il communique au pied, celui-ci étant constamment maintenu dans une atmosphère de permanganate.

Traitement de la fièvre puerpérale par un mélange de sulfate de quinine et de salicylate de soude.

D'après l'expérience d'un médecin hongrois, M. le docteur P. Ováry (de Torna), le mélange de salicylate de soude et de sulfate de quinine à parties égales aurait, dans la fièvre puerpérale, une efficacité beaucoup plus considérable que celle de chacun de ces médicaments administré isolément. Notre confrère prescrit ce mélange à la dose de 0 gr. 60 centigr., répétée toutes les trois heures. Trois ou quatre prises suffisent d'ordinaire pour juguler la fièvre dans les cas légers; on peut d'ailleurs, sans le moindre inconvénient, continuer le traitement aussi longtemps que l'état de la malade l'exige : dans un des faits observés par M. Ováry, la patiente absorba jusqu'à 18 grammes de la préparation en question. Sur 28 cas de fièvre puerpérale qui ont été traités de la sorte, 26 se sont terminés par la guérison.

Quant au mode d'action du mélange de sulfate de quinine et de salicylate de soude, notre confrère admet qu'il s'explique par la formation de salicylate de quinine, qui prendrait naissance, dans l'estomac, par substitution; le sulfate de soude qui résulterait d'autre part de cette réaction aurait de son côté une influence favorable, en aidant à combattre la constipation, toujours opiniâtre dans la fièvre puerpérale.

Le sérum antidiphtérique contre la coqueluche.

Bien que l'emploi du sérum antidiphtérique contre la coqueluche ait été déjà préconisé à plusieurs reprises (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. XCIV, 1898, Annexes, p. CLXII, et 1901, p. 389), cette méthode thérapeutique n'est guère entrée dans la pratique courante; aussi croyons-nous devoir faire connaître les bons résultats qu'elle aurait donnés à M. le docteur A. Passalacqua (de Messine) dans 7 cas graves de coqueluche, alors même que des complications broncho-pulmonaires s'étaient déjà déclarées. D'après notre confrère, l'action de la médication se fait généralement sentir peu après la première injection; mais, en général, 3 piqûres au moins sont nécessaires pour obtenir des effets durables. La guérison s'annonce par la réduction du nombre des accès et la diminution de leur intensité. L'amélioration, sous l'influence du sérum, est d'ailleurs plus lente dans la coqueluche que dans la diphtérie : chez un des petits malades observés par M. Passalacqua, elle n'est devenue manifeste que le sixième jour.

Ajoutons, en ce qui concerne la posologie, que notre confrère fait des injections correspondant à 1,000 unités antitoxiques chacune.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Tenon. — M. F. Lejars.

Evolution et complications des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Il arrive parfois que le « dermoïde ovarien » soit découvert, par hasard, et par surcroît, au cours d'une laparotomie : on était intervenu pour toute autre affection pelvienne, et c'est en revisant « l'autre côté » que l'on trouve un kyste congénital, peu volumineux, en général, et jusqu'alors insoupçonné. J'ai fait à plusieurs reprises de ces trouvailles, qui ne sont pas toujours de médiocre importance; chez une femme de trente-quatre ans, que j'opérai, il y a deux ans, d'une hématocèle par rupture de la trompe droite gravide, je constatai, en plus, l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, gros comme le poing, et qui occupait l'ovaire en totalité (je reviendrai tout à l'heure sur le sens qu'il convient d'attacher à cette désignation) : il fallut bien l'enlever, et tout espoir de maternité disparaissait. Vous savez aussi que ces kystes figurent au nombre des surprises classiques de l'autopsie : ceux-là sont restés latents durant toute une vie et leur développement a été si lent et si obscur, qu'ils n'ont jamais eu, pourrait-on dire, de symptomatologie. Toutefois, on aurait tort de faire état de cette première série de faits, pour juger du pronostic vrai et de la gravité des dermoïdes ovariens : ce serait leur faire une réputation de bénignité, qu'ils sont fort loin de mériter. S'ils n'ont, dans certains cas, que la valeur de malformations, on ne saurait les tenir pour des tumeurs mortes et de tout repos : bien au contraire, leur évolution est, le plus souvent, très active et donne lieu à des accidents multiples, sur lesquels je voudrais insister.

Je ne ferai que signaler brièvement les accidents mécaniques, et, sous ce terme, j'ai surtout en vue *la torsion du pédicule*. Vous savez que les kystes dermoïdes y sont particulièrement exposés : leur poids, la densité de leur paroi, la longueur ordinaire de leur pédicule suffisent à en donner la raison. Je ne veux pas vous rappeler toutes les conséquences de cette torsion, les formes cliniques qu'elle revêt, les déterminations immédiates qu'elle commande; je tiens à signaler seulement, en passant, les difficultés qu'elle peut susciter au diagnostic, soit qu'elle affecte le type aigu, brusque, ou la variété chronique, progressive et lente.

Une jeune fille de seize ans nous est amenée d'urgence, le 18 mai 1901, dans un état très alarmant : le facies est très pâle, tiré; le pouls à 125, petit; la température à 39°, la respiration fréquente; le ventre notablement ballonné, surtout dans la région sous-ombilicale, où l'on perçoit — assez mal, d'ailleurs, la sensibilité étant extrême — une masse volumineuse, occupant la fosse iliaque, et se prolongeant loin vers la ligne médiane; la douleur est très nette au point de McBurney; toute espèce de toucher est impossible. J'ajoute que la malade, très affaissée, répond à peine aux questions, et que nous pouvons seulement apprendre que les accidents ont débuté l'avant-veille, et qu'elle a beaucoup vomi. Le diagnostic d'appendicite fut porté, et l'intervention immédiatement pratiquée. Or, au lieu de trouver un vaste foyer appendiculaire, je tombai sur une tumeur noirâtre, lisse, ronde, épaisse, grosse comme les deux poings, reliée à la paroi par quelques adhérences récentes : je l'amenai au dehors, et je constatai qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire droit, dont le pédicule était tordu trois fois, et fortement serré. Je l'enlevai. C'était un kyste dermoïde, contenant des cheveux, plusieurs dents et une plaque ostéiforme. La patiente guérit sans incident; et j'appris qu'elle avait eu par deux fois, au cours des années précédentes, des crises douloureuses iliaques, qui avaient fait penser à l'appendicite. Les surprises de ce genre ne sont pas, d'ailleurs, très rares, et notre élève, M. Niot (1), en a fait une bonne étude dans sa thèse.

Dans la torsion chronique, je noterai encore des erreurs de diagnostic, parfois fort malaisées à éviter; ces kystes tordus, surtout lorsqu'il s'agit de kystes dermoïdes, figurent des tumeurs extrêmement dures, compactes, quelquefois bosselées, immobiles; elles en imposent très facilement pour des fibromes adhérents ou même pour des néoplasmes malins.

Je n'insiste pas, et je passe tout de suite à un autre ordre d'accidents, à la *suppuration* et à ses conséquences. Le fait suivant nous en fournira un curieux exemple.

Une femme de vingt-huit ans entre dans nos salles, en janvier dernier, avec une grosse tumeur, rouge et fluctuante, de la région hypogastrique (*fig. 1* et *2*). Elle m'est envoyée par mon collègue M. Launois, qui l'a déjà soignée, il y a sept ans, pour des accidents douloureux pelviens, attribués alors à des coliques néphrétiques; à la même époque, je l'examinai moi-même, et je constatai, par le toucher vaginal, la présence d'une petite tumeur dure, grosse comme une noix, située au-devant de l'isthme utérin, et qui me parut faire corps avec l'utérus : je conclus à un petit fibrome. Je ne doute pas aujourd'hui que ce fût là, en réalité, le kyste dermoïde, encore tout petit, et enclavé dans le cul-de-sac vésico-utérin : vous savez que cet habitat initial des dermoïdes ovariques a été depuis longtemps signalé par MM. Küster et Ahlfeld (1) et qu'il aurait, pour eux, la valeur d'un signe véritable; non seulement le kyste est logé au-devant de l'utérus, mais, lorsqu'on le déplace et le refoule vers le ventre, il retombe toujours en avant. On ne saurait dire, toutefois, qu'il y ait rien là de pathognomonique, et mon élève M. Izard (2) a montré, dans sa thèse, que la localisation utéro-vésicale pouvait se rencontrer, non seulement dans les kystes ordinaires de l'ovaire, mais dans toute une série d'autres tumeurs.

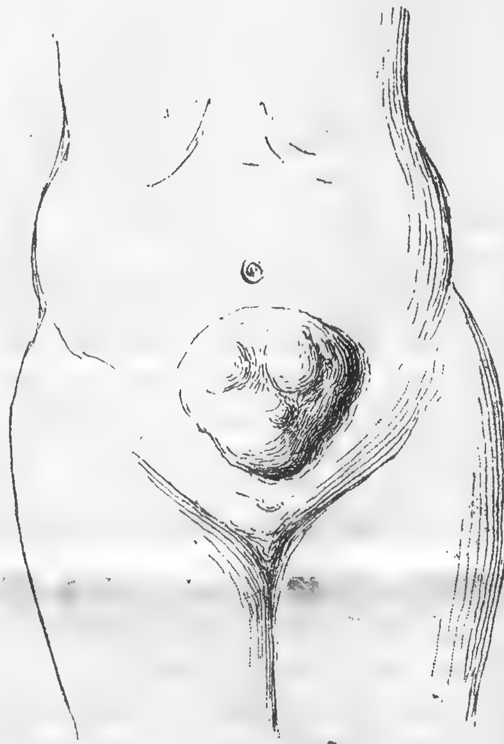


Fig. 1. — Kyste dermoïde suppuré, saillant à la région hypogastrique.



Fig. 2. — Vue latérale du relief hypogastrique.

Toujours est-il qu'aucune intervention n'avait eu lieu, chez notre malade, il y a sept ans, et que les accidents douloureux avaient cessé peu à peu. Un premier accouchement datait de onze ans; un second, à terme également, remonte à quatre ans. La santé était redevenue et se maintenait excellente.

Il y a dix-huit mois, elle s'aperçut que ses urines étaient troubles; elle consulte un médecin, qui trouve de l'albumine et institue un régime approprié. Pendant toute une année, elle est soignée comme albuminurique, sans présenter, d'ailleurs, aucun accident néphritique.

Depuis deux mois, elle a commencé à souffrir de la vessie; les mictions sont fréquentes, peu abondantes, douloureuses; les urines sont plus fortement albumineuses et laissent un dépôt purulent. On pratique une instillation de nitrate d'argent; quelques heures après, la malade expulse, avec l'urine, plusieurs mèches de cheveux; puis une tuméfaction apparaît au-dessus du pubis, s'accroît rapidement, et acquiert le volume que nous constatons aujourd'hui.

Elle dessine, à la région hypogastrique, un relief ovoïde, un peu bosselé, plus gros que le poing, qui s'étend du bord supérieur de la symphyse jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilic. A sa surface, la peau est rougeâtre, surtout à gauche; la tumeur fait corps avec la paroi, et se continue dans la profondeur; elle est œdémateuse à son pourtour, molle et fluctuante au centre. Par le toucher, on trouve le fond de l'utérus refoulé en avant, et, dans le cul-de-sac postérieur, une masse très volumineuse, saillante, de consistance épaisse et pâteuse, et qui se continue avec la tumeur hypogastrique.

Kyste dermoïde suppuré, ouvert dans la vessie, et en imminence d'ouverture à la peau, tel parut être, à M. Launois et à moi, le diagnostic qui s'imposait : la « pilimiction », dûment constatée (et voici, d'ailleurs, la pièce à conviction, une mèche de cheveux retirée de l'urine), les résultats de l'examen local, et toute l'évolution des accidents, qui, dès lors, s'expliquait fort nettement, tout cet ensemble ne laissait plus de doute.

J'opérai cette malade le 12 janvier dernier; je fis une incision médiane sus-pubienne, et j'ouvris tout de suite une grosse collection purulente sous-cutanée; elle communiquait, par un trajet antéro-postérieur, une fente de deux doigts de hauteur environ, intermédiaire aux deux muscles droits, avec une poche profonde, intra-pelvienne, occupant le côté gauche du bassin, et d'où je retirai, avec du pus, de la bouillie graisseuse, des cheveux et une dent. C'était le kyste dermoïde, suppuré et rompu à sa face antérieure : la cavité, très vaste, eût aisément logé deux poings d'adulte; la paroi était intimement adhérente de tous côtés, et, devant la nature du contenu, je re-

(1) G. Niot. De la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit; diagnostic avec l'appendicite. (*Thèse de Paris*, 1901.)

(1) F. Ahlfeld. Ueber die Lage der Dermoidcysten zum Uterus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 mars 1892, p. 229.)

(2) H.-P. Izard. Essai anatomique, pathogénique et clinique sur la région utéro-vésicale. (*Thèse de Paris*, 1904.)

nonçai à tenter une décortication, qui eût été laborieuse et non sans péril; je vidai et je détergeai soigneusement, aux compresses, la poche kystique, j'y laissai deux gros drains, et, sans faire aucune suture, je tamponnai la cavité de l'abcès pariétal.

Ce ne devait être là, semblait-il, que le premier temps de l'intervention, et je m'attendais à voir persister un trajet fistuleux et à pratiquer secondairement l'ablation de la poche restante. Il n'en fut rien, et, au bout de deux mois, la cicatrisation était complète. Nous allons revenir, dans un instant, sur cette question opératoire.

Quoi qu'il en soit, le kyste dermoïde était, ici, et depuis longtemps, en voie de suppuration, et, depuis longtemps aussi, la paroi vésicale s'était fissurée : l'albumine constatée dans l'urine témoignait de cette filtration purulente : il semble qu'à la suite de l'instillation de nitrate d'argent, une poussée d'infection se soit produite, et, du même coup, un élargissement du trajet cysto-vésical, qui, dès lors, laissa passer des cheveux. L'examen cystoscopique eût été fort intéressant, si les accidents phlegmoneux n'avaient nécessité, avant tout, une intervention prompte; cet examen est toujours indiqué en présence de la pilimiction : il n'a eu lieu que dans quelques faits, assez rares encore. Chez une opérée de M. Olshausen, la tumeur, immobile, s'étendait jusqu'à l'ombilic; l'urine contenait des gouttelettes graisseuses : on fit la cystoscopie, et l'on découvrit une petite surface rougeâtre, large comme une pièce de dix pfennigs, entourée de fines granulations; au centre, par un petit orifice fistuleux, on faisait sourdre, en pressant sur la tumeur abdominale, les mêmes gouttelettes huileuses qu'on retrouvait dans l'urine. Chez une autre malade, de M. Schmit, on apercevait, sur la paroi gauche de la vessie, un orifice déprimé, par lequel s'échappaient des écheveaux de poils; on ne sentait pas de tumeur, à proprement parler, mais seulement une masse dure et fibroïde, para-vésicale, et il semblait que le kyste se fût vidé en grande partie par la voie vésicale. Signalons encore que, dans un cas relaté par M. Weiswange (il s'agissait, cette fois, d'un kyste dermoïde extra-ovarien), la perforation vésicale fut reconnue au doigt; elle était, du reste, fort petite, comme une tête d'épingle, et disposée en clapet; l'urine était purulente et fétide.

Ces dimensions de la communication cysto-vésicale sont importantes, au point de vue opératoire; il n'est pas douteux que, chez notre malade, la perforation fût très réduite : une seule mèche de cheveux y avait passé; et c'est pour cela, sans doute, que la guérison a pu être obtenue par le simple drainage et la marsupialisation du kyste. D'ordinaire, une intervention plus complexe est alors indiquée, et nous pensions devoir y recourir secondairement : je veux dire, la décortication et l'ablation de toute la paroi kystique, l'avivement et la suture de la perte de substance vésicale.

Cette ouverture dans la vessie est une des plus fréquentes terminaisons du kyste dermoïde suppuré : ce n'est pas, du reste, le seul accident, ni le plus grave, qu'il puisse entraîner. Mais, avant de vous rappeler ces complications redoutables, il vaut la peine de s'arrêter quelques instants à la pathogénie même de cette « inflammation », de cette suppuration des kystes. Que l'infection et ses suites se produisent, plus ou moins vite, après une ponction, le fait est d'interprétation facile; mais il en va tout autrement, lorsque la suppuration se développe dans un kyste bien fermé, bien isolé, et, semble-t-il, à l'abri de toute pénétration microbienne. Rappelez-vous cette femme de trente ans qui nous fut adressée, en janvier 1904, par notre collègue M. Launois : elle portait une grosse tumeur abdomino-pelvienne, très dure, développée surtout à gauche, et qui paraissait faire corps avec l'utérus; nous avions pensé à un fibrome utérin, et ce diagnostic cadrait bien avec des troubles menstruels, remontant à deux ans, des règles plus longues et des pertes revenant à mi-période. Il n'y avait, d'ailleurs, à part des douleurs assez vives, pas d'autres accidents. La laparotomie eut lieu le 21 janvier : je trouvai une grosse tumeur recouverte d'épiploon adhérent; après avoir relevé cet épiploon, je reconnus un kyste, que je ponctionnai et qui donna issue à une abondante quantité de liquide purulent clair; la poche fut alors énucléée. Il s'agissait de l'ovaire droit, et l'on trouva, au fond du kyste, des cheveux, deux dents, et un fragment ostéiforme. La malade sortait, guérie, le 11 février.

Comment donc expliquer ces suppurations kystiques? Notons d'abord qu'on a démontré maintes fois la présence de microbes virulents, dans le pus : staphylocoque, streptocoque, colibacille, bacille d'Eberth, etc.; mais par quelles voies ces agents infectants gagnent-ils la cavité kystique? Dans un mémoire fort important et basé sur l'analyse de 24 cas de ce genre, M. Wunderli (1) répartit en cinq catégories ces modes d'infection, suivant que celle-ci succède à une ponction, à une affection septique aiguë des organes génitaux, à la fièvre typhoïde, à la torsion du pédicule, ou, enfin, qu'elle survient hors de toute cause reconnue, spontanément, en quelque sorte. Cette spontanéité n'est, bien entendu, qu'apparente; le foyer d'infection initiale, parfois très limité et très passager, échappe facilement; et le transport microbien peut être réalisé, ou bien par voie lymphatique ou sanguine, ou, plus simplement, par voie de contiguïté, lors d'adhérences intestinales.

Ce qui nous intéresse, c'est que la suppuration, quel qu'en soit le mécanisme, semble trouver, dans le kyste dermoïde, un terrain plus favorable et s'y développer plus souvent que dans les autres kystes ovariens. Sur les 24 kystes suppurés, de toute nature, relevés par M. Wunderli, il y a 14 cysto-épithéliomes, 1 kyste tubo-ovarien, 1 kyste para-ovarien, et 8 kystes dermoïdes : ce qui constitue, pour les dermoïdes, une proportion de 33 %, alors que leur degré de fréquence générale, par rapport aux autres kystes, ne serait, d'après M. Olshausen (sur 2,275 ovariotomies), que de 3.5 %. M. R. Peterson (2) insiste aussi sur cette fréquence relative de la suppuration dans les kystes dermoïdes de l'ovaire, et, certes, le fait est à retenir.

Cette « inflammation kystique » conduit, en effet, aux accidents les plus graves : à la rupture intra-péritonéale, presque toujours mortelle (3); aux diverses ruptures extra-péritonéales, en particulier dans l'intestin et surtout dans la vessie. En dehors même de ces complications, une conclusion pratique ressort de ce que nous venons de dire : s'il faut toujours rester « méfiant » à l'endroit du contenu d'un kyste abdominal, quelle qu'en soit l'apparence, il faut l'être deux fois lorsqu'il s'agit d'un kyste dermoïde, redoubler de précautions pour prévenir la moindre souillure du péritoine ambiant, et, s'il le faut, se résoudre franchement à l'intervention en deux temps. La mortalité très élevée des ovariotomies pour « dermoïdes » suppurés donne à ces conclusions une réelle valeur.

La suppuration n'est pas, d'ailleurs, l'agent nécessaire de l'accroissement rapide et considérable du kyste dermoïde, et je tiens à insister devant vous sur l'*évolution tardive* de certaines de ces tumeurs, qui, latentes et méconnues jusque-là, commencent à grossir après la ménopause, parfois longtemps après, et acquièrent très vite un développement extrême. L'exemple suivant est des plus typiques.

Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans, que j'opérai le 2 janvier 1895. En 1866, vingt-neuf ans auparavant, le kyste avait été diagnostiqué à Strasbourg, par M. Kœberlé; c'était alors une tumeur à peine grosse comme une orange, et M. Kœberlé, devant ce petit volume et l'absence d'accidents, conclut à l'abstention. De fait, les quelques vagues douleurs abdominales qui revenaient, à cette époque, de temps en temps, ne tardèrent pas à disparaître, et le kyste ne « donna plus de ses nouvelles », tant et si bien que la consultation de M. Kœberlé s'était presque effacée de la mémoire de notre malade, et qu'elle s'en souvint seulement au cours de notre examen, en revisant peu à peu tout le passé.

Le ventre n'avait commencé à grossir qu'après la ménopause, et surtout après soixante ans, dans les trois dernières années; la situation se compliquait, d'ailleurs, d'une affection lithiasique ancienne qui détourna d'abord toute l'attention. Je vis la malade, avec M. Isidor, en décembre 1894, et nous découvrîmes une volumineuse tumeur kystique, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, assez régulière de surface, épaisse et rénitente à la main, et donnant une sensation de fluctuation très obscure. Le diagnostic de kyste de l'ovaire nous parut indiscutable, et, devant l'accroissement continu de la tumeur et les douleurs qu'elle provoquait, l'intervention sembla tout indiquée. Le ventre ouvert, je trouvai un énorme kyste, de paroi épaisse et jaunâtre, relié à la paroi abdominale par une nappe d'adhérences, qui furent d'abord détachées; ceci fait, je m'aperçus que le kyste était recouvert d'une seconde enveloppe, qu'il était inclus dans le ligament large; je sectionnai ce second feuillet et je ponctionnai la poche : il s'écoula un liquide épais, nullement purulent, mêlé de grumeaux graisseux et de poils, sorte de bouillie caséeuse qui obstruait à tout instant la canule et ne s'évacuait qu'avec la plus grande difficulté. Pour en finir, j'isolai soigneusement le kyste avec des compresses, j'amarrai avec deux pinces sa paroi antérieure, et je l'ouvris largement : il s'échappa une quantité énorme, plusieurs litres, du même liquide grumeleux, mêlé de poils et de débris calcaires, et d'épais écheveaux de longs poils, toute une chevelure. La poche vidée, je me mis en devoir de la décortiquer et de l'énucléer, et je réussis à l'extraire en totalité. Il restait une vaste cavité cruentée, qui fut tamponnée à « la Mikulicz »; le reste de la paroi fut réuni.

Les résultats de cette opération, en somme, laborieuse, furent beaucoup plus simples qu'on n'aurait pu l'espérer, chez une femme âgée et de très gros embonpoint; il n'y eut aucune réaction, et la malade se levait au vingt et unième jour. Elle est restée, depuis, très valide : il y a deux ans, à la suite d'accidents hépatiques graves, je lui ai pratiqué l'ablation de la vésicule biliaire, calculeuse, et cette nouvelle intervention, à soixante-dix ans passés, a été encore très bien supportée.

J'ajoute qu'il s'agissait, dans le cas présent, d'un kyste dermoïde uniloculaire, sans mélange de cysto-épithéliome et sans suppuration.

On retrouve assez facilement d'autres exemples de cette évolution *tardive* et *rapide* des dermoïdes ovariens; M. L. Strominger publiait, en 1902, une observation de ce genre, où, chez une femme de cinquante-deux ans, le kyste s'était développé en quelques mois, depuis la ménopause. Le fait de M. Leriche est encore plus caractéristique : il a trait à une femme de soixante-neuf ans, mère de cinq enfants, et qui, à quarante ans, avait cessé d'être réglée; « à soixante et un ans, elle remarque que son ventre grossit à gauche; insensiblement, l'augmentation de volume devient médiane, puis symétrique, et prend des dimensions considérables, sans que la malade s'en occupe autrement. » Le ventre, proéminent, mesure 1 m. 31

(1) H. Wunderli. Ueber bakteriologisch nachgewiesene Infektion von Ovarialcysten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXVI, 3, p. 715.)

(2) R. Peterson. Infected ovarian cysts. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin 1902, p. 802.)

(3) Voyez H. Fossard. Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. (*Thèse de Paris*, 1901.)

de circonférence, à la hauteur de l'ombilic. L'opération est pratiquée par M. Poncet; on retire, du kyste, 15 litres de liquide verdâtre, et la poche est énucléée; c'est un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, contenant des cheveux et des grumeaux butyreux nageant dans le liquide.

Ici encore, on ne rencontre qu'un kyste dermoïde pur et simple, sans mélange ni complication; il ne s'agit point, dans les faits en question, de ces formes mixtes, où la tumeur dermoïde s'associe et se combine au cysto-épithéliome, et où l'on trouve, autour de la poche à contenu pilo-graisseux, un nombre variable de kystes à contenu clair. Non; le «dermoïde», réduit à lui-même, sans nulle adjonction, sans nulle dégénérescence, est susceptible de présenter un lointain et tardif « réveil », et, tumeur congénitale, de ne se développer qu'aux derniers âges de la vie, et d'ordinaire, avec une rapidité marquée et sous un volume considérable.

Devant ces accroissements retardés, et qui ne s'accusent que plus ou moins tard après la ménopause, il convient, d'ailleurs, de songer toujours à la possibilité du mélange cysto-épithéliomateux dont nous parlions tout à l'heure, ou d'une complication suppurative; mais une autre éventualité doit encore être signalée : la *dégénérescence maligne*.

Plus rare que dans les kystes ovariens du type commun, la transformation néoplasique des kystes dermoïdes n'est pourtant pas exceptionnelle; M. Debuchy en rassemblait 32 cas, dans sa thèse de 1899 (1); il en distinguait plusieurs types : dégénérescence épithéliale proprement dite, ayant pour point de départ, comme l'avait montré Pilliet, la « papille, c'est-à-dire le tissu propre de l'embryon rudimentaire », et les glandes nombreuses de cette région; dégénérescence sarcomateuse; dégénérescence des endothéliums vasculaires. Je ne saurais aborder ici les problèmes fort complexes que soulève la question histologique; mais je tiens à vous rappeler une observation, malheureuse, d'ailleurs, et les résultats de l'examen de la pièce pratiqué par mon collègue M. Ménétrier.

Je veux parler d'une pauvre femme de cinquante et un ans, très cachectique, qui nous fut adressée, en octobre 1903, par M. Chevassu. La laparotomie nous fit découvrir un gros kyste dermoïde, adhérent, à droite, à la paroi abdominale, et prolongé, à gauche, par une traînée de grosses bosselures, qui faisaient corps avec l'intestin; j'enlevai la masse principale et tout ce qu'il fut possible d'exciser de la portion dégénérée, puis j'isolai la cavité saignante qui restait après cette décortication, en la marsupialisant : intervention fatalement incomplète, mais que je n'aurais pu faire plus radicale, sans créer les plus graves lésions et vouer l'opérée à une mort immédiate. Le dénouement inévitable ne fut, d'ailleurs, que retardé d'une dizaine de jours, et la malade s'éteignit. Or, voici le résumé de l'analyse histologique, due à M. Ménétrier : « Grosse tumeur kystique de l'ovaire, renfermant un liquide jaune huileux et des touffes de poils; la paroi de cette poche, inégalement et irrégulièrement épaissie en ses divers points, présente à sa face externe une masse végétante, molle et grisâtre, et, à sa face interne, des éminences dures, en partie osseuses et surmontées de dents. L'examen portant au niveau de ces points montre la multiplicité des tissus, dents, os, cartilages, poils, glandes sébacées, muqueuses, épithéliums cylindriques et pavimenteux, qui caractérisent la prolifération ovulaire parthénogénétique.

Dans la paroi indurée et épaissie avoisinante, on trouve des amas épithéliaux, en masses irrégulières, infiltrant toute l'épaisseur de la poche et végétant même à la surface externe, et qui présentent tous les caractères de l'épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Enfin, les végétations de la face externe, comme celles qui se trouvent implantées en divers points de la cavité abdominale, présentent, outre la prolifération néoplasique qui les constitue essentiellement, une infiltration leucocytique surtout polynucléaire, extrêmement abondante, indice d'une infection microbienne surajoutée. »

Je tiens à vous faire remarquer cette infiltration leucocytaire : notre kyste, dégénéré, était aussi en voie d'infection, et, du reste, ses rapports intimes avec l'intestin, adhérent et lui-même envahi par le néoplasme, ne laissaient pas de doutes sur le mode pathogénique de cette infection.

Ces exemples suffisent à montrer que le kyste dermoïde de l'ovaire doit toujours être tenu pour une affection sérieuse et de pronostic incertain; que, même après une période latente qui s'est prolongée cinquante et soixante ans, il est susceptible d'entrer en activité, sur le tard, et d'acquérir en très peu de temps un volume considérable; que son évolution est accidentée de complications fréquentes, la suppuration, la rupture intra-péritonéale ou dans les organes creux voisins, dans l'intestin, surtout dans la vessie; qu'il est, enfin, lui aussi, exposé à la dégénérescence maligne et qu'il peut, à un moment donné, devenir un véritable cancer. Joignez encore à toutes ces éventualités graves la torsion du pédicule, et, sans méconnaître les formes simples et bénignes jusqu'au bout, vous conclurez avec moi qu'il vaut mieux couper court, le plus tôt possible, à toutes ces mauvaises chances, en opérant de bonne heure. Conclusion banale, au premier exposé, mais qui n'en conserve pas moins, en pratique, toute sa valeur.

Ici, pourtant, une question se présente, d'un très pressant intérêt : je veux parler de l'intervention dans les *kystes dermoïdes bilatéraux*. Vous savez que cette dualité des dermoïdes ovariens n'est pas, en somme, très rare : MM. R. Lœwy et P. Guéniot (1) en ont réuni 97 cas. A la fin de 1903, vous en avez observé, ici même, un exemple. Vous vous rappelez cette grande jeune fille de seize ans, qui nous fut envoyée pour des douleurs de ventre et une « tumeur » de la région iliaque droite; on constatait, de ce côté, une masse arrondie, profonde, qui se continuait dans le bassin; par le toucher, on retrouvait, derrière l'utérus, le pôle inférieur de la tumeur : elle était nettement circonscrite, de consistance pâteuse, un peu douloureuse à la pression, et, de plus, elle se laissait refouler sans peine vers la cavité abdominale. L'âge aidant, nous avions fait le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire droit, et ce fut seulement sous le chloroforme que, l'exploration étant devenue plus facile, pareille tumeur, un peu moins grosse, pourtant, fut découverte à gauche. En effet, le ventre ouvert, nous trouvions deux kystes, dont l'aspect révélait suffisamment la nature, deux kystes, de surface gris jaunâtre, de consistance mollasse, avec des parties dures incluses; le droit était gros comme le poing, le gauche ne dépassait guère le volume d'un œuf; mais tous deux occupaient l'ovaire tout entier, et nulle part, à leur pourtour, on ne trouvait trace de tissu ovarien. Bref, les annexes furent enlevées, des deux côtés, et, avant de refermer le ventre, l'appendice fut réséqué aussi, préventivement, suivant une pratique à laquelle je reste fidèle autant que les conditions le permettent. La jeune opérée sortait, guérie, le 13 décembre; mais, en vérité, c'est là une guérison chèrement achetée, et, si je n'avais constaté, sur les pièces elles-mêmes, la destruction du tissu ovarien (j'ajoute que la malade était peu et mal réglée), je ne croirais pas une telle intervention légitime.

Je sais bien qu'il existe un certain nombre de faits authentiques, non seulement de menstruation persistante, mais de grossesse, après l'ovariotomie double. Tout récemment, M. Meredith (1) publiait une observation de grossesse consécutive à l'ablation de deux kystes dermoïdes ovariens : il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, opérée le 16 mai 1901; on pratiqua l'ablation des deux ovaires kystiques, et, des deux côtés, on lia et sectionna le pédicule, qui comprenait la trompe et le ligament de l'ovaire, aussi loin que possible de son insertion utérine, pour éviter tout accident ultérieur : la malade était, en effet, enceinte de deux mois environ. Trois jours après, elle expulsait une môle hydatiforme. Elle se rétablit complètement, et, au mois de mars 1902, les règles reparaissaient. En 1903 survenait une grossesse, qui se terminait accidentellement par une fausse couche de cinq mois.

En 1902, M. A. Doran (2) avait relaté un fait du même genre : une femme de vingt-cinq ans est opérée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; elle accouche quatre fois, à terme, dans les années qui suivent; à trente-neuf ans, on enlève un second kyste, de l'autre ovaire : une cinquième grossesse se produit et se termine, elle aussi, normalement.

Le retour des règles — sans grossesse —, après l'ablation bilatérale des annexes, n'est pas absolument exceptionnel. J'ai observé pareil fait chez la femme d'un confrère, qui avait deux énormes pyosalpinx, fermés tous deux, adhérents et entourant de telle façon l'ovaire que tout essai de conservation avait semblé trop périlleux et trop malaisément réalisable; j'avais donc pratiqué l'extirpation bilatérale, par section directe du ligament large, ligature isolée des vaisseaux sur la tranche et péritonisation. La jeune femme guérit sans incident, et nous avions pris toutes sortes de précautions pour lui annoncer que les règles reviendraient sans doute, mais plus tard, en petite quantité, etc., afin de la préparer à l'irréparable. Or, au bout de deux mois, la menstruation se rétablissait, plus régulière peut-être et plus abondante qu'avant l'opération, et, depuis, elle n'a pas cessé.

On a donné, de ces surprises, diverses explications : ovaires surnuméraires; conservation, dans le moignon annexiel, au-dessous d'une ligature en masse, d'un segment, d'une coque de tissu ovarien; prolongement du même tissu dans le ligament de l'ovaire, qui reste intact, lorsqu'on « fait le pédicule » assez loin de l'utérus. Cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable à M. Doran et à M. Meredith; je me garderais d'insister, et je n'ai pas besoin de dire qu'on ne saurait, en pratique, tenir aucun compte de ces éventualités tout exceptionnelles.

D'autre part, la bilatéralité du kyste dermoïde de l'ovaire n'est point un obstacle, non seulement à la régularité de la menstruation, mais à la grossesse et aux grossesses répétées. En analysant, à ce point de vue, les observations de MM. Lœwy et Guéniot, auxquelles il ajoute un fait personnel, M. Condamin (3) a relevé que, sur ces 98 cas, 30 fois, au moins, il y a eu grossesse avant l'opération, 1, 2, 3, 4 : jusqu'à 7 grossesses et 5 fausses couches, chez une malade de M. Routier; jusqu'à 9 grossesses, chez une autre, de M. Himmelfort; jusqu'à 12 grossesses et 1 fausse couche, chez une

(1) A. Debuchy. Des kystes dermoïdes de l'ovaire et de leur dégénérescence maligne. (*Thèse de Paris*, 1899.)

(1) R. Lœwy et P. Guéniot. Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mars-avril 1902, p. 247.)

(1) W. A. Meredith. Pregnancy after removal of both ovaries for dermoid tumour. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juin 1904, p. 1360.)

(2) A. Doran. Fibroid of broad ligament associated with an ovarian cyst. (*Transact. of the Obstet. Soc. of London*, 1902, XLIII, p. 260.)

(3) R. Condamin. Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires et grossesse. (*Lyon méd.*, 14 fév. 1904, p. 289.)

femme observée par Cullingworth. Et la grossesse est possible, alors même que les kystes ont acquis un volume suffisant pour nécessiter l'intervention : 9 fois, la laparotomie a été pratiquée chez des malades enceintes de deux à cinq mois. Ces résultats se conçoivent, d'ailleurs, par l'existence d'un reliquat de tissu ovarien, au pourtour du kyste ou à sa base d'implantation, bien que ce reliquat ne soit pas toujours reconnaissable à l'examen macroscopique. Or, ce reliquat sera, naturellement, d'autant plus important qu'on aura affaire à un kyste plus jeune et moins volumineux.

Une double conclusion s'impose donc, et vous l'avez déjà prévue. Chez une femme jeune, en présence d'un kyste dermoïde bilatéral des ovaires, il faut rechercher avec soin cette portion restante de l'organe, et la conserver, en excisant la tumeur kystique. Deux faits de Matthæi, un de Schröder, un autre de M. Terrier, tous cités par MM. Lœwy et Guéniot, témoignent de l'excellence de cette pratique, les 4 malades ayant accouché normalement dans les années qui suivirent l'opération « conservatrice ».

L'autre conclusion, la voici : plus on opère tôt, plus on a de chances de trouver, au moins d'un côté, l'ovaire en partie indemne; plus on a de chances de pouvoir pratiquer une opération qui sauvegarde l'avenir, tout en mettant la malade à l'abri des graves complications du dermoïde ovarien.

CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Tenu à Berlin du 12 au 17 septembre 1904.

Les anomalies des échanges nutritifs dans les maladies de la peau.

M. H. Radcliffe Crocker (de Londres). — Le métabolisme physiologique étant lui-même peu connu, le métabolisme pathologique ne peut l'être que moins encore. Pourtant, certaines acquisitions ont été faites récemment, en ce qui concerne l'influence des anomalies des échanges nutritifs dans la pathogénie des dermatoses.

Ce sont les troubles des glandes à sécrétion interne qui présentent le problème sous sa forme la plus simple. C'est ainsi que l'absence de sécrétion thyroïdienne produit, comme on sait, les altérations de la peau qui caractérisent le myxœdème, mais on ignore si ces lésions cutanées résultent de ce que, normalement, la glande enlève au sang des substances nuisibles ou de ce qu'elle sécrète une substance utile à l'organisme, et en particulier au système nerveux qui préside à la trophicité cutanée. La deuxième théorie est la plus probable, car l'administration de corps thyroïde a un effet manifeste sur l'état de la peau, dans des dermatoses où il n'y a aucune insuffisance thyroïdienne apparente, telles que le psoriasis, le pityriasis rubra, le lichen, l'ichtyose, etc., et même dans les maladies qui affectent le derme, comme le lupus.

Sont également associés aux altérations de la glande thyroïde la leucodermie, la mélanodermie et les troubles pigmentaires variés de la maladie de Graves, en coexistence avec la sueur froide de la paume des mains et de la plante des pieds, la sécheresse des cheveux et des ongles, etc. Aucune explication, par contre, ne peut être donnée de la coloration bronzée de la maladie d'Addison, où la portion médullaire de la capsule surrénale est détruite.

Parmi les troubles cutanés en rapport avec le mauvais fonctionnement du foie, ceux qui sont dus à l'ictère viennent en première ligne : le prurit généralisé est un des plus communs, mais il n'est pas prouvé que la cholémie en soit la cause, puisqu'il peut y avoir ictère sans prurit; peut-être s'agit-il d'un poison engendré — ou non détruit — par le foie malade. On peut en dire autant du xanthélasma généralisé, qui est fréquent dans l'ictère, mais qui peut exister sans ce dernier. Il en est de même du xanthélasma des paupières et du xanthome des diabétiques. De son côté, la glycosurie qui, dans nombre de cas, doit être considérée comme due à un métabolisme défectueux du foie, entraîne de nombreuses affections cutanées. C'est ainsi que, dans le diabète sucré, les lésions même dues aux *cocci* pyogènes ou à d'autres microbes (furoncles, gangrènes, etc.) relèvent évidemment d'une modification du terrain, favorable au développement des microorganismes. Dans le diabète bronzé, l'altération pigmentaire paraît également en rapport avec la lésion hépatique.

J'ajouterai que le prurit anal est, d'après mon expérience, le plus souvent lié, lui aussi, à une lésion du foie.

L'*acanthosis nigricans* est certainement en relation avec des troubles d'obstruction pylorique et peut-être avec une altération hépatique, car je l'ai observée chez un malade atteint de cirrhose hypertrophique biliaire. Il est à supposer que les poisons formés interviennent par l'intermédiaire du sympathique.

Bien qu'il ne s'agisse pas là de troubles du métabolisme à proprement parler, nous ne pouvons passer sous silence les dermatoses qui relèvent de désordres gastro-intestinaux. En pareille occurrence, il est la plupart du temps impossible de faire la part de ce qui revient à l'estomac et à l'intestin. L'acné rosacée, notamment, paraît en rapport avec l'altération de ces deux organes. La chromidrose, surtout dans ses formes sébacées, est fréquemment associée à la constipation, et la décoloration des téguments suit en général la disparition de cette dernière.

J'ai longtemps regardé la forme aiguë du lupus érythémateux comme une toxémie : la coexistence du lupus érythémateux généralisé avec l'albuminurie est si fréquente qu'il s'agit certainement d'autre chose que d'une coïncidence.

Les éruptions alimentaires ou médicamenteuses méritent également d'être citées ici, au nombre des maladies par trouble du métabolisme : telle l'urticaire, plus spécialement l'urticaire pigmentée, qui est très favorablement modifiée par la diète et les désinfectants intestinaux comme le salol. Mais il est impossible, pour ces affections, de distinguer ce qui est dû aux troubles du métabolisme et à ceux de la digestion intestinale.

M. Jadassohn (de Berne). — On peut admettre aujourd'hui que les anomalies des échanges nutritifs agissent par l'intermédiaire de substances toxiques : les unes influencent directement la peau en s'y déposant (ictère), ou irritent les terminaisons nerveuses (prurit pur, prurit avec lésions secondaires telles que papules urticariennes, érythèmes, inflammations, modifications de la kératinisation); d'autres attaquent d'abord les nerfs, comme c'est le cas dans le zona des diabétiques; certaines enfin s'éliminent par la surface de la peau (sucre des diabétiques).

Les dermatoses par anomalies de la nutrition peuvent être spécifiques — ce qui est rare — ou non spécifiques : ainsi que M. Radcliffe Crocker vient de le dire, les troubles de la nutrition jouent, en effet, un très grand rôle dans l'étiologie des maladies cutanées, même microbiennes.

M. L. Duncan Bulkley (de New-York). — Il faut distinguer, dans le métabolisme, 1° l'*anabolisme* ou conversion des matériaux nutritifs en tissu vivant; 2° le *catabolisme*, ou transformation de ceux-ci en énergie; 3° l'*excrétion* des matériaux de désintégration par les divers émonctoires (rein, peau, poumons, tube digestif). Les troubles du métabolisme interviennent dans tous les processus pathologiques. Ils se manifestent cliniquement par les modifications des excreta, surtout de l'urine, traduisant le métabolisme des éléments azotés et minéraux. Les affections où ces troubles sont le plus marqués sont la goutte, le rhumatisme déformant, le diabète et l'obésité : à chacune d'elles ont été définitivement associées certaines lésions cutanées. D'autre part, l'élimination des produits toxiques par les glandes sudoripares amène l'inflammation de la peau. Les relations reconnues entre diverses lésions cutanées et les écarts de régime ou les époques menstruelles trouvent leur explication dans les troubles du métabolisme, qu'une étude chimique approfondie des urines pourrait mettre en évidence.

M. Brocq (de Paris). — Après plus de 2,000 examens d'urines provenant de sujets atteints d'affections diverses de la peau : eczéma, psoriasis, prurit, prurigo, parapsoriasis, etc., sans aucune lésion viscérale apparente, je puis conclure qu'il existe toujours, dans les dermatoses, des troubles des échanges et de la nutrition (fermentations intestinales, ralentissement de la combustion des albuminoïdes, insuffisance de la dépuration urinaire) dont l'importance est mise en évidence par ce fait qu'ils disparaissent avec la lésion cutanée. Ces troubles sont très marqués dans l'eczéma séborrhéique; il n'y a pas cependant de formule spéciale ni même de dominante chimique de l'eczéma.

M. L. Jacquet (de Paris). — J'ai pu constater aussi qu'il n'y a pas de formule urinaire de l'eczéma : dans 34 cas que j'ai observés à la période d'état, l'élimination urinaire a été tantôt normale, tantôt insuffisante ou excessive. D'autre part, l'analyse du sang dans 7 cas d'eczéma vulgaire m'a montré que la minéralisation était au-dessous de la moyenne; elle était plus faible encore dans 4 cas guéris.

M. Gaucher (de Paris). — L'eczéma est une conséquence du ralentissement de la nutrition. A l'appui de cette théorie, que j'ai toujours soutenue, je puis vous citer les nombreuses analyses d'urine que j'ai faites avec M. Desmoulière, et qui montrent l'abaissement du rapport azoturique, l'augmentation des matières extractives azotées, la diminution de l'urée. L'eczéma est une maladie due à une auto-intoxication par les matières incomplètement oxydées. On constate d'une manière constante l'augmentation des chlorures urinaires, véritable phénomène de suppléance, puisque les chlorures aident à l'élimination des autres substances.

M. Touton (de Wiesbaden). — J'ai pu observer un jeune homme atteint d'ichtyose congénitale qui, ayant pris des préparations thyroïdiennes pendant trois ans, vit survenir une éruption de la peau, formée d'éléments rouges et noueux, surtout au voisinage des articulations, en même temps qu'il y avait épanchement articulaire. Les éléments apparaissaient le soir, sous l'influence du froid, du grattage ou spontanément, et disparaissaient très vite. Il s'agissait, en un mot, d'une véritable urticaire ou d'une variété d'œdème circonscrit. C'est là un exemple d'éruption par anomalie des échanges nutritifs.

Recherches expérimentales sur la syphilis.

M. Neisser (de Breslau). — Après avoir fait à des macaques d'espèces diverses des tentatives d'inoculation de la syphilis, dont le résultat est resté douteux, j'ai inoculé sous la peau d'un chimpanzé 2 c.c. de sérum provenant d'un sujet en pleine syphilis secondaire (roséole). Sept jours après, l'animal présentait une éruption eczématiforme généralisée avec desquamation au niveau des plis articulaires, qui guérit sous l'influence de la pâte de zinc, et il y eut chute presque totale des poils. De nouvelles injections furent pratiquées pendant plusieurs mois jusqu'à atteindre un total de 422 c.c. de sérum, sans qu'il fût possible de constater aucun signe de syphilis, ce qui me permet de conclure à la non-virulence du sérum des syphilitiques. Le chimpanzé ainsi traité fut alors inoculé à la lèvre inférieure avec des produits syphilitiques prélevés sur des plaques muqueuses; dans les deux mois qui suivirent, on vit apparaître chez lui un chancre et des accidents secondaires.

Ainsi donc, non seulement l'injection de sérum humain provenant d'individus atteints d'accidents secondaires est incapable de donner la syphilis, mais encore ce même sérum ne possède aucun pouvoir immunisant contre la syphilis.

M. Metchnikoff (de Paris). — Le chimpanzé est un animal réactif extrêmement sensible à l'égard de la syphilis, puisque, sur 9 animaux inoculés jusqu'ici, il y a eu 9 résultats positifs.

Quant aux recherches visant la découverte d'un microbe de la syphilis, elles sont demeurées infructueuses. Dans le liquide des vésicules, on n'a pu trouver de microorganismes; ce liquide renferme seulement des leucocytes et des hématies; or, ces éléments cellulaires sont immobiles et ne subissent aucun choc, ce qui prouve l'absence de microbes mobiles. Il ne s'agit probablement pas non plus de microbes

invisibles : en effet, MM. Klingmüller et Bärmann ont récemment démontré que, lorsqu'on filtre sur bougie Berkefeld des produits syphilitiques, le liquide filtré ne renferme pas de virus syphilitique, puisque l'inoculation de ce liquide à l'homme n'entraîne aucun accident (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 198-199). J'ai fait de mon côté les expériences de contrôle qui manquaient aux recherches de ces auteurs, et j'ai pu m'assurer que la durée de l'opération, la température, etc., n'avaient pas tué le virus, car le produit restant sur le filtre, inoculé à un chimpanzé, a donné à celui-ci la syphilis.

D'autre part, la virulence du virus syphilitique est détruite par le chauffage à 51° en tube scellé pendant une heure; la glycérine, par contre, n'a aucune action destructive sur elle. Le virus filtré, le virus chauffé à 51° ne possèdent pas de pouvoir préventif.

L'inoculation de produits syphilitiques au *Macacus cynomolgus* donne à cet animal une syphilis très virulente. Au contraire, chez le macaque bonnet chinois, elle est suivie de l'apparition d'un chancre, mais sans accidents cutanés ou muqueux secondaires. Cette atténuation du virus par une espèce simienne éloignée des singes anthropoïdes est intéressante à retenir, car c'est en cherchant dans ce sens qu'il sera sans doute possible d'obtenir un virus-vaccin.

Preuve expérimentale de la nature tuberculinique des sarcoïdes sous-cutanés.

M. J. Darier (de Paris) rappelle que les sarcoïdes multiples sous-cutanés de Boeck (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 263) ont la structure, non des sarcomes, mais des tubercules; en effet, on y trouve constamment des nodules avec cellules géantes.

L'orateur a tenté de reproduire expérimentalement ces tumeurs. Il a eu tout d'abord recours à l'inoculation sous-cutanée de bacilles de Koch morts, avec l'idée qu'il s'agissait peut-être de tubercules à bacilles atténués. Le résultat fut négatif au point de vue spécial étudié, car il se forma un abcès froid au point d'inoculation. Employant alors la toxine chloroformique d'Auclair, c'est-à-dire les substances grasses extraites des corps de bacilles tuberculeux, il obtint des sarcoïdes sous-cutanés typiques aux points d'inoculation.

Cette expérience prouve donc la nature tuberculeuse des sarcoïdes de Boeck, en même temps que la nature réellement toxinique, et non bacillaire, des tuberculides.

Rapports réciproques des tuberculides.

M. S. Ehrmann (de Vienne) fait une communication tendant à démontrer que la coexistence relativement fréquente du *folliclis* de Barthélemy et du lupus érythémateux plaide en faveur de l'origine commune de ces deux affections. D'autre part, dans certains *folliclis* existent des éléments érythémateux et même hémorrhagiques où l'altération vasculaire est notable, mais où manque la nécrose; ce sont là de véritables formes de passage qui conduisent à l'angiokératome de Mibelli. On voit également l'érythème induré de Bazin coexister souvent avec le *folliclis*.

Ces faits établissent l'étroite parenté qui unit les diverses espèces de tuberculides les unes aux autres.

Dr G. Milian,
Ancien chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris.

(*A suivre.*)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Formule urinaire dans la pleurésie tuberculeuse (polyurie, hyperchlorurie et albuminurie de la convalescence), par MM. P. Courmont et J. Nicolas.

L'étude de la courbe urinaire comparée à l'évolution de la maladie et de l'épanchement, dans la pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse, a montré aux auteurs du présent mémoire l'existence presque constante, au moment de la convalescence, d'un syndrome urinaire particulier, dont les éléments sont constitués par de la polyurie, de l'hyperchlorurie et une albuminurie tardive et légère. Les deux premiers termes de cette triade symptomatique étant bien connus depuis les travaux dont ils ont été l'objet dans ces dernières années, c'est principalement sur l'albuminurie qu'ont porté les recherches de MM. P. Courmont et Nicolas.

Ces auteurs ont retrouvé le symptôme en question 13 fois sur 18 sujets qu'ils ont examinés à ce point de vue, et qui tous étaient atteints de la même forme de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. Légère et n'atteignant jamais 0.5 ‰, l'albuminurie, dans les cas dont il s'agit, ne s'accompagne pas de néphrite aiguë ni d'urémie. Au contraire, elle coïncide généralement avec une décharge urinaire, caractérisée par une polyurie hyperchlorurique. Pendant la période fébrile de la pleurésie, elle fait toujours défaut : son apparition, contemporaine de la résorption de l'épanchement, annonce le début de la convalescence. Sa durée est d'ailleurs variable : ne persistant parfois que peu de jours, elle peut, chez d'autres malades, se prolonger pendant plusieurs semaines.

Considérant le syndrome urinaire de la fin de la pleurésie comme un phénomène critique, MM. P. Courmont et Nicolas attribuent, au point de vue pathogénique, le rôle primordial au liquide pleural, à sa résorption et à son action sur le rein Au moment de la convalescence, il s'établirait dans la cavité pleurale, jusque-là perméable de dehors en dedans, un courant osmotique allant de la plèvre au sang et du sang au rein : en quelques semaines au plus, de 1 à 2 litres de liquide pleural passeraient ainsi par la circulation générale et le rein. Ce serait la « matière peccante » renfermée dans ce liquide qui, au niveau du rein, déterminerait une irritation dont l'albuminurie serait le témoin. Parfois fugace, mais à peu près constante, cette albuminurie ne saurait être mise sur le compte d'une néphrite tuberculeuse, évolution possible, mais en somme assez peu fréquente. Il est, au contraire, beaucoup plus naturel d'attribuer l'irritation du rein au passage des toxines que renferme l'épanchement pleurétique : on sait que l'injection sous-cutanée de quelques centimètres cubes d'un pareil liquide s'accompagne des mêmes phénomènes qui s'observent à la suite d'une injection de tuberculine.

Au point de vue pronostique, il ne semble pas que l'albuminurie de la pleurésie tuberculeuse à son déclin doive être considérée comme un signe fâcheux, étant donné qu'elle peut se montrer chez les malades qui guérissent le mieux, et qu'elle disparaît d'ailleurs assez vite. D'autre part, il est certains cas affectant une évolution très sévère, et guérissant néanmoins sans l'apparition de l'albumine dans les urines.

Par l'existence de l'albuminurie de la crise urinaire de la convalescence, on peut s'expliquer comment il se fait que le régime lacté donne, chez les pleurétiques, de meilleurs résultats qu'un régime reconstituant, même déchloruré. Le lait, en effet, à l'encontre de l'alimentation déchlorurée, qui est toxique et surcharge le rein, exerce une action diurétique et ne fournit au rein que peu de déchets à éliminer. (*Lyon méd.*, 3 juillet 1904.) — F. M.

Du glaucome consécutif à l'extraction du cristallin, par M. Dupuy-Dutemps.

Si le glaucome — généralement aigu — qui survient très peu de temps après l'extraction du cristallin n'offre pas de difficultés sérieuses de diagnostic, il n'en est pas de même des cas où cette complication, plus souvent alors d'allure chronique, n'apparaît qu'au bout de quelques mois, voire de plusieurs années : en pareille occurrence, il peut être fort malaisé de reconnaître la nature et la cause des accidents observés et de leur opposer une thérapeutique rationnelle. C'est un fait de cette catégorie que M. Dupuy-Dutemps relate dans le présent travail.

Une jeune fille de vingt-neuf ans subit, en 1892, l'extraction du cristallin transparent de l'œil droit, pour une myopie de 18 dioptries avec staphylome postérieur et foyers de choroïdite myopique; l'acuité visuelle n'était que de 1/8. L'opération eut lieu sans incident, mais un petit lambeau de la capsule s'enclava dans la plaie cornéenne. A la suite de cette intervention, le défaut de réfraction se trouva entièrement corrigé, l'acuité visuelle n'ayant en rien été modifiée.

Ce résultat se maintint pendant neuf ans; à ce moment, on constata que la vision de l'œil droit avait diminué de près de la moitié (1/15), et l'ophtalmoscope permit de reconnaître l'existence de foyers récents de choroïdite maculaire. Un an plus tard, sans que les lésions du fond de l'œil eussent sensiblement progressé, l'acuité visuelle était descendue à 1/30, en même temps que survenaient des troubles nettement glaucomateux : obnubilations passagères de la vue, douleurs oculaires et péri-orbitaires, vision de cercles colorés autour des flammes, etc. Puis ces désordres augmentèrent d'intensité et de fréquence, tandis que l'acuité visuelle diminuait encore (1/40) et que l'on voyait apparaître une excavation glaucomateuse de la papille.

On s'aperçut alors que le lambeau capsulaire enclavé dans la plaie cornéenne lors de l'extraction du cristallin existait toujours, sous forme d'une petite bride qui partait des débris capsulaires visibles dans la partie inférieure de la pupille, traversait la chambre antérieure sans contracter d'adhérences avec l'iris et s'insérait en bas et en dehors dans la partie moyenne de la cornée; et il parut vraisemblable de lui attribuer les accidents glaucomateux. On le sectionna donc avec les ciseaux-pinces introduits à travers une petite incision de la cornée; cette simple intervention fit disparaître tous les troubles et ramena l'acuité visuelle à 1/15.

Passant en revue les faits analogues antérieurement publiés, l'auteur conclut que le glaucome résultant ainsi à longue échéance d'une extraction du cristallin tient le plus souvent à une irrégularité de l'opération, et doit être imputé soit à une adhérence irido-capsulaire totale, soit à un enclavement irien ou capsulaire dans la plaie cornéenne. Ces conditions pathogéniques fixent le traitement à instituer : on s'adressera, selon la nature de la lésion causale, à l'iridectomie, à la transfixion de l'iris, à la section de la bride capsulo ou irido-cornéenne. (*Ann. d'oculist.*, août 1904.) — F. F.

L'œdème laryngé sus-glottique infectieux et suffocant (sa pathogénie), par MM. M. Deguy et E. Detot.

Le fait remarquable relaté par les auteurs a trait à un nourrisson de dix-neuf mois, qui fut envoyé à l'hôpital des Enfants-Malades comme suspect de diphtérie : il présentait, en effet, depuis la veille une dyspnée inspiratoire des plus manifestes, avec tirage, bruit de cornage, 40 respirations par minute; mais l'examen bactériologique demeura négatif au point de vue du bacille de Löffler, et la gorge n'offrait du reste aucun exsudat : on y constatait par contre l'existence d'une zone d'œdème comprenant les replis aryténo-épiglottiques, la région inter-aryténoïdienne et l'épiglotte, lesquels formaient un bourrelet circulaire limitant étroitement l'entrée du larynx.

La dyspnée ne faisant que s'accentuer, on mit un tube laryngien; cette manœuvre fut d'ailleurs sans action sur la dyspnée, sans doute parce qu'à chaque inspiration les bourrelets œdémateux venaient obturer l'orifice supérieur du tube, et l'on dut se résoudre à pratiquer la trachéotomie.

Malgré cette nouvelle intervention, la dyspnée ne disparut pas. L'état général, loin de s'améliorer, ne fit qu'empirer; la fièvre s'alluma, en même temps que survenait de l'albuminurie; l'auscultation de la poitrine révélait quelques râles ronflants à gauche. Localement, l'œdème sus-glottique persistait, tendant même à suppurer; le petit malade rejetait en outre du pus par sa canule trachéale. Il succomba aux progrès de la dyspnée le matin du quatrième jour après son admission.

A l'autopsie, on trouva dans les poumons des lésions de congestion avec hémorrhagies interstitielles et, par places, un peu de bronchite; les reins offraient également des lésions congestives et hémorrhagiques. Ces organes, ainsi que le foie, la rate et les régions qui étaient le siège de l'œdème, renfermaient en abondance un microcoque que l'on retrouva aussi, à l'état de pureté, dans le sang du cœur pris aussitôt après la mort Les caractères culturaux de ce microbe permirent de le reconnaître pour une variété de staphylocoque doré; il avait une

virulence et des propriétés œdématogènes considérables : inoculé au lapin, il tuait cet animal en moins de vingt-quatre heures, et la lésion principale constatée à l'autopsie était une distension notable du péricarde par un liquide séro-fibrineux qui se coagulait rapidement.

Au total, il se serait agi dans ce cas d'une véritable septicémie staphylococcique, avec lésions primitives et prédominantes au niveau de la région sus-glottique, ayant pu en imposer au début pour une diphtérie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août 1904.) — F. F.

Les réactions nerveuses au cours des herpès génitaux, par MM. P. RAVAUT et DARRÉ.

A peu près constants dans l'herpès génital, les phénomènes nerveux d'ordre sensitif y acquièrent parfois une intensité tout à fait disproportionnée avec la bénignité des lésions cutanées dont ils précèdent l'apparition (*herpès névralgiques* de Mauriac). Cette particularité permettait de prévoir l'existence d'une réaction du côté des centres nerveux, dans un certain nombre de cas au moins de cette affection. C'est ce point que les auteurs se sont efforcés de vérifier, en faisant, dans les services de M. Queyrat et de M. Thibierge, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien chez une série de malades des deux sexes, atteints d'herpès génital avec manifestations douloureuses plus ou moins vives et diffuses.

Or, sur un total de 26 observations, le résultat de ces recherches fut positif dans 21 cas : la réaction était 5 fois intense (plus de 20 éléments par champ d'objectif à immersion), 10 fois moyenne (de 7 à 20 éléments) et 6 fois discrète (de 4 à 7 éléments). Encore faut-il tenir compte que certains de ces examens furent exécutés à une période relativement tardive de l'affection : or, MM. Ravaut et Darré ont pu se convaincre, par des numérations répétées à plusieurs reprises sur le même sujet, que la réaction cytologique diminue assez rapidement et ne tarde pas à disparaître, de sorte que tel cas compté comme négatif ou comme n'ayant témoigné que d'une réaction discrète aurait pu figurer dans une catégorie toute différente si l'examen avait été pratiqué d'une manière plus précoce.

Fait à noter, la réaction était en général d'autant plus considérable que les troubles sensitifs avaient été eux-mêmes plus marqués : c'est ainsi que le liquide céphalo-rachidien n'était trouble à l'œil nu que chez un malade, le seul précisément qui réalisât avec netteté le type de l'herpès névralgique de Mauriac. Quant à la nature des éléments en cause, il s'agissait exclusivement de lymphocytes, sauf dans ce même cas, où l'on trouva aussi quelques polynucléaires. Ajoutons que l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien demeura constamment négatif, et qu'il en fut de même des essais d'auto-inoculation effectués soit avec ce liquide, soit avec les lésions cutanées.

Se basant sur ces constatations, MM. Ravaut et Darré émettent l'hypothèse que les résultats de l'examen cytologique pourraient sans doute permettre de distinguer, pour l'herpès génital tout comme pour le zona (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 94 et 253), l'origine centrale, ganglionnaire ou périphérique de l'affection. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juin 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Vaccination sous lumière rouge, par M. H. GOLDMAN.

Sur le conseil de M. le professeur Gärtner, l'auteur a institué une série d'essais qui ont consisté à pratiquer la vaccination dans les conditions où l'on traite une plaque photographique sensible (chambre obscure éclairée par une lampe à lumière rouge); la lymphe inoculée au bras une fois desséchée, il recouvrait la région d'épaisses bandes rouges, sous lesquelles, comme il avait pu s'en convaincre au préalable, un papier sensibilisé restait intact malgré l'exposition à la lumière diffuse du jour.

Ses expériences ont porté, en tout, sur 40 enfants. Chez 20 d'entre eux, les piqûres, faites sous lumière rouge, furent immédiatement pansées avec des bandes rouges, qu'on laissa ensuite en place pendant trois semaines; comme la vaccination portait, pour chaque enfant, sur les deux bras, on traita, dans 10 cas, l'un des bras de la manière ordinaire, tandis que l'autre était soumis à l'action de la lumière rouge. Chez 5 enfants, le pansement rouge ne fut maintenu que deux jours, et après ce laps de temps les pustules furent exposées à la lumière. Chez 5 autres, on commença par laisser agir la lumière du jour, puis, la pustule une fois bien formée, on eut recours au pansement rouge. Enfin, dans les 10 autres cas, les pustules de l'un des bras restèrent sous le pansement jusqu'à ce que celles de l'autre bras eussent atteint leur apogée, pour être ensuite exposées à la lumière.

Or, les phénomènes réactionnels qui accompagnent habituellement la vaccination (érythème autour du point d'inoculation, tuméfaction des ganglions lymphatiques, hyperthermie, etc., etc.) firent régulièrement défaut pour les pustules traitées, pendant toute la durée de leur évolution, par le pansement rouge : on ne trouvait pas la moindre trace d'adénopathie axillaire; examinées dans la chambre obscure, à la lumière rouge, les pustules se présentaient comme de petites verrues, parfaitement arrondies et légèrement surélevées par rapport aux parties avoisinantes qui étaient d'apparence complètement normale, tandis que, sur le bras témoin, les éléments éruptifs, élargis d'une manière plus ou moins diffuse, étaient fortement purulents et entourés d'une zone inflammatoire et hyperémiée, qui atteignait assez souvent jusqu'à 8 centimètres de diamètre; de plus, il existait de la tuméfaction des ganglions axillaires, et les mouvements de ce bras étaient douloureux.

Dans les cas où, le pansement rouge ayant été maintenu quelques jours seulement, on exposa ensuite les inoculations à la lumière ordinaire, la suppuration avec toutes ses conséquences se produisit deux ou trois jours après la suppression des bandes rouges. Les inoculations exposées à la lumière du jour jusqu'au stade d'acmé suppurèrent également, alors même que, dans la suite, on les eût soigneusement préservées de l'action de cette lumière. Par contre, dans les cas où, après avoir, les deux ou trois premiers jours, traité les piqûres de la manière habituelle, on les protégea ensuite par le pansement rouge, l'évolution de la vaccine fut beaucoup plus bénigne et ne différa presque pas de celle que l'on observait chez les sujets soumis d'emblée à l'action de la lumière rouge. Les cicatrices seraient, en pareille occurrence, tout à fait superficielles.

On pourrait se demander si la vaccination pratiquée sous lumière rouge confère réellement une immunité complète à l'égard de la variole; afin d'élucider ce point, M. Goldman a essayé de revacciner, au bout de cinq semaines, des enfants qui avaient été vaccinés dans les conditions susmentionnées : le résultat a été absolument négatif. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 septembre 1904.) — L. CH.

Sur la pénétration des larves d'ankylostome par la voie cutanée, par M. F. SCHAUDINN.

Il y a quelques années, un zoologiste habitant le Caire, M. Looss, fut amené à supposer — à la suite d'accidents qu'il avait observés sur lui-même — que les larves d'ankylostome peuvent pénétrer dans l'organisme par la voie cutanée, et les recherches qu'il institua ultérieurement ne firent que le confirmer dans son opinion. Malgré les descriptions détaillées qu'il publia, cette manière de voir ne rencontra aucune faveur. Or, des études de contrôle poursuivies par M. Schaudinn à l'Office sanitaire impérial allemand, il semble résulter que la peau, même intacte, constitue effectivement une voie importante de pénétration des larves d'ankylostome; voici en quoi consistent les expériences de M. Schaudinn :

Des matières fécales provenant de mineurs notoirement atteints de l'anémie spécifique furent mélangées avec du noir animal, puis maintenues, jusqu'à l'éclosion des embryons, dans une étuve à 27°. Les larves, recueillies par centrifugation des cultures, furent alors mises en suspension dans de l'eau, dont on déposa, avec une pipette, de cinq à six gouttes au niveau de l'espace interscapulaire, préalablement tondu aux ciseaux, de jeunes singes qu'une observation suffisamment prolongée permettait de considérer comme indemnes d'ankylostomiase. Après dessiccation, la région fut lavée à l'alcool absolu.

L'un des animaux ainsi traités mourut le quatorzième jour au milieu de violentes convulsions. A l'autopsie, on trouva, dans le tiers supérieur de l'intestin grêle, 36 ankylostomes vivants, dont le développement correspondait rigoureusement au temps écoulé depuis que les larves avaient été déposées sur la peau de l'animal; 2 de ces parasites flottaient librement dans le contenu intestinal; les autres étaient fixées à la muqueuse; un dernier ankylostome, un peu moins développé que ceux-ci, occupait un ganglion du péritoine.

Chez un singe plus âgé, on fit successivement 3 expériences analogues à la précédente, en laissant entre elles des intervalles respectifs de dix-huit jours et de vingt-quatre heures; l'animal fut sacrifié six heures après la troisième de ces tentatives d'inoculation. Des embryons déposés lors de la première expérience, 2 étaient vivants dans l'intestin grêle; 12 autres, morts et déjà attaqués par les sucs digestifs de l'hôte, se trouvaient dans le cæcum. En outre, on constata la présence, dans l'intestin grêle, d'un certain nombre de larves provenant de la deuxième tentative, et qui étaient les unes libres dans la lumière intestinale, les autres fixées au niveau de l'épithélium. Enfin, il existait dans le derme et dans les follicules quelques parasites qui faisaient manifestement partie du troisième contingent On en découvrit aussi dans le parenchyme pulmonaire et dans le sang des cavités cardiaques.

De ces faits, l'auteur conclut qu'il est légitime d'admettre, avec M. Looss, que les larves d'ankylostome, déposées sur la peau, peuvent traverser les téguments; de là, elles pénétreraient dans les veines sous-cutanées, gagneraient le cœur droit, le poumon, puis, par les bronches, la trachée et le larynx, atteindraient l'œsophage, l'estomac, et arriveraient ainsi jusqu'à l'intestin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 septembre 1904.) — F. M.

Guérison d'une leucémie grave avec hypertrophie considérable de la rate par les rayons de Röntgen, par M. AHRENS.

Nous avons récemment eu l'occasion de signaler les recherches expérimentales de M. Heineke, relatives au mode d'action des rayons de Röntgen sur les organes internes et, en particulier, sur le tissu adénoïde (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 255-256). Ces recherches permettent, jusqu'à un certain point, d'expliquer les bons effets de la radiothérapie dans la leucémie par l'action destructive qu'exercent les rayons de Röntgen sur le foyer de production des leucocytes. Le fait publié par M. Ahrens semble, toutefois, indiquer que le processus de guérison de la leucémie relève de causes plus complexes.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un homme de vingt-sept ans, auquel l'auteur fut appelé à donner ses soins pour une hypertrophie considérable de la rate avec exagération énorme du taux des globules blancs, ceux-ci étant par rapport aux hématies dans la proportion de 1 : 1. Le début de la maladie remontait à un an et demi, époque à laquelle le patient avait été pris d'un fort refroidissement. La leucémie étant très accentuée et le pronostic paraissant des plus graves, M. Ahrens résolut d'associer au traitement arsenical la radiothérapie, sous forme de séances répétées tous les jours et durant de cinq à dix minutes pour la rate, et une ou deux minutes pour chaque os long et pour le sternum. Au bout de vingt jours, on constatait déjà une amélioration notable de l'état général, en même temps que la rate commençait à diminuer de volume pour devenir tout à fait inaccessible à la palpation après cinquante séances. Quant au rapport entre les globules blancs et les érythrocytes, il était à peu près normal (1 : 525) au bout de quarante jours de traitement.

Bien que le malade parut alors tout à fait guéri, l'auteur lui conseilla de se soumettre, tous les quinze jours, à deux ou trois séances de radiothérapie. Mais le patient négligea cette précaution, et, au bout d'environ deux mois, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'une récidive aiguë, au cours de laquelle la rate atteignit de nouveau la région iléo-cæcale, tandis

que le nombre des leucocytes du sang augmentait, dans l'espace de dix jours, au point d'être vingt-deux fois plus grand que lors de la dernière numération. On essaya de combattre cette récidive par les rayons de Röntgen; après onze séances, la rate diminua quelque peu de volume, tandis que le traitement restait sans effet sur l'état du sang. Bientôt on vit se déclarer une forte hyperthermie avec sueurs profuses, et le malade succomba avec des signes de suffocation lente. A l'autopsie, on trouva une grosse rate leucémique (6 livres 1/2) contenant de nombreux infarctus, ainsi que des lésions caractéristiques de la leucémie dans la moelle osseuse et dans le foie.

M. Ahrens estime que l'hyperplasie excessive des organes hématopoiétiques survenue si rapidement au cours de la récidive ne saurait s'expliquer que par une infection aiguë. Aussi lui paraît-il impossible d'admettre que les bons effets obtenus par l'emploi des rayons de Röntgen aient été dus, dans ce cas, à un simple rétablissement d'équilibre dans la structure anatomique de la rate et de la moelle osseuse : il serait plutôt porté à croire que la radiothérapie avait exercé une action directe sur l'agent pathogène des troubles morbides, en le rendant inoffensif, et que celui-ci — soit revivifié dans l'organisme, soit ayant à nouveau pénétré du dehors — détermina une seconde fois les mêmes altérations, tant anatomiques que fonctionnelles, des organes en question. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin 1904.) — L. CH.

De la proportion des leucocytes dans les affections gynécologiques et pendant l'accouchement, par M. Pankow.

La teneur du sang en leucocytes présente, au point de vue du diagnostic de la suppuration, une importance pratique assez considérable pour qu'il ne soit pas sans intérêt de résumer les recherches de M. Pankow sur ce sujet encore à l'étude.

En ce qui concerne la technique, il est tout d'abord à noter que l'on peut trouver, pour le même individu, des chiffres assez différents, suivant que l'on compte les leucocytes plus ou moins tôt après la prise du sang : plus on attend et plus les résultats varient, d'autant plus qu'au bout de quelques heures la numération des globules est rendue malaisée par la formation de masses granuleuses dans la préparation; en pareille occurrence, l'écart peut atteindre de 1,000 à 2,500 leucocytes par millimètre cube. De même, selon que l'échantillon de sang est prélevé d'un côté ou de l'autre du corps, on note parfois, à une demi-heure d'intervalle, des écarts de 400 à 500 leucocytes par millimètre cube. Enfin, chez une même personne, apparemment placée dans des conditions identiques, on peut constater à deux ou trois jours de distance des différences allant jusqu'à 2,000 leucocytes par millimètre cube.

Quoi qu'il en soit de ces causes d'erreur, la recherche de la leucocytose fournit généralement des indications diagnostiques assez sûres. Toutefois, il convient de modifier certaines données admises jusqu'ici : dans les annexites, par exemple, on croit pouvoir éliminer l'hypothèse de suppuration tant qu'il y a moins de 16,000 leucocytes par millimètre cube. Or, les observations opératoires de M. Pankow lui ont démontré que la suppuration est presque aussi fréquente chez les malades ayant de 10,000 à 16,000 leucocytes que chez celles qui en ont plus de 16,000. C'est donc au taux de 10,000 qu'il conviendrait d'abaisser la limite en question, et rien ne prouve même qu'on ne puisse trouver quelquefois du pus chez des femmes ayant une leucocytose encore moins prononcée. Quant au faible degré de la leucocytose, en cas de salpingite suppurée, comparativement à ce qu'on remarque dans d'autres suppurations internes — telles que l'appendicite —, il faut sans doute l'attribuer à l'encapsulement habituel du pus, qui diminue la résorption pyémique et par suite l'afflux chimiotactique des globules blancs.

Les fibromes, sauf le cas de complications suppurées, ne déterminent pas de leucocytose. Il en est de même pour le cancer utérin : quand on y observe de la leucocytose, c'est que celle-ci est entretenue par quelque suppuration ou par les résorptions septiques se faisant à la surface même du néoplasme; mais, à ce point de vue, il est impossible de reconnaître cliniquement les cancers qui résorbent et ceux qui ne résorbent pas. Une chose certaine, c'est que la leucocytose est absolument indépendante de l'extension de la tumeur.

Les opérations abdominales, même en l'absence de tout épanchement sanguin ou purulent dans la séreuse, sont toujours suivies d'une très forte leucocytose. Les deux seules exceptions enregistrées par l'auteur concernent des femmes qui présentaient déjà une telle leucocytose que, vraisemblablement, la réaction opératoire ne put la surélever. La leucocytose post-opératoire n'est d'ailleurs nullement due à l'anesthésie (éthérisation), car celle-ci n'amène par elle-même qu'un accroissement insignifiant du nombre des globules blancs. M. Pankow pense donc qu'elle est sous la dépendance soit d'une infection atténuée — que les interventions même les plus aseptiques ne peuvent complètement exclure —, soit de la résorption des éléments traumatisés et nécrosés par les incisions, le contact des instruments ou des mains.

Au cours de la grossesse — quoi qu'on en ait dit —, le nombre des globules blancs n'augmente pas, sauf aux approches du terme, où l'on peut trouver une légère leucocytose. Pendant le travail, par contre, le nombre des leucocytes s'élève rapidement à 15,000, 20,000, 22,000 par millimètre cube, mais pour retomber presque aussi brusquement; en tout cas, au bout de trois ou quatre jours, la composition globulaire du sang revient à ce qu'elle était auparavant. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Etude du réflexe du nerf vague chez 380 individus; un nouveau signe physique et pronostique de la tuberculose pulmonaire, par M. Th. J. Mays.

Il y a une douzaine d'années, l'auteur a eu l'occasion de remarquer que, chez les tuberculeux, on parvient rapidement à provoquer une sensation douloureuse — voire même assez aiguë —, en exerçant la compression digitale sur les nerfs vagues, au niveau du cou. Depuis lors, il s'est appliqué à étudier systématiquement les effets de la compression de ces nerfs chez 380 sujets, dont 138 étaient atteints de tuberculose pulmonaire, les 242 autres étant bien portants.

Les phénomènes provoqués par cette compression, exercée immédiatement en arrière des carotides, sont assez variables non seulement d'un individu à l'autre, mais parfois chez le même sujet suivant que l'on examine le côté droit ou le côté gauche. Dans les cas où les effets produits par la manœuvre en question sont à peu près identiques des deux côtés et ont une intensité proportionnée à la force avec laquelle on exerce la compression, on peut dire que les nerfs vagues sont normaux. Mais lorsqu'on voit une pression même légère déterminer des troubles très marqués, tels que pâleur des téguments, perte de connaissance, contractions convulsives des muscles de l'épaule et du bras, etc., il s'agit évidemment d'un réflexe exagéré. Dans nombre de cas, le réflexe est unilatéral et se traduit par une sensation douloureuse, qui s'accompagne ou non de douleurs dans les yeux, les oreilles, les épaules, les bras ou les jambes du même côté, alors que le côté opposé paraît normal. La compression du nerf vague peut également produire de la dyspnée, du vertige, des sueurs profuses, un ralentissement du pouls, etc.

Sur les 138 phtisiques que M. Mays a examinés à cet égard, 134, ou 97 %, présentaient le *réflexe vague* localisé du même côté que les lésions pulmonaires; chez les 4 autres (3 %), il siégeait du côté opposé au processus morbide. Il importe de signaler que, chez 109 de ces patients (79 %), on releva la phtisie dans les antécédents héréditaires.

En ce qui concerne les manifestations générales ou à distance provoquées par la compression du nerf vague, on a noté 8 fois du vertige, 4 fois de la dyspnée avec vertige, 3 fois de la toux, 2 fois des maux d'oreilles, 4 fois des douleurs dans les épaules et 3 fois des sueurs. En tout, ces symptômes se sont produits dans 24 cas, ce qui représente une proportion de 17 %.

Quant aux 242 sujets bien portants, ils ont fourni, au point de vue de la coexistence du réflexe en question avec des antécédents phtisiques héréditaires ou collatéraux, les intéressants résultats que voici : chez 125 d'entre eux (51.5 % environ), il n'existait ni antécédent de cette sorte, ni réflexe du nerf vague; chez 94, il y avait, au contraire, coexistence du réflexe et des antécédents en question; 14 avaient des parents phtisiques sans présenter de réflexe vague et, chez les 9 derniers, ce réflexe existait, encore que tout antécédent tuberculeux fît défaut. Chose curieuse, l'intensité de la réaction du nerf vague — ou, en d'autres termes, la multiplicité des symptômes provoqués par la compression de ce nerf — semble être en rapport avec le degré de parenté et le nombre des membres de la famille ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, en un mot avec la gravité de la tare héréditaire. Il importe, d'ailleurs, de tenir compte qu'après l'âge de trente-cinq ans, le réflexe dont il s'agit paraît devenir moins fréquent, ce qui cadre bien avec la diminution de la prédisposition à la tuberculose au fur et à mesure que l'on avance en âge.

Les manifestations générales (vertige, dyspnée, toux, etc.), auxquelles donne lieu la compression du nerf vague et qui s'observent, comme nous venons de le voir, dans 17 % environ des cas de phtisie pulmonaire, sont beaucoup plus fréquentes chez les sujets bien portants, mais ayant des antécédents tuberculeux héréditaires ou collatéraux : l'auteur les a trouvées dans 42 cas sur les 108 de cette catégorie (39 %).

Au point de vue pratique, ce qu'il importe surtout de retenir de ces faits, c'est que le réflexe en question, absolument constant dans la tuberculose pulmonaire, et localisé, le plus souvent, au même côté que les lésions du poumon, fait, au contraire, défaut chez les sujets bien portants et exempts d'antécédents familiaux de nature tuberculeuse (à moins qu'il n'y ait alcoolisme ou troubles psychiques, personnels ou héréditaires). S'agit-il, par contre, d'individus qui, tout en étant indemnes eux-mêmes, ont des ascendants ou des collatéraux atteints de tuberculose, le réflexe est alors présent dans plus de 80 % des cas.

Aussi M. Mays estime-t-il que la connaissance du phénomène dont il s'agit est de nature à faciliter le diagnostic et le pronostic de la phtisie, en permettant d'apprécier, à leur juste valeur, les antécédents héréditaires des malades. (*New York Med. Journ.*, 3 septembre 1904.) — L. CH.



Ostéomalacie chez l'homme, par MM. Th. A. et D. J. Davis.

L'observation d'ostéomalacie masculine relatée dans le présent travail nous paraît intéressante à résumer, tant à cause de la rareté des faits de ce genre qu'en raison des bons effets qu'eut le traitement chirurgical.

Un homme de trente-trois ans, Norvégien d'origine, mais habitant les Etats-Unis depuis l'âge de neuf ans, s'était fracturé le bras dans une chute. Le membre, bien qu'immobilisé pendant deux mois dans divers appareils, ne se consolida pas, et le malade vint consulter M. Th. Davis. A ce moment, on apprit que cet homme, qui d'ailleurs avait toujours vécu dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, avait des antécédents héréditaires et personnels assez chargés : son père, vivant, était diabétique; sa mère était morte d'un cancer de l'estomac; lui-même avait eu la fièvre typhoïde à seize ans. Une année avant sa fracture de bras, il avait commencé à souffrir de douleurs rhumatismales, et depuis lors il avait senti ses forces diminuer; il éprouvait souvent des douleurs dans les membres, mais sans localisation précise; son dos s'était voûté, ses épaules s'étaient rentrées et il lui fallait l'aide d'une canne pour marcher. En même temps, au dire de sa femme, son intelligence avait baissé.

L'existence d'une pseudarthrose ayant été constatée au niveau du foyer de fracture, on dut se résoudre à une intervention sanglante. A l'opération, les extrémités osseuses parurent tellement molles et atrophiées que ce fait, joint à une certaine vascularité des tissus médullaires et ambiants, ainsi qu'à l'hypertrophie du périoste, fit porter le diagnostic de fracture pathologique, due probablement à un sarcome. L'examen histologique de fragments recueillis au cours de l'opération sembla confirmer ce

diagnostic. En conséquence, on pratiqua une désarticulation scapulo-humérale.

Sur la pièce enlevée, on reconnut que tous les os, depuis l'humérus jusqu'aux phalanges, étaient d'une fragilité extrême : on pouvait sans difficulté les couper avec un scalpel. Cependant ils étaient plutôt friables que malléables : on les cassait dès qu'on voulait les plier. Une simple macération dans l'eau les rendait encore plus fragiles. A l'examen histologique, M. D. J. Davis nota tous les caractères des os en voie de décalcification : les trabécules osseuses étaient amincies, les canaux de Havers agrandis; l'écorce osseuse des os longs se réduisait à une mince lamelle; les espaces médullaires, au lieu d'être bordés par de l'os vrai, n'étaient limités que par du tissu ostéoïde. Les vaisseaux étaient nombreux, mais non dilatés. On voyait de petites hémorrhagies dans la moelle, qui contenait, en outre, de nombreuses petites cellules rondes, déjà signalées dans l'ostéomalacie puerpérale; en revanche, il n'y avait que peu ou pas de cellules géantes. En somme, il s'agissait incontestablement d'un cas d'ostéomalacie.

La désarticulation du bras, entreprise sur une erreur de diagnostic, eut cependant un résultat remarquable. Les forces du malade revinrent rapidement, son intelligence se réveilla et il put reprendre dans la fabrique où il était employé un travail plus pénible même que celui qu'il faisait auparavant. Actuellement — l'intervention datant de huit mois —, la santé de cet homme continue à être bonne.

Ce résultat fait naturellement surgir l'idée d'un poison ou de toute autre substance nocive élaborée dans le bras malade, comme cause de l'affection. On peut rappeler à ce propos les améliorations observées, à la suite de la castration double, chez la femme ostéomalacique. (*Ann. of Surgery*, août 1904.) — R. DE B.

Les hémolysines de l'urine humaine,
par M. R. S. MORRIS.

En vue de vérifier si, dans l'anémie pernicieuse, le processus morbide consiste essentiellement en une hémolyse exagérée, consécutive à la résorption d'hémolysines microbiennes au niveau du canal alimentaire, M. Morris s'est livré, dans le service de M. Osler, à une série de recherches comparatives sur 92 malades atteints d'affections diverses — dont 4 cas d'anémie pernicieuse —, sur 2 femmes enceintes, ainsi que sur 12 individus normaux. Voici quelles sont les conclusions auxquelles il est arrivé :

A part les cas où les urines étaient hypotoniques, le phénomène de l'hémolyse ne put être constaté que lorsqu'il s'agissait d'anémie pernicieuse. Pour mettre ce phénomène en évidence, M. Morris ajoutait, dans un tube à essai, à dix gouttes d'urine récemment émise une quantité égale d'une solution à 5 % d'hématies de lapin; un second tube préparé de la même façon était, en outre, additionné de trois ou quatre gouttes de sérum normal de lapin. Les deux tubes, d'abord placés pendant deux heures dans l'étuve à 37°, puis conservés pendant vingt heures à la température de 0°, étaient examinés à l'œil nu, au besoin après centrifugation. Le liquide qui surnageait ayant été étudié au spectroscope au point de vue de l'oxyhémoglobine, on constata que, contrairement à ce qui s'observait dans les autres cas, il ne présentait, dans aucun des 4 faits d'anémie pernicieuse, la bande caractéristique de l'oxyhémoglobine après l'addition de la solution d'hématies de lapin, tant que l'on n'ajoutait pas de sérum normal.

Lorsqu'il s'agissait d'urines hypotoniques, le liquide surnageant se colorait déjà en rouge foncé peu après l'addition des hématies de lapin; par contre, ce phénomène faisait défaut dans les urines provenant des cas d'anémie pernicieuse, qui prenaient à peine un léger reflet rosé.

L'hémolyse ne se produit d'ailleurs pas indifféremment dans tout échantillon d'urine recueillie chez un sujet atteint d'anémie pernicieuse : le phénomène, présent un jour, peut manquer le lendemain, soit qu'il s'agisse là de simples variations du pouvoir excréteur du rein, soit que, conformément à l'hypothèse émise par M. Warthin, la courbe de l'hémolyse ait, dans l'anémie pernicieuse, une allure cyclique ou intermittente. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin 1904.) — F. M.

PUBLICATIONS POLONAISES

Un cas insolite d'ouverture d'un abcès rétropharyngien dans la caisse du tympan, avec écoulement du pus par le conduit auditif externe, par M. J. SZMURLO.

Il s'agit d'une fillette de trois ans, qui, une quinzaine de jours après le début d'une scarlatine bénigne, et alors que cette affection semblait entrer en défervescence, fut prise d'accès de suffocation pendant le sommeil et de difficultés de la déglutition. Au bout d'une huitaine de jours, on vit, en outre, se déclarer un écoulement sanguino-purulent de l'oreille gauche. Appelé alors à examiner la petite malade, l'auteur trouva dans le conduit auditif gauche un peu de sang mêlé à du pus; le conduit une fois lavé et nettoyé, M. Szmurlo fut à même de se rendre compte que les parois du canal étaient absolument intactes; par contre, au niveau du quart inférieur et antérieur de la membrane du tympan, il existait une fente, à travers laquelle, en exerçant une pression, on faisait sourdre du sang et du pus. Cela mis à part, la membrane paraissait exempte de toute altération. A l'examen de la cavité buccale, on constatait que la muqueuse, tout comme celle du pharynx, était très rouge; le côté gauche de la paroi postérieure du pharynx était fortement injecté et bombait; la palpation digitale y décelait de la fluctuation, en même temps que la pression exercée de la sorte amenait l'écoulement d'un flot sanguino-purulent. En présence de cette constatation, le diagnostic ne pouvait plus faire l'objet d'aucun doute : il s'agissait d'un abcès rétropharyngien, qui s'était frayé un chemin jusque dans la caisse du tympan; une fois là, la collection purulente s'était fait jour à travers la membrane tympanique, probablement à la faveur de la pression exagérée qui résultait des efforts de déglutition.

Dans la suite, la dyspnée s'étant renouvelée et un nouvel examen ayant montré que l'abcès rétropharyngien avait augmenté d'étendue, l'auteur l'incisa, et au bout de deux jours la petite patiente se trouvait beaucoup mieux, les troubles de la respiration et de la déglutition ayant complètement disparu. Quant à la membrane du tympan, elle ne présentait pas la moindre trace de réaction inflammatoire, encore que la solution de continuité subsistât depuis une quinzaine de jours. (*Gaz. lekarska*, 7 mai 1904.) — L. CH.

Sur l'état du sang dans les cadavres des noyés,
par MM. L. WACHHOLZ et S. HOROSZKIEWICZ.

On sait que le sang des noyés présente certaines particularités et qu'il se reconnaît notamment à sa grande fluidité. Ce caractère est-il absolument constant? Afin d'élucider ce point, MM. Wachholz et Horoszkiewicz ont institué une série de recherches expérimentales sur 57 animaux soumis à la submersion. Dans la plupart des cas (49 sur 57), le sang de ces animaux a été examiné aussitôt après la mort; 8 fois seulement, cet examen ne fut pratiqué qu'au bout d'un laps de temps ayant varié entre vingt-quatre heures et onze jours. Chez tous les animaux en expérience, MM. Wachholz et Horoszkiewicz étudièrent l'état du sang dans les veines du cou et du thorax, ainsi que dans les deux moitiés du cœur. Or, dans les vaisseaux veineux, le sang a toujours été trouvé fluide, sauf dans 2 cas où l'autopsie eut lieu respectivement au bout de quatre et de onze jours; quant au cœur, il contenait 16 fois des caillots et 41 fois du sang fluide.

En se basant sur les résultats de ces expériences, les auteurs du présent mémoire estiment que si, d'une façon générale, le sang des noyés reste fluide dans le cœur et dans les veines, il peut néanmoins former parfois des caillots, surtout dans les cas où il existait, avant la mort, un état morbide susceptible de favoriser la coagulabilité du liquide sanguin.

MM. Wachholz et Horoszkiewicz ont également pu se rendre compte que le sang fluide, qu'on laisse s'écouler du cœur ou des gros vaisseaux peu de temps après la mort par submersion, présente une tendance à se coaguler. Ce fait est particulièrement marqué pour la première portion de sang qui s'écoule aussitôt après l'incision du cœur. Toutefois, si l'on a soin de laver, au préalable, la surface du viscère, afin de la débarrasser du liquide péricardique, et que, après l'avoir asséchée, on recueille le sang dans un vase dont les parois sont enduites de graisse, il est rare de voir se produire la coagulation. On ne saurait par conséquent admettre que les caillots sanguins, une fois formés chez les noyés, subissent ultérieurement la dissolution, à moins qu'il ne s'agisse d'un cadavre en état de putréfaction très avancée. (*Przeglad lekarski*, 25 juin et 2 juillet 1904.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'état de mal épileptique par les injections intraveineuses de solution physiologique.

D'après l'expérience de Mlle Annie M. Tremaine, docteur en médecine à Sonyea, les injections intraveineuses d'eau salée auraient une réelle efficacité contre l'état de mal épileptique, surtout si l'on y a recours dès le début des accidents.

Dans les 2 cas où Mlle Tremaine fit application de ce mode de traitement, il s'agissait de femmes, épileptiques depuis l'enfance, qui avaient été prises d'attaques subintrantes d'apparence extrêmement grave. Cet état durait depuis une heure sans qu'il eût été possible de s'en rendre maître par les moyens habituels, lorsqu'on injecta dans la veine du pli du coude, après saignée, de la solution physiologique à raison de 1,500 c.c. dans l'un des cas, d'un demi-litre dans l'autre. Chez les 2 patientes, cette petite opération détermina une amélioration notable, avec cessation pour ainsi dire immédiate des crises. Pendant vingt-quatre heures, il subsista encore un certain degré d'hébétude, mais, deux jours après, les malades avaient recouvré leur état psychique habituel.

Emploi de l'aiguille de la seringue de Pravaz pour les sutures cutanées d'urgence.

En cas de nécessité, une aiguille de couturière et du fil ordinaire peuvent à la rigueur suffire pour faire des sutures de la peau; mais, en pareille occurrence, le passage, à travers la peau, de l'extrémité postérieure de l'aiguille, renforcée de la double épaisseur que forme la boucle du fil, cause un ressaut assez douloureux. Pour éviter cet inconvénient, M. le docteur Gerest, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, a recours à un procédé qui consiste à pratiquer les sutures au moyen de l'aiguille de la seringue de Pravaz, armée du fil métallique que l'on y maintient habituellement pour éviter qu'elle ne se bouche; ce fil doit être disposé de manière à ne pas dépasser la pointe de l'aiguille. Les deux lèvres de la plaie étant traversées par l'aiguille, on retire celle-ci, tout en dégageant le fil métallique dont il suffit alors de nouer les chefs pour obtenir une suture solide.

La radiothérapie des fibromes inopérables de l'utérus.

L'efficacité de la radiothérapie dans les tumeurs à siège profond étant mise en doute par la majorité des auteurs, il nous paraît intéressant de signaler les bons résultats que M. le docteur J. Deutsch (de Munich) aurait obtenus de ce mode de traitement contre les fibromyomes utérins.

C'est ainsi que chez une femme de quarante ans, qui portait une très volumineuse tumeur de ce genre et qui redoutait une opération sanglante, notre confrère fit, dans l'espace de deux années, environ 120 séances radiothérapiques. Au bout de ce laps de temps, le néoplasme avait subi une régression très notable et l'utérus était redevenu parfaitement mobile sur les parties voisines; les autres troubles concomitants avaient entièrement disparu.

Dans 3 autres cas analogues, la radiothérapie amena également une réduction très appréciable du volume des tumeurs. Aussi M. Deutsch estime-t-il qu'il convient de faire usage des rayons de Röntgen toutes les fois que l'on se trouve en présence de fibromes de l'utérus, inopérables pour une raison quelconque.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'orientation auditive latérale; son rôle et son mécanisme.

Les observations cliniques que j'ai pu faire sur la déviation conjuguée de la tête et des yeux, les recherches qui les ont suivies sur le fonctionnement des centres sensoriels encéphaliques, exposées les unes et les autres dans deux articles antérieurs (1), m'ont conduit à admettre que chaque centre auditif cortical perçoit seul les bruits de provenance latérale de la moitié de l'espace qui lui est opposée, tandis que les bruits venus de face sont portés simultanément aux deux hémisphères.

Comme il est évident, d'autre part, que chaque oreille perçoit en quelque mesure les bruits de toutes les régions de l'espace, le fonctionnement des centres auditifs corticaux exige l'existence d'un chiasma auditif qualitatif, permettant le triage des diverses impressions auditives perçues par une même oreille, et leur acheminement divergent vers les centres, suivant la direction latérale de l'arrivée de l'onde sonore.

J'ai dû reconnaître, par contre, que rien dans les faits invoqués, ni dans les théories émises jusqu'ici, ne permettait d'expliquer ni même de prévoir le mécanisme d'un pareil chiasma. J'ai été amené ainsi à étudier de plus près le rôle physiologique et le mécanisme physique de l'orientation et de l'accommodation auditives. Au cours de cette étude, j'ai pu me convaincre que l'une et l'autre, à peu près au même degré, sont loin d'avoir été comprises et d'être appréciées comme il convient; que le mécanisme physique et le rôle physiologique principal de ces fonctions préparatoires de l'audition ont été méconnus, et qu'il y a lieu de modifier profondément sur ce point les données actuellement admises.

Je ne m'occuperai aujourd'hui que de l'orientation latérale, qui a été le point de départ de toute cette étude, et dont le mécanisme renferme la clef du problème à résoudre.

I

L'orientation auditive est la capacité que possède le sens de l'ouïe de déterminer, avec plus ou moins de précision, indépendamment des qualités intrinsèques des bruits, leur origine dans l'espace, en ce sens bien entendu qu'il ne définit la position de la source sonore que par rapport au sujet, ou plus exactement par rapport à sa tête.

C'est là une vérité évidente et banale, que l'on ne peut qu'obscurcir en distinguant une orientation auditive *objective* d'avec une orientation auditive *subjective :* la première qui s'entendrait de l'orientation de l'objet par rapport à la tête, et la seconde de l'orientation définitive de l'objet dans l'espace, à l'aide de l'orientation de la tête elle-même.

Il va de soi que l'ouïe n'oriente pas les sons à la façon de la boussole, par rapport aux quatre points cardinaux, et il est non moins évident que l'orientation subjective de la tête ne le fait pas davantage. La position de la tête est donnée à la conscience par la perception des attitudes segmentaires; celle-ci définit cette position par rapport à la verticale et par rapport aux autres segments du corps, sans que l'ouïe ait rien à faire dans ces notions. Il n'y a pas plus à distinguer une orientation subjective auditive qu'une orientation subjective visuelle, olfactive ou tactile; tous les sens orientent leurs perceptions par rapport à leurs organes récepteurs; là s'arrêtent leur rôle et leur mission.

Au delà commence le rôle des centres psychiques supérieurs, qui comparent, coordonnent et interprètent les multiples renseignements fournis par les divers sens, pour en tirer la notion de notre position dans l'espace et celle de nos rapports spatiaux avec les objets extérieurs.

Il importe de distinguer, dans l'orientation auditive d'une source sonore, trois éléments distincts, dont la perception simultanée et quelque peu solidaire est d'ailleurs d'une précision très inégale.

Tout d'abord, la position de la source sonore d'un côté ou de l'autre du plan médian de l'organisme récepteur : *orientation latérale;*

Ensuite, sa position plus précise, en bas ou en haut, en avant ou en arrière, dans le champ latéral où elle se révèle : *orientation angulaire;*

Enfin, la distance qui nous sépare du lieu de l'origine du son : *appréciation de la distance,* troisième donnée, plus complexe que les deux premières, moins automatique et qui exige à un haut degré l'intervention du jugement et des centres supra-sensoriels.

Le rôle et l'importance de l'orientation des bruits, dans l'exercice de l'audition, résident moins dans les renseignements que cette orientation fournit à la conscience sur l'origine de ces bruits que dans les réflexes automatiques qu'elle provoque, réflexes rendus possibles par le caractère sensorio-moteur des centres auditifs. Lorsqu'un bruit frappe l'oreille et attire l'attention, il se produit aussitôt un mouvement spontané de la tête qui dirige la face du côté de la source sonore; dans l'exercice de l'audition, comme dans celui de la vision, ce mouvement a pour but de placer la tête, et par elle les organes auditifs, dans la position la plus favorable au fonctionnement de l'appareil récepteur.

Il en est ainsi chez les animaux comme chez l'homme, chez le nouveau-né — dès qu'il peut entendre — comme chez l'adulte expérimenté, en somme dès l'origine de la fonction. De même que pour le mouvement analogue commandé par la vision d'un objet dans les parties latérales du champ visuel, il ne peut s'agir que d'un mouvement réflexe, *automatique,* rapide et irréfléchi, dont l'existence fournit la démonstration la plus évidente que l'orientation auditive initiale, inconsciente ou à peine subconsciente, n'exige aucun jugement, aucune comparaison étudiée, qu'elle est purement instinctive et qu'elle ne fait nullement appel à l'exercice des fonctions psychiques supérieures.

Ce n'est que lorsque la nature du bruit, ou les idées qu'il éveille, nous font juger nécessaire de préciser davantage le lieu d'origine de ce bruit que cette première notion sensorielle devient insuffisante et que nous faisons appel à d'autres sources d'information, aux notions accessoires, complexes et variées, que peuvent fournir les appareils annexes de l'audition, comme aussi au concours des autres sens. A ce moment, il ne s'agit plus, à proprement parler, d'orientation auditive; celle-ci a passé au second plan, elle n'est plus que l'un des éléments, et parfois le moins important, de l'acte cérébral qui doit aboutir à la localisation aussi exacte que possible de l'origine du bruit considéré.

C'est pour avoir confondu, ou tout au moins trop rapproché, ces deux degrés de l'orientation des bruits que les théories classiques ne voient en elle que la résultante de sensations multiples associées : sensibilité du pavillon de l'oreille et du tympan, force des ondes, différences d'intensité, mouvements de la tête, mouvements des cornets chez les animaux, etc.; tous éléments qui interviennent assurément dans le jugement définitif constituant l'orientation psychique des bruits, mais qui seraient incapables d'expliquer l'orientation auditive proprement dite, fonction spécifique plus simple, exercée par des centres psychiques inférieurs, par un *centre polygonal,* au sens que M. Grasset attribue à ce terme.

Pour expliquer l'orientation angulaire, on met généralement au premier plan les variations d'intensité du bruit par les mouvements de la tête; en réalité, celles-ci ne sauraient jouer le rôle qu'on leur attribue; car, d'une part, l'orientation n'est pas supprimée par l'immobilité de la tête; d'autre part, et surtout, bien loin que ce soient les mouvements de la tête qui permettent l'orientation, c'est cette dernière qui commande les premiers, les dirigeant automatiquement et d'emblée dans la bonne direction.

Pour expliquer l'orientation latérale, on invoque exclusivement la différence d'intensité d'un même bruit dans sa réception simultanée par les deux oreilles et dans sa perception par les deux hémisphères.

Dans cette manière de voir, on rappelle qu'un même bruit est perçu simultanément par les deux oreilles, quelle que soit son origine; on *suppose* qu'il l'est également par chacune s'il provient du champ médian, plus fortement par l'oreille la plus rapprochée s'il provient d'un champ latéral. Chaque oreille transmet *toutes* ses sensations aux deux hémisphères, mais inégalement, faisant la part plus large à celui qui est situé du côté opposé; par suite, la perception centrale d'un même bruit sera égale dans les deux hémisphères si ce bruit est d'origine médiane, plus intense dans l'un d'eux, s'il est d'origine latérale; la comparaison de ces deux perceptions, le côté de la plus forte, fixent l'orientation latérale.

Un pareil mécanisme central permettrait à la rigueur une certaine rapidité de jugement, celui-ci ne portant que sur deux éléments simples; il est cependant encore un peu long et trop étudié pour expliquer l'automatisme instinctif des réflexes moteurs; il est de plus incompatible avec le fonctionnement unilatéral des centres sensorio-moteurs de l'écorce.

En outre, si la différence d'intensité de perception d'un même bruit par les deux oreilles est parfaitement réelle pour les bruits rapprochés et franchement latéraux, elle est beaucoup plus discutable pour les bruits lointains, et elle devient à peu près nulle pour ceux qui s'écartent faiblement du champ médian.

Enfin, et cette raison suffirait à dispenser de toutes les autres, la comparaison centrale de l'intensité des deux perceptions d'un même bruit par les deux oreilles ne peut pas exister chez les sourds d'une oreille, qui n'ont qu'une seule perception, et elle ne peut être que fausse chez les sujets qui sont atteints d'une différence marquée de l'acuité des deux oreilles. Par suite, si elle fournissait la base essentielle de l'orientation latérale, cette dernière devrait faire défaut chez ces deux catégories de sujets, ou plutôt elle leur ferait localiser à tort tous les bruits du côté de l'oreille saine ou de leur meilleure oreille; or, l'observation montre qu'il n'en est rien et que, si l'orientation latérale est affaiblie chez ces sujets, comme peuvent l'être toutes les autres qualités de l'ouïe, elle n'est nullement supprimée, elle n'est même pas sensiblement altérée.

On a invoqué, il est vrai, diverses expériences à l'appui de la latéralisation des bruits par la différence d'intensité des perceptions latérales; il serait trop long et bien inutile d'en faire la critique détaillée : il me suffira de faire remarquer qu'elles consistent toutes à créer des illusions d'acoustique, en falsifiant, à l'aide de tuyaux et d'embouts placés dans le conduit auditif, les conditions de l'arrivée normale d'un même bruit aux deux oreilles. De tels dispositifs peuvent servir à des jeux de salon sur les illusions sensorielles, mais ils ne peuvent éclairer la physiologie des sens que par contraste, à la façon dont les ilotes ivres éduquaient les Lacédémoniens : ces expériences prouvent que, dans les conditions artificielles où on la place, l'oreille est incapable d'orienter les bruits avec

(1) L. Bard. De l'origine sensorielle de la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête chez les hémiplégiques. (*Semaine Médicale,* 1904, p. 9-13.) — Des chiasmas optique, acoustique et vestibulaire; uniformité fonctionnelle, normale et pathologique, des centres de la vue, de l'ouïe et de l'équilibre. (*Semaine Médicale,* 1904, p. 137-141.)

exactitude; aussi démontrent-elles, par la même occasion, que puisque l'oreille oriente juste quand elle est en liberté, c'est sans doute qu'elle emploie alors d'autres méthodes que celles qu'on lui impose dans ces expériences et qui lui réussissent si mal.

L'erreur commune de toutes les théories précédentes est de chercher à faire reposer l'orientation sur des notions accessoires et contingentes, aussi variées que compliquées, au lieu de reconnaître en elle, comme pour les autres qualités de la perception auditive, un acte sensoriel spécifique, basé sur l'analyse directe des qualités physiques des ondes sonores elles-mêmes, capable de discerner en elles quelque propriété cachée en rapport constant avec la direction de l'onde, seul mécanisme qui soit compatible avec la production automatique des réflexes moteurs qu'il doit provoquer.

II

Je ne connais que deux théories de l'orientation auditive qui aient tenu compte de ce postulatum physiologique : celle de Preyer, qui rapporte aux canaux semi-circulaires l'appréciation de la direction des sons, et celle de M. Bonnier, qui l'attribue à la papille nerveuse du saccule. Ces deux théories, dont j'aurai à discuter l'exactitude quand je m'occuperai de l'orientation angulaire, ne s'appliquent d'ailleurs l'une et l'autre qu'à cette dernière, négligeant complètement l'orientation latérale, qu'elles ne tentent même pas d'expliquer. M. Bonnier lui-même, auquel on doit sur cette question de nombreuses études, sinon toujours inattaquables, du moins toujours neuves et intéressantes, accepte purement et simplement, pour l'orientation latérale, l'explication généralement admise de la différence d'intensité de la perception par les deux oreilles, explication dont je viens de démontrer l'insuffisance.

Le rôle prédominant que joue l'orientation latérale ne permet pas de penser qu'elle ait été laissée par la nature à la merci de notions vagues et contingentes; bien plus encore que l'orientation angulaire, il est nécessaire qu'elle relève d'un mécanisme instinctif et automatique, et il est vraiment singulier qu'elle ait été aussi négligée jusqu'ici par les théories explicatives de l'audition.

Le but utilitaire de l'orientation auditive est de nous renseigner sur la position occupée dans l'espace par la source sonore, pour nous mettre à même de placer nos organes récepteurs dans la position la plus favorable au plein développement de leur capacité sensorielle.

Quel que soit celui de ces deux points de vue que l'on envisage spécialement, l'orientation latérale apparaît la plus essentielle, la plus précise, la plus indispensable à l'exercice de la fonction. Pour se convaincre de la prédominance de son rôle, il suffit de se représenter les perturbations fonctionnelles que produirait la perte isolée de l'une ou de l'autre des deux modalités de l'orientation auditive.

Un sujet qui aurait perdu l'orientation latérale, tout en ayant conservé l'orientation angulaire, ne parviendrait pas à se renseigner sur l'origine des bruits; il tournerait la tête à l'aventure, sans parvenir à trouver, ni surtout à maintenir la bonne direction.

Un sujet qui aurait perdu l'orientation angulaire, en conservant l'orientation latérale, ne présenterait qu'une infériorité fonctionnelle à peine appréciable; il dirigerait automatiquement et rapidement sa tête comme un sujet normal, face à la direction d'arrivée du bruit, et, dès lors, il se rendrait compte presque aussi exactement que lui de cette direction.

L'orientation latérale présente à l'état normal une sûreté plus grande que l'orientation angulaire, nouveau témoignage de la prédominance de son utilité fonctionnelle; il est facile de s'en convaincre par une expérience très simple.

On invite un sujet assis, les yeux fermés, à désigner avec le doigt la direction d'arrivée d'un son de valeur constante, tel que celui que fournit un acoumètre de Politzer. Si on lui fait maintenir la tête immobile en variant les lieux de production du bruit, on constate qu'il ne se trompe guère sur le côté, alors qu'il fait de grandes erreurs sur la localisation angulaire dans ce côté. Comme on pouvait s'y attendre, l'orientation latérale présente son maximum d'exactitude dans les positions extrêmes correspondantes, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais d'erreur, à l'état normal bien entendu, pour les directions d'arrivée perpendiculaires au plan médian et dans un très grand rayon autour de cet optimum; ce n'est qu'au voisinage du plan médian que les erreurs apparaissent et que le sujet ne peut plus distinguer avec certitude une latéralisation légère d'avec la position médiane, voire même d'avec la latéralisation opposée.

Par contre, et c'est là un résultat paradoxal qui n'a pas attiré l'attention comme il le mérite, dans l'orientation angulaire les erreurs ne dépendent pas exclusivement de l'écart des angles : c'est au contraire dans les directions extrêmes qu'elles deviennent le plus fréquentes, les sujets confondant le haut et le bas, l'avant et l'arrière, avec une très grande facilité.

La supériorité de l'orientation latérale sur l'orientation angulaire apparaît avec plus de netteté encore si l'on maintient fixe le lieu de production du bruit, en laissant au sujet la liberté de chercher à préciser son orientation par des mouvements de la tête, tantôt en cherchant à amener le bruit dans l'axe du conduit auditif, tantôt en cherchant à l'amener dans le champ médian. On constate de très grandes différences entre ces deux modes dont l'un, la recherche de face, utilise les variations de l'orientation latérale, et l'autre, la recherche de côté, utilise les variations de l'orientation angulaire : dans le premier cas les erreurs sont rares et négligeables, dans le second elles sont fréquentes et la localisation n'atteint jamais le degré d'exactitude dont elle est capable dans le premier.

Cette supériorité de l'orientation latérale se retrouve également au second point de vue envisagé plus haut, à celui du rôle que joue dans l'exercice de l'audition la mise en bonne position de la tête et des oreilles; cette supériorité résulte directement de la symétrie générale de l'organisme et des organes auditifs par rapport au plan sagittal médian.

L'ouïe exerce son contrôle dans toutes les directions, tandis que la vue n'exerce le sien que sur la moitié antérieure de l'espace; de même que pour la vue, la puissance sensorielle n'est pas égale dans toute l'étendue du champ exploré, mais, alors qu'il n'existe qu'un axe optique de bonne perception, situé dans le champ médian de l'œil, il existe deux axes acoustiques distincts, l'un de face, l'autre latéral, dans le prolongement du conduit auditif externe.

L'orientation auditive, de même que l'orientation visuelle, a pour but principal de donner naissance au réflexe automatique nécessaire pour amener les organes sensoriels dans l'axe de meilleure perception; l'existence de deux axes acoustiques complique un peu le problème, sans en changer les bases essentielles. L'orientation angulaire est le facteur essentiel de l'audition latérale, c'est elle qui permet d'amener et de maintenir une source sonore dans le prolongement de l'axe du conduit auditif externe; encore faut-il que l'orientation latérale ait déjà désigné le côté favorable. Par contre, l'orientation latérale est le facteur qui permet d'amener et de maintenir la source sonore dans le champ médian. L'une et l'autre, ne pouvant déplacer la source sonore, réalisent le désidératum en déplaçant la tête, par voie réflexe sensorio-motrice; leur importance réciproque à ce point de vue est en rapport avec celle qui appartient en propre à leur axe acoustique particulier. Or, il arrive que ces deux axes ne sont nullement équivalents; ils possèdent une valeur et des propriétés différentes, qu'il importe de rechercher et de mettre en lumière, autre point de la physiologie auditive négligé jusqu'à présent.

Un examen attentif de l'acuité auditive permet facilement de préciser ce que l'expérience instinctive a appris à tous :

D'une part, les bruits faibles et *rapprochés* sont mieux perçus de côté; il est facile d'en faire la preuve en promenant lentement un diapason en vibration autour de la tête; le son se renforce notablement en passant dans le cône pré-auriculaire; il est encore entendu à ce niveau bien longtemps après qu'il a cessé de l'être de face, à égale distance de l'oreille;

D'autre part, quand nous voulons apprécier avec le plus de précision et d'exactitude les qualités d'un bruit, moins quand il s'agit de la valeur banale d'un son unique, que quand il s'agit des variations de forme d'une succession de sons et de bruits — dans l'audition d'un morceau de musique et surtout dans la compréhension de la parole, par exemple —, nous plaçons instinctivement la tête dans la position qui fait face à la direction d'arrivée du bruit, à la seule condition qu'il soit encore suffisamment perçu dans cette position.

Il y a là une sorte de paradoxe qui n'a pas attiré l'attention comme il le mérite. On paraît croire que l'axe du conduit auditif est l'axe acoustique par excellence et que, si nous préférons en pratique l'audition de face, c'est, d'une part, parce que cette position est plus favorable à l'audition binauriculaire, et, d'autre part, parce qu'elle amène la vue au secours de l'ouïe.

En réalité, l'audition de face est préférée pour ses qualités propres et nullement pour ces deux motifs accessoires; nous voyons, en effet, que les aveugles prennent pour écouter la position de face, tout comme les clairvoyants; il en est de même des sourds d'une seule oreille, toutes les fois que l'intensité du bruit écouté est suffisante pour ne pas les obliger à faire appel à l'acuité plus grande de l'audition de côté.

C'est que, si l'audition de côté perçoit des bruits faibles qui échappent à l'audition de face, celle-ci en revanche isole mieux les bruits, perçoit mieux leurs détails et analyse plus finement leurs modalités morphologiques; c'est pourquoi elle convient particulièrement pour la compréhension de la parole, qui exige cette analyse au plus haut degré. Il en est de même, au moins en quelque mesure, pour la perception des qualités tonales, surtout quand il s'agit de distinguer entre plusieurs exécutants : sur mes questions précises, un chef d'orchestre très expérimenté n'a pas hésité à répondre qu'il lui était plus facile de suivre et de juger le jeu de ses musiciens en avant que sur les côtés; la différence est plus évidente encore pour les chœurs que pour les orchestres.

Des deux axes acoustiques, l'un, placé dans le prolongement du conduit auditif externe, à peu près perpendiculaire au plan médian, mérite le nom d'*axe de quantité;* l'autre, perpendiculaire à la ligne qui réunit les deux oreilles, mérite le nom d'*axe de qualité*. De même que pour la vision, les champs latéraux ne sont que des postes d'observation qui recueillent les indices; dès que l'un de ces derniers sollicite l'attention, un réflexe automatique l'amène dans l'axe favorable, par le déplacement approprié de la tête : exceptionnellement, dans l'axe latéral, quand le bruit est faible ou rapproché; en règle générale, dans le champ médian, qui est le plus favorable à la qualité de la perception, et aussi, comme je le montrerai ultérieurement, à l'accommodation.

Pour la vision, l'axe de quantité et l'axe de qualité se superposent et se confondent, ce que permettaient tout à la fois la limitation du champ sensoriel à la moitié de l'espace, et le déplacement de ce champ par la mobilité propre des yeux; pour l'audition, l'existence d'une acuité latérale plus grande était imposée par l'extension du champ sensoriel à la totalité de l'espace.

L'enregistrement direct par les organes auditifs d'un caractère physique de l'onde sonore, capable de révéler le côté d'arrivée de cette onde et sa direction, est le seul mécanisme vraiment à même de rendre compte de toutes les qualités de l'orientation auditive, de sa rapidité, de sa précision, de ses axes de qualités différentes, de sa généralisation à tous les animaux pourvus d'organes auditifs, de son apparition précoce à l'origine de la fonction, de son influence réflexe automatique. Nul doute que le fait eût été reconnu depuis longtemps, si les physiciens d'un côté, les physiologistes de l'autre, nous avaient fait connaître, les uns les propriétés de l'onde sonore, les autres les aptitudes des organes sensoriels, susceptibles de faire latéraliser et orienter l'origine des bruits.

Les détails qui vont suivre montreront, je l'espère, que j'ai été assez heureux pour réussir à combler cette double lacune.

III

Dans cette étude, comme dans bien d'autres, il y a beaucoup à gagner à prendre pour base la simple observation des faits et à se laisser guider par eux. J'ai indiqué, dans mon article précédent sur les chiasmas sensoriels, l'ensemble des raisons tant cliniques que physiologiques qui m'ont amené à penser que pour l'ouïe, aussi bien que pour la vue, chaque hémisphère cérébral régit la moitié de l'espace qui lui est opposée, tout en partageant avec son congénère le champ médian. Pour ce faire, chacun explore le champ auditif à l'aide des deux oreilles, mais chaque oreille fournit les renseignements qu'elle recueille dans le champ médian aux deux hémisphères à la fois, tandis que ceux qu'elle recueille dans un champ latéral vont au seul hémisphère que cela regarde.

Pour réaliser ce triage, il est nécessaire que l'impression physique que fait un même bruit dans chaque oreille ait quelque chose de spécial qui trahisse sa direction d'arrivée; que ce quelque chose soit équivalent et interchangeable des deux côtés, quand cette direction est médiane; qu'il soit géométriquement ou algébriquement symétrique, mais de sens contraire entre les deux côtés, quand cette direction est latérale; condition à la fois nécessaire et suffisante pour permettre le classement et la distribution correspondante des images auditives par les chiasmas des voies sensorielles.

Tel était mon point de départ; bien posé, un problème, surtout d'ordre mathématique, est, on le sait, à moitié résolu; j'ai la conviction que cet adage s'est vérifié une fois de plus dans cette circonstance. Pour rendre compréhensible ce qui me reste à dire, il est nécessaire de rappeler sommairement les propriétés classiques des ondes sonores et les caractères de leur propagation à travers l'atmosphère qui nous les apporte.

Une onde sonore aérienne est constituée par des mouvements vibratoires rectilignes des molécules pondérables autour de leur position d'équilibre. Les différences d'amplitude et de nombre de ces vibrations dans l'unité de temps créent les différences d'intensité et de hauteur des sons; la coexistence d'harmoniques, et plus encore la forme de la courbe des ondes, expliquent les différences de timbre; ces divers éléments régissent la perception auditive proprement dite, ou perception tonale, par le limaçon et par le nerf cochléaire, mais elles ne présentent rien qui puisse renseigner sur la direction de l'onde elle-même, non plus que sur le sens de sa propagation le long de cette direction.

En même temps que se produisent ces mouvements vibratoires des molécules, par le fait même qu'ils se propagent de proche en proche sur les molécules successives, chacune d'elles se trouve placée à tout instant à une distance de sa position d'équilibre différente de celle de la molécule qui la précède et de celle qui la suit; comme ces mouvements ont lieu dans une direction rectiligne, la même pour toutes les molécules successives, il en résulte que sur une moitié de la longueur totale de l'onde, les molécules sont plus rapprochées entre elles, plus denses qu'à l'état normal, *onde condensante* (au niveau de laquelle la pression s'élève au-dessus de la normale, zone de pression positive); tandis que sur l'autre moitié, elles sont plus écartées, *onde raréfiante* (zone de pression négative), les deux moitiés étant séparées par un nœud de molécules occupant leur position initiale (lieu de pression normale).

L'onde se propageant à la façon d'une vague, chaque molécule passe successivement par les divers points de sa trajectoire propre, et chaque point donné de l'espace passe successivement par tous les degrés intermédiaires entre les deux pressions extrêmes auxquelles peut donner lieu l'onde considérée. Les variations de la pression sont une conséquence directe des oscillations moléculaires; par suite elles présentent la même amplitude relative, le même rythme, la même vitesse. L'onde sonore se propage dans toutes les directions autour de son point d'origine, et garde les mêmes modes de vibration des molécules, la même vitesse, tant que le milieu reste le même, sans autre modification que la diminution de l'amplitude des oscillations moléculaires et la diminution parallèle des variations de pression, l'une et l'autre en raison inverse du carré des distances. Par suite, toute surface sphérique dont la source sonore occupe le centre est le lieu géométrique de même situation des molécules dans leur trajectoire et de même pression du milieu.

On sait que les membranes élastiques minces, tendues sur un cadre rigide, suspendues dans un milieu gazeux, sont sensibles aux deux éléments de l'onde sonore, aux vibrations des molécules comme aux changements de pression, c'est-à-dire que les unes et les autres provoquent un déplacement oscillatoire moléculaire de la membrane, qui reproduit, avec une amplitude propre mais proportionnelle à leur intensité, le nombre, le rythme et la forme des vibrations moléculaires elles-mêmes; c'est ainsi que le tympan recueille, reproduit et transmet aux organes récepteurs les qualités des ondes sonores qui arrivent à son contact.

Toutefois, l'influence des vibrations des molécules et celle des variations de pression du milieu gazeux sur les membranes élastiques ne s'exercent pas sur elles au même degré dans toutes les conditions.

Lorsque la membrane tendue à l'air libre est abordée sur ses deux faces par l'onde sonore, le déplacement oscillatoire des molécules qui lui sont adjacentes des deux côtés est pratiquement identique par suite de la faible épaisseur de la membrane et de leur équidistance de la source sonore; les effets s'ajoutent et atteignent leur maximum d'influence, toute molécule d'un côté poussant ou aspirant la membrane en même temps que celle qui lui fait face de l'autre côté l'aspire ou la pousse dans la même direction. Par contre, les variations de pression, étant alors identiques sur les deux faces, s'annulent sans provoquer de vibration de la membrane; celle-ci suit dès lors docilement les oscillations moléculaires seules, atteignant avec elles des positions extrêmes au moment du passage des ventres de vibration, se retrouvant avec les nœuds dans sa position de repos, à peu près insensible aux uns et aux autres, quand, placée de champ dans l'onde sonore, elle se trouve parallèle à sa direction de propagation.

Lorsque, au contraire, la membrane, tendue sur un espace clos, reçoit les ondes sonores sur une seule de ses faces, *ce qui est le cas du tympan* tendu sur la caisse, les vibrations moléculaires, n'exerçant plus leur action que sur un seul côté et ayant à lutter non seulement contre l'inertie de la membrane mais encore contre celle de leurs congénères du côté opposé, perdent la plus grande partie de leur puissance. Par contre, les changements de pression, ne se produisant plus que d'un seul côté, deviennent efficaces et prennent le rôle prépondérant; la membrane suit dès lors leur impulsion et son mouvement oscillatoire atteint ses déplacements extrêmes aux ventres de pression pour retrouver dans les nœuds sa situation initiale. De plus, la membrane reste sensible à l'onde sonore quelle que soit sa position par rapport à la direction de cette dernière, puisque, quelle que soit cette position, il se produit sur l'une de ses faces des variations de pression qui font défaut sur l'autre.

Telles sont les propriétés classiques des ondes sonores aériennes; le problème à résoudre est de trouver en elles les éléments d'une orientation latérale de leur origine par nos organes sensoriels.

Lorsqu'une onde sonore nous arrive latéralement, elle frappe et influence d'abord l'oreille située du côté de son arrivée; grâce, dit-on, aux ondes de diffraction, elle se reconstitue de l'autre côté de la tête, à peine influencée par cet obstacle, dont la longueur est peu de chose en regard de la longueur d'onde de tous les sons appréciables par nos sens; elle influence ainsi l'autre oreille de la même manière que la première, avec une intensité amoindrie et avec un léger retard. Ce dernier est vraisemblablement trop court pour pouvoir fournir les éléments d'une différenciation; fût-il assez long pour cela, il n'expliquerait pas mieux l'orientation latérale que la différenciation par l'intensité, dont j'ai démontré l'impuissance à cet égard.

L'onde sonore d'origine latérale est centripète par rapport à une oreille, centrifuge par rapport à l'autre; d'un autre côté, les deux oreilles ne présentent pas une structure identique et superposable; elles sont, au contraire, symétriques par rapport au plan médian, et dès lors de structure inverse, spéculaires l'une par rapport à l'autre. Dans ces conditions, les rapports d'une même onde sonore ne sont pas identiques avec chacune des oreilles; si cette onde renferme en soi quelque détail dissymétrique, quel qu'il soit, celui-ci se présentera de chaque côté de la ligne médiane avec des rapports inverses; il m'a paru évident, *a priori*, que c'est là qu'il fallait chercher la raison d'être des différences d'impression qu'une même onde exerce sur chaque oreille.

Le problème se ramenait ainsi à envisager les différences d'ordre physique, susceptibles d'influencer nos organes auditifs, qui pouvaient exister entre les parties d'une même onde sonore considérée en amont et en aval d'un point quelconque de son parcours, ou encore entre deux ondes sonores différentes, supposées égales dans toutes leurs autres modalités, mais se propageant parallèlement dans deux directions opposées.

J'ai espéré d'abord trouver la différence que je prévoyais dans les descriptions classiques, mais j'ai vainement consulté, à ce point de vue, les traités de physique et les physiciens les plus autorisés, ces derniers en la personne de mes amis et très distingués collègues, dans les universités de Lyon et de Genève, MM. les professeurs Gouy et E. Guye. L'opinion unanime est qu'il n'existe, au point de vue physique, aucune différence quelconque entre ces deux ondes ou ces deux parties d'onde. Je n'ai pas pour cela abandonné la partie, persuadé que cela voulait simplement dire que la différence cherchée était au-dessus de la sensibilité des appareils de physique les plus délicats; cette différence ne peut pas ne pas exister, puisque l'oreille la perçoit; le silence de la physique expérimentale prouve uniquement, une fois de plus, que nos sens surpassent en finesse les ressources dont celle-ci dispose.

Très convaincu de cette manière de voir, j'ai fait et rejeté successivement un certain nombre d'hypothèses qu'il serait inutile d'exposer, et qui m'ont conduit à une conception de cette différence, mathématiquement inattaquable et

qui est de nature à expliquer nettement l'orientation latérale des bruits à l'aide de leur action sur les membranes vibrantes.

L'oscillation des molécules aériennes dans l'onde sonore se fait autour de leur position initiale d'équilibre sur une trajectoire rectiligne, suivant la direction même de propagation du courant sonore.

L'amplitude de ce mouvement d'oscillation est *théoriquement* égale des deux côtés de la position initiale, mais il suffit d'y réfléchir pour comprendre qu'il ne peut pas en être ainsi *pratiquement*.

Le mouvement vibratoire étant le même pour toutes les molécules successivement ébranlées, et les diverses propriétés de l'onde sonore étant fonction de ce mouvement élémentaire lui-même, il suffit de considérer les mouvements d'une seule de ces molécules pour se rendre compte de ses modalités. La *figure 1* schématise ce mouvement oscillatoire : les vibrations successives se produisent en réalité suivant la ligne B A, mais elles ont été reproduites au-

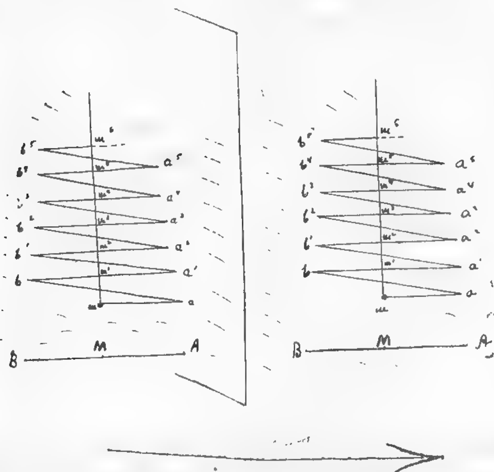


Fig. 1. — Trajectoire schématique parcourue par deux molécules situées dans une même onde sonore à droite et à gauche d'un plan médian.

B M A, trajectoire rectiligne réelle de la vibration; mm^6, position initiale d'équilibre de la molécule; $m\ a\ b\ m^1$, première vibration complète avec ses deux demi-amplitudes ma et mb; $m^1 a' b' m^2$, etc., vibrations ultérieures successives : la flèche indique la direction de propagation de l'onde sonore.

$ma > mb$, $m^1 a' > m^1 b'$, etc.

dessus en ligne brisée pour en permettre une représentation plus claire.

Au début du mouvement, la molécule est chassée, par l'onde qui arrive, jusqu'à la limite extrême d'amplitude que comporte l'intensité de l'ébranlement, soit de m en a. Elle revient ensuite en arrière, repasse par sa position d'équilibre, représentée par l'axe mm^6, la dépasse jusqu'en b, revient de nouveau à sa position initiale m^1 : quand elle l'atteint, elle a accompli en totalité la première de ses vibrations; la ligne ab représente l'amplitude de cette vibration. La molécule continue ensuite sa course de la même manière jusqu'à ce qu'elle ait retrouvé son immobilité relative première par l'amortissement progressif de l'impulsion subie. Cet amortissement est inévitable par le fait de l'inertie de la matière, des résistances éprouvées, et en quelque mesure aussi par celui de la dépense de force vive pour la propagation de l'onde.

Cet amortissement ne peut se réaliser que par la diminution régulière et progressive de toutes les demi-amplitudes successives :

$$ma > bm^1 > m^1a^1 > b^1m^2...,$$

et ainsi jusqu'à la fin du mouvement. L'égalité absolue des demi-amplitudes ne serait compatible qu'avec le mouvement perpétuel. Sans doute, la différence de deux demi-amplitudes successives est infiniment petite en valeur absolue; elle n'en prend pas moins une réelle importance par la fixité de son ordre de succession. Dans chaque vibration complète, la moitié opposée à la direction d'arrivée de l'onde est plus longue que l'autre moitié; dans un nombre quelconque de vibrations complètes, la somme des demi-amplitudes d'aval dépasse celle des demi-amplitudes d'amont; la valeur absolue de cette différence cesse d'être infinitésimale par le fait du grand nombre de ces vibrations dans l'unité de temps. Comme il en est ainsi, quelles que soient les recrudescences d'amplitude dues à la continuation et aux variations d'intensité du bruit, quel que soit le point de l'onde considérée et quelle que soit la phase de cette onde, *cette prédominance du déplacement oscillatoire dans un sens équivaut à un déplacement fixe de la molécule, persistant pendant toute la durée du passage du courant.*

Par suite, la membrane élastique influencée par l'onde sonore présentera de même — outre les vibrations transversales, dont l'amplitude totale, le rythme et la forme dépendent des qualités tonales — un faible déplacement général fixe dans le sens de la propagation de l'onde; ou, si l'on préfère cette autre expression du même fait, la position autour de laquelle se feront les oscillations d'égale amplitude latérale, l'axe du mouvement vibratoire, sera reporté un peu en aval de la position de repos de la membrane.

Les ondes de pression étant une fonction directe des déplacements vibratoires obéissent à la même loi. La *figure 2* schématise les varia-

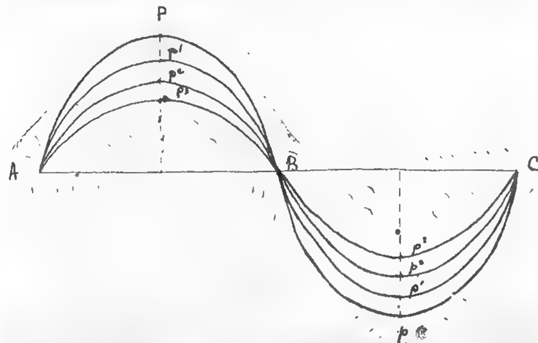


Fig. 2. — Courbe des variations successives de pression dues à l'onde sonore en un point fixe quelconque du parcours de cette onde.

ABC, ligne des temps; A, B, C, moments du passage de la pression normale; APB, onde condensante; BpC, onde raréfiante; A P B p C, courbe de la pression pendant le passage de la première longueur d'onde; A P^1 B p^1 C, etc., courbes de la pression pendant le passage des longueurs d'onde ultérieures.

$P > p$, $P^1 > p^1$, etc.

tions successives de la pression en un point quelconque de l'onde; la courbe A P B p C représente la valeur de cette pression en un même point pendant la durée de la première longueur d'onde; les courbes A P^1B p^1 C, ... les valeurs de cette pression pendant les ondes ultérieures. Les hauteurs décroissent avec l'amortissement du mouvement, de telle sorte que chaque vague de pression, tant positive que négative, est en décroissance sur celle qui la précède : dans une longueur d'onde complète, la valeur absolue de la pression dans la vague positive est supérieure à la valeur absolue de la vague négative, par suite le lieu de pression normale qui les sépare théoriquement en deux longueurs égales est pratiquement reporté un peu en avant dans la direction du courant.

Il en résulte que les deux ondes de pression, positive et négative, portant leur action *sur un seul côté* d'une membrane élastique, détermineront, outre les vibrations transversales dues à leur alternance, un léger déplacement du plan de vibration de la membrane dans le sens du courant, dû à la prédominance de l'onde positive sur l'onde négative.

Les détails qui précèdent suffisent, il me semble, à démontrer — rationnellement, ou plutôt mathématiquement, sinon expérimentalement, ce qui vaut bien autant — que les deux éléments constituants de l'onde sonore, les vibrations des molécules et les variations de pression du milieu, concourent à imprimer aux membranes élastiques vibrantes, *en plus* de leurs oscillations vibratoires, un déplacement de sens fixe qui reporte leur position moyenne, leur axe d'oscillation, au delà de leur position de repos, en aval par rapport au sens de la propagation de l'onde sonore elle-même. Dès lors, il n'y a aucun doute qu'un appareil enregistreur des mouvements de la membrane sera capable, s'il est suffisamment délicat, de déceler le sens de la propagation de l'onde, c'est-à-dire capable d'en signaler l'orientation latérale.

IV

L'élément physique de l'orientation auditive latérale une fois précisé, il reste à en dégager le mécanisme physiologique.

Examinons d'abord ce qui se passe dans l'oreille située du côté de l'arrivée du bruit. L'onde sonore arrive au tympan à travers le conduit auditif externe; on admet généralement qu'elle y subit des réflexions destinées à la condenser et à en augmenter l'intensité; quelles que puissent être ces réflexions, il est évident qu'elles n'atteignent pas un degré susceptible d'en renverser diamétralement la direction et par là de changer l'orientation latérale; par suite, il est inutile d'insister sur ce point, qui ne prendra de l'importance que dans l'étude de l'orientation angulaire.

Le tympan présente, en vertu des raisons invoquées ci-dessus, une légère prédominance de ses vibrations transversales tonales de dehors en dedans, qui équivaut à un enfoncement. La chaîne des osselets transmet ces vibrations à la platine de l'étrier, en diminuant leur amplitude et en renforçant leur énergie, mais sans altérer aucun des détails de leur rythme. Par suite, le mouvement alternatif de piston de l'étrier, dans la fenêtre ovale, présente la même prédominance de poussée en dedans; il en résulte que la pression du liquide labyrinthique subit des variations oscillatoires rapides autour de la pression de repos, variations dont l'inégalité laisse persister une différence positive.

Le labyrinthe est abondamment pourvu de papilles nerveuses, sensibles aux variations de pression, et, pour déterminer celle qui a l'orientation auditive dans son ressort, on a l'embarras du choix. Il y a tout lieu de penser cependant que ce rôle est dévolu à la tache acoustique du saccule. Ce que l'on sait de la structure histologique et des connexions centrales du nerf vestibulaire permet d'affirmer que c'est à lui que ressortit l'appréciation des pressions, fonction plus voisine de la sensibilité tactile que ne l'est l'appréciation des qualités tonales, seule vraiment sensorielle, dévolue au limaçon et au nerf cochléaire.

Parmi les papilles nerveuses innervées par le nerf vestibulaire, celles des canaux semi-circulaires sont spécialement affectées à l'appréciation des mouvements du rocher; elles signalent les différences qui existent entre les trois crêtes acoustiques des trois canaux, mises en action simultanément par le déplacement du liquide dû à son inertie; il est vraisemblable qu'elles ne sont que peu ou pas influencées par les variations portant parallèlement et également sur les trois crêtes, comme doivent l'être celles qui sont dues aux coups de piston de l'étrier. L'utricule et le saccule, avec leurs otoconies, doivent être tous les deux sensibles à cette action, mais leurs connexions anatomiques poussent à rattacher l'utricule au système des canaux semi-circulaires et à l'appareil de l'équilibre, le saccule au limaçon et à l'appareil auditif. Il est légitime d'en conclure que la tache acoustique sacculaire a le rôle prédominant, sinon exclusif, dans l'orientation auditive.

Avant d'aller plus loin, il faut examiner ce qui se passe au même moment, sous l'influence du même bruit, dans l'oreille du côté opposé. Une nouvelle difficulté surgit, tenant au peu de précision des données physiques sur la reconstitution des ondes sonores aériennes au delà d'un obstacle : on admet qu'elles se rétablissent par des ondes de diffraction, et que l'obstacle a peu d'influence s'il est plus court que la longueur

de l'onde considérée. En réalité, cette explication est parfaitement insuffisante, car il ne s'agit pas d'envisager l'onde sonore au delà de la tête, mais bien sa pénétration *rétrograde* jusqu'au fond du conduit auditif. Je me propose d'exposer cette partie du problème avec plus de détails — et d'indiquer la solution que je lui ai donnée — en étudiant l'orientation angulaire; je me contenterai de dire pour le moment que la pénétration de l'onde sonore au fond du canal auditif, dans une direction inverse à celle de sa propagation dans l'espace, se fait avec une perte importante d'intensité, mais sans aucune déformation des vibrations moléculaires ni des ondes de pression; dès lors, les choses se passent exactement comme si les deux tympans étaient suspendus l'un et l'autre à l'air libre, à l'ouverture extérieure du méat, par exemple.

La *figure 1* met en évidence ce qui a lieu en pareil cas; des deux côtés d'un plan, qui figure le plan médian, les mouvements moléculaires sont identiques; ils paraissent tels à un observateur situé au delà ou en deçà des deux molécules considérées; mais si cet observateur se place sur le plan médian, les deux mouvements apparaissent inverses et complémentaires : les deux amplitudes prédominantes $m\ a$, $m^1\ a^1$ sont centripètes ou centrifuges suivant le côté qu'il considère. Les deux tympans, symétriques en miroir, ne sont autre chose que le dédoublement de cet observateur médian. Dans la direction du courant donnée par la flèche, le tympan influencé par la molécule de gauche subira un déplacement moyen en dedans, et imprimera au labyrinthe une pression positive; le tympan influencé par la molécule de droite subira un déplacement moyen en dehors et imprimera au labyrinthe une pression négative. Si l'onde arrive de face, affectant des rapports de parallélisme, ou du moins d'égalité d'angle, avec les deux tympans, il n'y a plus que les vibrations tonales, la pression labyrinthique n'est pas influencée et l'orientation dans le plan médian résulte naturellement de la suppression du facteur de l'orientation latérale.

Il en est exactement de même de l'influence des ondes de pression; la *figure 2* peut servir à le démontrer de même, en reproduisant par la pensée le même graphique de ces ondes des deux côtés d'un plan.

Pour compléter le mécanisme physiologique de l'orientation latérale, il n'y a plus qu'à admettre, pour les raisons développées dans mon travail précédent sur les chiasmas sensoriels, que la répartition cérébrale des impressions auditives est commandée par le sens de la pression créée dans le labyrinthe par leur orientation. Si cette pression est nulle (bruits du champ médian), l'impression va aux deux hémisphères; si elle n'est pas nulle, elle est nécessairement différente dans les deux oreilles, positive du côté où l'onde est centripète, négative du côté où elle est centrifuge; elle est alors envoyée à l'hémisphère opposé quand elle est positive, à celui du même côté quand elle est négative, de telle sorte que les deux impressions périphériques d'un même bruit se retrouvent automatiquement dans un seul hémisphère, celui du côté opposé à son origine, ce qui fixe définitivement pour la conscience son orientation latérale.

V

Il me resterait à envisager les éclaircissements que cette doctrine apporte à l'étude des illusions d'acoustique, et à celle, plus importante encore, des troubles pathologiques de l'orientation. L'une et l'autre étude sont encore à peine ébauchées; elles ne comptent guère que des observations éparses, incomplètes et sans lien.

L'interprétation que je propose fournit le moyen de différencier nettement les troubles périphériques d'avec les troubles centraux de l'appareil de l'orientation auditive; je me contenterai de deux exemples :

A l'état normal, le phénomène physique spécial qui tient sous sa dépendance l'orientation latérale directe est associé à des différences d'intensité des deux perceptions; ce lien explique les illusions créées par le renversement de leurs rapports habituels; des illusions de cet ordre sont un des caractères des lésions de l'appareil périphérique. Par contre, des erreurs d'orientation, en rapport avec la suppression d'un champ latéral, constituent un caractère des lésions centrales situées au delà du chiasma sensoriel physiologique.

Une analyse délicate, faisant intervenir les divers réflexes moteurs, et basée sur ces données physiologiques nouvelles, permettra sans doute à l'avenir de préciser plus exactement le siège et la nature des lésions dans le long trajet parcouru par les effets de l'onde sonore du tympan à la sphère auditive corticale.

Dr L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Tenu à Berlin du 12 au 17 septembre 1904.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Traitement des épithéliomas de la peau d'après leur classification anatomique.

M. Darier. — Le traitement des épithéliomas de la peau ne saurait être univoque : il est essentiellement différent suivant les cas. La classification qui doit servir de base au choix du traitement ne peut, dans l'état actuel de la science, qu'être anatomique, car les caractères cliniques sont incertains et variables.

On appelle *épithéliomas de la peau* les tumeurs dues à une prolifération atypique de l'épiderme ou de ses annexes. Selon sa définition, ce groupe renferme une partie des adénomes dont la structure est plus ou moins atypique (*épithélioma adénoïde*), quelques-unes des variétés de papillomes (*épithéliomas papillaires*) — mais non les verrues, condylomes, syphilomes ou tuberculomes papillaires —, enfin la grande majorité des *endothéliomes* ou tumeurs décrites sous ce nom.

Les kystes épidermiques doivent être distraits de ce groupe.

L'existence préalable d'une des maladies précancéreuses (kératose sénile, *xeroderma pigmentosum*, arsenicisme, leucoplasie, *Paget's disease of the nipple*, lupus tuberculeux, cicatrices, etc.) n'implique pas le développement nécessaire d'un épithélioma de telle ou telle forme. L'analyse microscopique est donc toujours indispensable.

On peut ranger les épithéliomas de la peau en quatre classes :

La première comprend les épithéliomas dont les éléments subissent l'évolution épidermique et souvent la kératinisation, ou *épithéliomas spino-cellulaires* (synonymie : épithéliomas pavimenteux lobulé corné, malpighien, adulte, *Stachelzellentumor*.) Les amas néoplasiques généralement disposés en lobules ou en larges traînées sont formés de cellules du type de la première rangée, cellules de la couche génératrice ou basale, mais surtout des éléments malpighiens à filaments d'union, des cellules granuleuses chargées de kératohyaline, des cellules cornées et souvent des globes épidermiques.

Cette classe se subdivise en deux types :

1° Le type superficiel et végétant (*épithélioma papillaire* ou *papillome*) avec deux variétés : *papillome corné*, où des productions cornées épaisses surmontent les végétations et pénètrent dans les bourgeons, et qui se rencontre sur n'importe quelle région du corps, notamment sur la partie supérieure de la face, sur le cuir chevelu, le cou, le dos, et la face dorsale des extrémités; *papillome épithélial simple* ou *épithélioma papillaire nu*, où les végétations sont rosées, recouvertes d'une très mince couche kératinisée; il ne s'observe que sur les demi-muqueuses (lèvres, gland, vulve, muqueuse buccale). Ce type papillaire a une évolution lente et longtemps bénigne; à la longue et sous l'influence d'irritations, il peut passer à l'épithélioma baso-cellulaire. Ces deux variétés papillaires de l'épithélioma papillaire sont justiciables de l'intervention chirurgicale; l'opération est facile et efficace.

2° Le type profond, plongeant, infectant, malin, ou cancroïde (synonymie : carcinome spino-cellulaire, *Stachelzellencarcinom*, *Hornkrebs*). Les amas néoplasiques végètent en profondeur et envahissent les tissus; l'ulcération est précoce, irrégulière, saigne facilement et surmonte un néoplasme dur, formant une masse plus ou moins importante. L'accroissement est rapide, la marche envahissante, l'engorgement ganglionnaire précoce, les récidives fréquentes. Ces tumeurs siègent le plus souvent aux lèvres, à la langue et à l'anus.

Il faut, dans cette forme, intervenir de bonne heure, condition indispensable pour obtenir un résultat définitif. L'excision large est la méthode de choix, accompagnée de l'extirpation des ganglions quand il y a adénopathie. La radiothérapie n'a jamais donné un seul succès dans des faits semblables. Elle est tout au plus applicable aux cas inopérables, où elle calme la douleur et fait régresser le volume de la tumeur.

La seconde classe comprend les épithéliomas dont les éléments ne subissent pas l'évolution épidermique et la kératinisation ou *épithéliomas baso-cellulaires* (synonymie : épithéliomas pavimenteux tubulé, plat, superficiel, embryonnaire, *ulcus rodens*, épithélioma plan cicatriciel, endothéliome).

Les amas néoplasiques sont composés de cellules plus petites, ovales ou fusiformes, vivement colorables avec peu ou pas de filaments d'union, affectant en un mot l'apparence des cellules basales.

Les masses épithéliales ont une disposition très variable, compacte ou solide, tubulée, etc. Leur continuité avec l'épiderme de revêtement ou avec les follicules pilo-sébacés s'observe très fréquemment. Le centre des amas lobulés ou tubulés est souvent le siège de dégénérescences kystiques avec dépôts muqueux, colloïdes ou parakératosiques.

Au début, il s'agit d'une petite élevure, simple bouton rosé qui persiste pendant des années et se recouvre d'une squame ou croûte. Plus tard, la tumeur s'ulcère et s'étend, en même temps qu'apparaît un ourlet gris perlé. L'épithéliome peut alors provoquer d'énormes destructions des tissus, voire même des os. L'engorgement ganglionnaire est tardif ou manque le plus souvent. La récidive est fréquente, même après ablation large.

Dans cette forme, qui constitue l'*épithélioma baso-cellulaire proprement dit*, les éléments cellulaires s'enfoncent très loin dans les téguments; aussi l'excision n'est-elle pas très recommandable. Les rayons de Röntgen, au contraire, et la pâte arsenicale, dont l'action s'étend très profondément, sont les éléments d'un bon traitement.

Une deuxième forme d'épithélioma baso-cellulaire est l'*épithélioma adénoïde*, dans lequel les amas néoplasiques ont une forme tubulée ou lobulée qui rappelle les glandes sudoripares ou sébacées. Souvent même les tumeurs sont multiples, éruptives d'apparence et, de par leur fixité, l'absence constante d'ulcération, leur bénignité persistante en un mot, méritent le nom d'adénomes et ont été rapprochées des *nævi*.

Les unes sont les **hidradénomes** du plastron sternal ou des paupières; les autres, les épithéliomas stéatadénoïdes ou *adénomes sébacés* multiples et symétriques de la gouttière naso-génienne, du nez, des joues, du menton. Ces formes sont justiciables de l'électrolyse.

L'*épithélioma cylindrome* est identique à l'épithélioma baso-cellulaire typique, mais le stroma y subit une dégénérescence non pas seulement muqueuse, mais hyaline, en cylindres ou boules ovoïdes, qui envahissent et repoussent les amas épithéliaux. Il siège sur le cuir chevelu, le front, le nez, le voile du palais, les glandes salivaires, est ordinairement multiple, bénin et s'ulcère rarement. Le curettage est le traitement de choix.

Dans la troisième classe nous trouvons les *épithéliomas nævo-cellulaires*.

Les nævi sont formés de cellules épithéliales, mais ce sont des épithéliomas bénins. Parfois, cependant, ils deviennent l'origine de tumeurs malignes. Leur structure ressemble à celle des épithéliomas baso-cellulaires; toutefois, les différences sont assez sensibles pour qu'on les range dans une classe à part. Les éléments constituants sont de forme globuleuse ou fusiforme, ce qui explique qu'on les ait pris longtemps pour des sarcomes. Ils sont souvent pigmentés. Ce sont les *épithéliomas nævo-cellulaires malins* (nævo-carcinome, sarcome mélanique, mélano-sarcome).

Le pronostic de ces épithéliomas nævo-cellulaires malins n'est pas aussi sombre qu'on le dit généralement. Ils sont parfaitement justiciables du traitement local par la pâte arsenicale.

Enfin, la quatrième classe est celle des *épithéliomas métastatiques* ou carcinomes secondaires de la peau, propagation cutanée de tumeurs viscérales, dont, par suite, le type histologique est très variable. Cliniquement, il s'agit de tumeurs intracutanées, souvent multiples, à accroissement plus ou moins rapide, s'ulcérant tardivement. Il va sans dire qu'en pareille matière aucune thérapeutique rationnelle ne peut être tentée.

M. von Hansemann (de Berlin). — Tout épithélioma cutané venant de la couche basale de l'épiderme, je ne puis accepter la division des épithéliomes en spino et baso-cellulaires.

M. Unna (de Hambourg). — C'est la forme anatomique des tumeurs, et non leur provenance, qui est visée dans la nomenclature de M. Darier. Et si l'appellation n'est peut-être pas absolument satisfaisante, la matérialité des faits est exacte et conforme à l'observation histologique.

M. O. von Petersen (de Saint-Pétersbourg). — Le traitement de l'épithélioma cutané sans intervention chirurgicale n'est efficace que dans les périodes initiales de l'affection.

De tous les procédés non chirurgicaux, la photothérapie de Finsen donne les meilleurs résultats; malheureusement, elle n'est guère applicable qu'à l'hôpital.

Les pansements permanents avec une solution de soude de 5 à 15 % fournissent des succès dans les cas superficiels et au début, en employant la vaseline boriquée la nuit.

Quant aux rayons de Röntgen, ils donnent un grand nombre de guérisons, mais il faut éviter soigneusement les variations de dureté de l'ampoule, sous peine de voir apparaître des ulcérations rebelles. La radiumthérapie a quelquefois des effets favorables; toutefois l'action et le dosage du radium sont encore bien mal connus.

La réfrigération du cancroïde de la peau par le chlorure d'éthyle m'a, dans la plupart des cas, fourni des améliorations évidentes, mais jamais une guérison.

M. von Bergmann (de Berlin). — J'estime qu'il faut réserver la radiothérapie aux formes inopérables; le traitement chirurgical seul doit être employé dans l'épithélioma de la peau.

M. Leredde (de Paris). — Trois méthodes seulement peuvent être employées dans le traitement de l'épithélioma : l'ablation, le curettage avec cautérisation thermique secondaire, la radiothérapie.

L'ablation amène la guérison définitive lorsqu'elle est faite au delà de la tumeur, et ses résultats sont rapides. Mais il faut dépasser largement les limites du mal; en outre elle laisse des cicatrices gênantes lorsque les orifices sont intéressés, et les malades la refusent souvent.

L'avantage du curettage avec cautérisation thermique secondaire consiste en ce qu'il peut être pratiqué par tout médecin. Les inconvénients de cette méthode sont l'impossibilité de l'appliquer à des formes très étendues, la sécurité moindre qu'elle donne au point de vue de la non-récidive, l'imperfection des résultats esthétiques dans un grand nombre de cas.

Quant à la radiothérapie, elle fournit des résultats esthétiques parfaits et ménage absolument les tissus sains. Malheureusement elle ne peut pas être appliquée par le médecin qui n'a pas une pratique suffisante de cet agent thérapeutique.

M. Marschalkó (de Kolozsvár). — Les rayons de Röntgen ont une action vraiment élective sur les tumeurs, particulièrement sur les épithéliomas. Ayant ainsi traité un carcinome baso-cellulaire adénoïde, je fis une biopsie en un point où la tumeur avait presque entièrement disparu. Il existait une puissante inflammation réactionnelle, qui avait entraîné, par une dégénérescence particulière, la disparition des cellules néoplasiques. Dans le tissu enflammé on reconnaissait encore çà et là des groupes de cellules de la tumeur à différents degrés de dégénérescence, car le noyau n'était presque plus apparent, se colorait mal, se recroquevillait et s'émiettait, tandis que le tissu intermédiaire s'était gonflé et avait pris l'apparence hyaline.

M. Béclère (de Paris). — Voici des moulages d'épithéliomas avant et après traitement par la radiothérapie, qui démontrent les effets remarquables de ce mode de traitement.

Il s'agit d'épithéliomas de la région temporo-maxillaire, de toute la surface du nez jusqu'à l'angle interne de l'œil, de la lèvre inférieure, du dos de la langue, dont le diagnostic histologique a été fait.

Il est bon, dans le cas de tumeurs volumineuses, d'enlever d'abord par ligature, curettage, exérèse sanglante, tout ce qui est saillant, avant d'employer la radiothérapie. Le traitement « radio-chirurgical » me paraît être la méthode de choix.

M. W. Dubreuilh (de Bordeaux). — J'emploie, dans le traitement de l'épithélioma cutané, une pâte arsenicale forte qui est une atténuation de la pâte de Marsden et qui est formée de dix parties de talc, une partie de gomme arabique et une partie d'acide arsénieux avec une quantité d'eau suffisante pour donner au mélange une consistance pâteuse.

On applique cette pâte sur la tumeur ulcérée naturellement ou excoriée artificiellement avec le thermocautère. L'action du caustique commence au bout de quelques heures, détermine des douleurs et une inflammation de voisinage assez notables et aboutit, au bout de deux ou trois jours, à la nécrose de toute la néoplasie.

Le plus souvent il se fait une cicatrice assez petite relativement à la lésion et remarquablement dépourvue de rétractilité, mais, dans la pratique, on remarque de grandes variations suivant la forme du néoplasme.

Dans l'*ulcus rodens* de forme nodulaire, la pâte arsenicale est parfaitement indiquée, d'autant plus que pour une lésion aussi bénigne les malades sont peu disposés à subir une opération.

Dans l'*ulcus rodens* vulgaire ulcéré et d'ancienne date, la pâte arsenicale n'agit pas toujours d'une façon suffisante; il faut répéter les applications, sans quoi les récidives sont fréquentes.

Dans la forme térébrante, le traitement arsenical, extrêmement pénible et difficile, est cependant un des meilleurs, car cet épithélioma est généralement inopérable et la radiothérapie, tout en amenant des améliorations, ne donne jamais une guérison complète.

Dans l'*ulcus rodens* à forme atrophique du front, lorsque la peau est mince et appliquée sur le squelette, l'arsenic détermine facilement des nécroses massives entamant le squelette et entraînant des délabrements plus considérables que ceux que cause une extirpation chirurgicale; celle-ci est dès lors préférable.

Dans les petits épithéliomes ulcéreux consécutifs aux croûtes séniles, la pâte arsenicale est le traitement de choix; une seule application suffit d'habitude pour obtenir une guérison complète avec cicatrice minime.

Les épithéliomas végétants et fongueux sont le triomphe de la pâte arsenicale, au moins lorsqu'ils n'ont pas encore infiltré les parties profondes.

Enfin l'épithélioma cratériforme, qui d'habitude infiltre les tissus plus profondément, guérit aussi très bien par le caustique arsenical, au prix d'une cicatrice déprimée, mais en somme assez minime.

La syphilis du système circulatoire.

M. von Düring (de Kiel). — La syphilis du système circulatoire s'observe à toutes les périodes de la maladie; elle n'est donc pas l'apanage du tertiarisme. Elle frappe les vaisseaux soit de dehors en dedans, c'est-à-dire secondairement, par propagation de l'inflammation des tissus environnants, soit de dedans en dehors, c'est-à-dire primitivement.

L'*endartérite oblitérante*, décrite par Heubner, n'offre rien dans son évolution ni son histologie qui puisse révéler sa nature syphilitique. Mais sa coïncidence avec la syphilis est si étroite qu'on peut avec raison la considérer comme une endartérite syphilitique.

Au point de vue histologique, il s'agit surtout, dans cette affection, d'une prolifération de l'endartère. Le tissu oblitérant, formé de cellules conjonctives et de fibres élastiques, renferme souvent des cellules géantes, qui n'ont rien à voir avec la tuberculose. Sa vascularisation est caractéristique de l'endartérite spécifique.

L'aortite syphilitique, signalée pour la première fois par Döhle, frappe principalement l'aorte thoracique et est une des causes les plus fréquentes des anévrysmes. L'inflammation touche particulièrement la tunique moyenne et l'adventice, ainsi que les *vasa vasorum*, qui peuvent être oblitérés. A côté des altérations inflammatoires (sclérose ou gomme) qui amènent des cicatrices, existent des lésions de nécrose indépendantes de toute inflammation, et qui relèvent peut-être de l'oblitération des *vasa vasorum*. La paroi du vaisseau perd sa solidité, et de par la destruction inflammatoire de la tunique moyenne, et de par la nécrose non inflammatoire des tissus élastique et musculaire, ce qui entraîne la formation des anévrysmes. L'endartérite manque dans les cas purs d'aortite syphilitique.

Pour ce qui est de l'artériosclérose, rien ne prouve que cette affection dépende de la syphilis.

Quant aux altérations syphilitiques des veines, elles ont été encore peu étudiées; elles paraissent cependant avoir plus d'importance qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Elles sont d'ailleurs superposables aux lésions artérielles.

Dans la syphilis du système circulatoire, le traitement antisyphilitique ne peut être efficace qu'au début; il est impuissant contre les cicatrices, contre les anévrysmes. Il peut néanmoins, dans ces dernières circonstances, empêcher l'extension des lésions.

M. J. W. Thomson Walker (de Londres). — On a décrit, sous le nom d'artérite de Heubner, deux formes d'artérite, l'une pure, l'autre où il y a coexistence de gommes. Cette dernière variété ne doit pas être confondue avec l'artérite noueuse, qui comprend des cas d'origine douteuse.

La syphilis artérielle se manifeste sous trois formes différentes, à savoir l'artérite syphilitique, l'artérite syphilo-gommeuse et l'artérite fibreuse parasyphilitique. Dans les deux premières de ces variétés, ce sont les artères cérébrales qui se montrent le plus communément atteintes; cependant, les artères spinales ou coronaires, celles de la rétine ou des membres peuvent également être intéressées; on a enfin observé des gommes dans la paroi de l'aorte, dans celle des artères pulmonaires et de quelques autres artères volumineuses.

L'artérite syphilitique, qui n'a rien de spécifique en soi et ressemble absolument à toute autre forme d'artérite oblitérante, débute, séparément ou simultanément, dans les *vasa vasorum* ou au niveau de l'endartère. Secondaire ou tertiaire, elle peut éclater dès le troisième ou le quatrième mois après l'infection spécifique. Il s'en faut, du reste, qu'elle constitue une éventualité inéluctable; c'est ainsi que j'ai fait l'autopsie d'un homme de soixante et un ans, qui succomba trente-six années après des accidents attribuables à une inflammation syphilitique de l'artère cérébrale moyenne gauche; or, j'ai constaté la perméabilité complète de ce vaisseau, avec intégrité parfaite de sa paroi.

M. Barthélemy (de Paris). — La syphilis des voies circulatoires est très fréquente et souvent très précoce : j'ai observé, six mois après le chancre, une thrombose de l'artère basilaire. D'autre part, la syphilis est fréquemment à l'origine des maladies du cœur, qui deviennent ainsi, dans nombre de cas, justiciables du mercure et de l'iodure de potassium.

M. Asahi (de Fukuoka). — Me basant sur les recherches histologiques que j'ai pu faire dans un certain nombre de cas d'anévrysme de l'aorte et d'aortite syphilitique, je crois qu'en présence d'une aortite de la tunique moyenne ou d'un anévrysme d'apparence spontané, il faut toujours songer à la syphilis.

M. Benda (de Berlin). — Il importe d'établir une séparation bien nette entre les différentes étapes de l'aortite syphilitique, et de distinguer une forme miliaire, une forme gommeuse avec

nécroses centrales consécutives, enfin une forme cicatricielle avec foyers d'inflammation secondaires et accidentels. La variété gommeuse est incontestablement la plus grave : c'est elle qui aboutit à l'anévrysme, ainsi que j'ai eu récemment l'occasion de m'en rendre compte dans des autopsies, où j'ai trouvé des anévrysmes d'origine gommeuse, dus soit à des ruptures, soit à des dilatations de la paroi vasculaire ramollie.

M. Gaucher. — J'ai observé 2 cas de gommes du cœur, faits qui d'ailleurs ne sont pas plus contestés aujourd'hui que l'artérite et la phlébite syphilitiques. A côté de ces formes typiques de syphilis du système vasculaire, je suis porté à admettre — contrairement à M. von Düring — qu'un grand nombre de cas d'artériosclérose, avec toutes les manifestations de cette affection, *néphrite interstitielle même*, sont d'origine syphilitique.

M. Darier. — Les trois tuniques artérielles peuvent être atteintes indifféremment par la syphilis, et aucune localisation n'est spécifique de cette maladie. Quant à l'artérite cérébrale syphilitique, elle peut être diagnostiquée, dans l'immense majorité des cas, par la recherche du signe d'Argyll-Robertson et l'étude du liquide céphalo-rachidien, retiré au moyen de la ponction lombaire.

M. Jullien (de Paris). — C'est sur les lésions syphilitiques des veines, encore peu étudiées, comme le faisait observer M. von Düring, que je désire appeler votre attention.

Les veines prennent une part beaucoup plus active à la formation des syphilomes que les artères et les lymphatiques. Taylor a déjà montré que l'engorgement dorsal de la verge, qui accompagne souvent les chancres, a son siège dans les veines.

On peut décrire une *phlébite infectieuse* précoce, aphlegmasique et résolutive, c'est-à-dire bénigne, qui atteint les veines superficielles, surtout celle des membres inférieurs, et très hypothétiquement quelques veines viscérales profondes. Le processus attaque l'endoveine. Les symptômes sont les suivants : douleur parfois vive, à exacerbation nocturne, pas de fièvre, poussées successives, récidives. Le traitement nécessite le séjour au lit et une thérapeutique mercurielle intensive.

Il existe aussi une syphilis noueuse (érythème noueux syphilitique), accident connu depuis Mauriac et rapporté à la *thrombo-phlébite nodulaire* par Philippson, Marcuse, Blaschko, grâce aux résultats de biopsies. Elle se localise dans les régions vasculaires, les membres inférieurs, les corps caverneux, le cordon spermatique. Le décours de ces productions, qui peuvent faire corps avec la peau et lui donner une teinte violacée, est ordinairement bénin, mais devient quelquefois grave par le ramollissement et l'ulcération des éléments, par les incessantes poussées et la chronicité possible. Le mercure à haute dose, l'iodure de potassium, l'hamamelis doivent être prescrits.

On a publié également quelques observations de *phlébite gommeuse* (Anderson, Birch-Hirschfeld, Langenbeck, Lancereaux) et un fait de *phlébite marastique* (De Foggia).

M. Nobl (de Vienne). — Je ne saurais souscrire à l'affirmation de M. Jullien, relative à l'importance majeure des veines dans la constitution de l'engorgement dorsal de la verge. Des recherches anatomo-pathologiques que j'ai poursuivies dans une série de 30 cas m'ont montré, en effet, que l'apparition des cordons dorsaux de la verge est due à une endolymphangite proliférante des vaisseaux lymphatiques dorsaux superficiels du pénis. Cette endolymphangite peut aller jusqu'à l'obturation complète de la lumière vasculaire, puis s'étendre au tissu cellulaire voisin et donner ainsi naissance à une péri et paralymphangite.

M. A. Renault (de Paris). — Les observations de phlébite syphilitique secondaire ne sont pas encore très nombreuses; j'ai eu cependant l'occasion d'en traiter 2 cas. Les caractères cliniques de cette phlébite sont la multiplicité des veines atteintes, leur superficialité, l'absence de fièvre, le peu d'importance de la douleur.

Les altérations médullaires dans la lèpre anesthésique.

M. Jeanselme (de Paris). — Le bacille de Hansen a été trouvé dans les ganglions spinaux, mais non dans la moelle elle-même. On observe pourtant chez les lépreux, par la méthode de Nissl, un certain degré de chromatolyse des grandes cellules motrices.

La dégénération des racines et faisceaux blancs de la moelle peut être subordonnée aux altérations névritiques, à l'état cachectique du patient, ou encore exister primitivement dans les cordons de Goll, les faisceaux en virgule et les triangles cornu-marginaux; c'est là une véritable lésion d'origine endogène.

La syringomyélie n'est pas une manifestation de la lèpre, car jamais le bacille de Hansen n'a été trouvé dans la moelle à l'autopsie de sujets atteints de syringomyélie confirmée. Pourtant, malgré l'absence de cavité dans la moelle, la lèpre prend souvent le masque de la syringomyélie et la ressemblance de ces deux états est parfois si grande que le diagnostic devient impossible.

L'hégémonie de la névrite lépreuse reste incontestée. Cependant, tous les troubles sensitifs, moteurs ou trophiques de la lèpre neurotique ne relèvent pas de la névrite. Et comme les altérations du système radiculo-spinal, quoique de second plan, apparaissent de plus en plus fréquentes à mesure qu'on les recherche avec plus de soin, on est tenté de réserver à ces lésions centrales une certaine part dans l'expression symptomatique de la névrite lépreuse.

M. Borrel (de Paris) relate un certain nombre de faits relatifs à la contagiosité du cancer de la souris.

Dr G. Milian,
Ancien chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris.

LETTRES D'ALLEMAGNE

Breslau, 23 septembre 1904.

L'exposition du charlatanisme à Breslau.

A l'occasion de la soixante-seizième Assemblée des naturalistes et médecins allemands, qui se tient actuellement à Breslau, une exposition du charlatanisme a été organisée par la « Société allemande pour la lutte contre le charlatanisme » (*Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums*). Je l'ai longuement visitée : elle éveille tout autre chose qu'un simple intérêt de curiosité, et, à voir ainsi exposée, matérialisée, pour ainsi dire, la question des charlatans, on se rend compte de toute sa gravité et des problèmes si complexes qui s'y rattachent. Ces problèmes, sous des formes diverses, se posent, à l'heure actuelle, dans tous les pays, et partout, la lutte s'impose; aussi l'exposition de Breslau vaut-elle d'être étudiée.

On est surpris, tout d'abord, d'une telle abondance de documents, de « pièces à conviction » de tout ordre : elles ont été patiemment rassemblées par MM. les docteurs Carl Alexander (de Breslau), Reissig (de Hambourg), Kantor (de Warnsdorf) et par Mlle Ludewig-Bunzlau (de Hambourg); une part importante a été fournie par le Conseil local de santé (*Ortsgesundheitsrat*) de Carlsruhe. Elles sont disposées en un certain nombre de sections, dont la simple énumération suffit à montrer que l'histoire du charlatanisme est là, toute entière, en raccourci : réclames des *Kurpfuscher* et des fabricants de remèdes secrets; le charlatanisme en grand dans les Instituts et les sanatoria; les remèdes secrets; méthodes diverses de cure « sans poison » ou « sans opération »; la médecine naturelle; mysticisme et scientisme; statistiques et enquêtes; la situation légale des *Kurpfuscher* dans l'empire allemand; lutte privée et publique contre le charlatanisme; documents historiques et ethnologiques.

Il est bien certain que l'état présent de la législation allemande favorise singulièrement le métier de guérisseur; la *Gewerbefreiheit*, la liberté des métiers, établie en 1869, a entraîné la *Kurierfreiheit :* chacun est libre de « guérir », comme de faire de la menuiserie; bien entendu, l'usurpation du titre de médecin tombe sous le coup de la loi, mais — contrairement à la législation française, autrichienne, etc. — il n'y a pas d'exercice illégal de la médecine. Le premier venu — et les enquêtes déposées à l'exposition de Breslau démontrent que 70 % des *Kurpfuscher* n'ont pas dépassé l'école primaire — le premier venu imagine un breuvage contre le rhumatisme, une mixture antigoutteuse : il annonce son « invention », il la prône dans les journaux et par tous les moyens de publicité, il la débite, il fait métier de guérir le rhumatisme ou la goutte; il en a le droit, c'est la *Kurierfreiheit*. On voit jusqu'où peut conduire une pareille disposition légale, et, bien qu'on ait cherché à en restreindre les conséquences, l'équivoque n'en subsiste pas moins.

C'est là, sans doute, une des principales causes de l'extension surprenante et de la progression du charlatanisme en Allemagne; ce n'est pas la seule, toutefois, car, en d'autres pays, malgré la loi, l'évolution croissante du charlatanisme n'est pas douteuse.

Toujours est-il que les statistiques reproduites à l'exposition du *Kurpfuschertum* sont singulièrement suggestives. Elles procèdent surtout de la grande enquête qui a été entreprise, de 1899 à 1901, dans tout l'Empire, par les soins des Chambres médicales, et qui se poursuit toujours, comme nous le dirons tout à l'heure. Quelques chiffres valent d'être reproduits : à Berlin, on ne comptait, en 1879, que 29 *Kurpfuscher*, soit 0.2 pour 10,000 habitants; en 1882, il y en a 142, soit 1.2 pour le même nombre d'habitants, en tenant compte, bien entendu, de l'accroissement de la population; en 1888, 227 (soit 1.5); en 1894, 335 (1.9); en 1897, 476 (2.7); enfin, en 1902, les chiffres extraits du recueil officiel *Das Gesundheitswesen des preussischen Staates* sont les suivants : pour Berlin, en y comprenant Charlottenbourg, Schöneberg et Rixdorf, 973 charlatans, 3,260 médecins, soit une proportion de charlatans de 4.34 pour 10,000 habitants. Le nombre relatif des médecins et des *Kurpfuscher* varie naturellement; dans certains districts, ils sont presque égaux : par exemple, dans le *Regierungsbezirk* de Francfort-sur-l'Oder, on relève 294 médecins, 251 charlatans; enfin, pour toute la Prusse, il y avait, toujours en 1902 et d'après les chiffres officiels, 15,400 médecins et 4,104 *Kurpfuscher*; et, depuis lors, la progression ascendante du charlatanisme ne paraît pas s'être ralentie notablement.

C'est que, à côté des charlatans isolés, rebouteurs ou médicastres, une place considérable doit être faite aux « grandes exploitations » — qui ont leur publicité, leurs agences, leurs commis-voyageurs comme les meilleures maisons de commerce — et, en particulier, à la soi-disant médecine naturelle (*Naturheilkunde*).

La collection énorme de réclames qui figurent dans les premières sections de l'exposition, et leur classement, montrent, pour ainsi dire en action, ces diverses formes de charlatanisme. Ces réclames représentent tous les types connus : d'abord les annonces, qui, de fait, foisonnent dans un grand nombre de journaux allemands; signalons une série de 200 annonces de ce genre, recueillies dans le seul *Berliner Lokal-Anzeiger*, au cours des trois derniers mois de 1903; puis viennent les circulaires, les prospectus, les attestations de malades « guéris et reconnaissants », que sais-je? tous ces appeaux sans nombre, qui, par leur « exposition » et leurs similitudes, semblent plus grossiers encore. Quelques-unes de ces réclames ne laissent pas que d'être curieuses : tels les « appels au peuple de Francfort », *An meine lieben Frankfurter*, signés d'un certain Jacobi, qui sut attirer de la sorte 2,570 malades en huit mois. Quelques-unes de ces réclames prêtent à des poursuites, mais presque toujours le texte en est assez habilement conçu pour échapper à toute répression; les *Kurpfuscher* se gardent bien, en général, d'usurper le titre de médecin; de fait, ils n'en ont pas besoin : l'un d'eux signait crânement : *nicht approbirter Arzt*, ce qui équivaut à dire, en français : médecin sans diplôme. Un autre s'intitulait : « propriétaire d'une maison de santé pour les maladies rhumatismales, approuvée (*gewerblich bestätigter*) par le gouvernement royal ». Quant aux titres universitaires ou hospitaliers, on ne voit point les *Kurpfuscher* s'en affubler, comme en d'autres pays, où les conditions différentes de la législation et des mœurs exigent des procédés différents de réclame; il y a toute une comparaison fort intéressante à faire.

Ce n'est point, d'ailleurs, que des médecins et surtout des pharmaciens ne se rencontrent dans le *Kurpfuschertum;* on trouve, à l'ex-

position, un certain nombre d'ordonnances de charlatans connus, signées, pour la régularisation, par des médecins « hommes de paille », et aussi, d'assez nombreuses réclames de pharmaciens-charlatans. Et ces sortes de choses, hélas! ne sont pas neuves : ce qui est nouveau, peut-être, et utile, c'est de les « exposer ».

Un peu plus loin, nous arrivons à la collection des remèdes secrets et des appareils plus ou moins bizarres : c'est la partie amusante de l'exposition; elle vaudrait d'être tout à fait publique. Parmi tous ces liquides divers, ces pilules, ces poudres, il y a lieu de signaler la panacée d'un certain berger guérisseur des environs de Hambourg, qui établissait son « diagnostic » au vu des cheveux adressés sous enveloppe, et qui est devenu, à ce métier, gros propriétaire foncier. On trouve encore là plusieurs variétés « d'huile pour entendre » (*Gehöröl*), le sel gastrique universel, l'eau à électricité négative, etc. Laissons cela, mais signalons, tout à côté, le recueil du docteur en pharmacie Max von Waldheim, intitulé « Spécialités médicales », et contenant l'énumération de tous les remèdes secrets et spécialités connus jusqu'en 1896, avec leur composition.

Quelques « appareils » valent aussi une mention, par leur étrangeté : c'est, d'abord, exposé en bonne place, un audiphone invisible, provenant d'un Institut national de la surdité, à Paris; et puis, la croix de Volta, « brevetée en Angleterre, en France, en Belgique, au Canada, aux Indes »; les chaînes préservatrices de la goutte (*Gichtkette*), le masque antiépidémique, le suspensoir électrique, etc. Il faut remarquer que la plupart de ces bizarreries sont brevetées, et que ce brevet devient, pour les « inventeurs », un titre largement exploité.

De vieux livres de charlatans, exposés tout près, avec des amulettes, des fétiches, etc., émanant de l'Institut anthropologique de Breslau, montrent qu'il y aurait à faire toute une histoire du charlatanisme à travers les âges; à notre sens, une exposition qui comprendrait le plus grand nombre possible de ces appareils de guérisseurs, anciens et modernes, et qui serait ouverte au public, deviendrait une leçon de choses, plus efficace peut-être que bien d'autres moyens de lutte et de propagande.

Mais la question du charlatanisme s'élargit singulièrement avec la médecine naturelle; il ne s'agit plus, cette fois, de « praticiens » plus ou moins isolés; il y a là toutes les apparences d'une pseudo-doctrine, qui s'enseigne et se propage au grand jour. Le fameux abbé Kneipp a eu des émules et des successeurs, et l'on reste stupéfait à voir, exposée, toute l'immense « littérature » de la *Naturheilkunde*. Ce ne sont pas seulement des brochures, des feuilles volantes, des discours : ce sont de gros « Traités » en plusieurs volumes, enluminés de planches anatomiques, destinées à leur donner un cachet scientifique, et d'autres planches représentant les divers modes de « l'application de l'eau ». Tels, les « ouvrages » de Bilz — *Das neue Naturheilverfahren* (traduit en français) —, de Kühne, de Platen, et de tant d'autres. Et tout cela s'est vendu, et se vend. Une statistique extrêmement curieuse, dressée en 1901 par M. le docteur Reissig, en fournit la preuve : pour les divers traités et manuels de la « science nouvelle de guérir », de la « thérapeutique naturelle », le nombre d'exemplaires vendus pendant les quinze dernières années représentait une somme de quatorze millions de marcs (17,500,000 fr.); l'ouvrage de Bilz tient la tête dans ces tirages fantastiques, et les exemplaires vendus depuis 1886 dépassent le million; les diverses « œuvres » de Kneipp n'atteignent que le chiffre de 126,000 exemplaires : il est vrai que Kneipp est mort en 1897 et que le mouvement s'est, depuis lors, activement poursuivi. Ce n'est pas tout, et à côté des « livres de fond », avec les brochures, innombrables, il convient de mentionner les journaux du « parti », et surtout le principal organe, le *Naturarzt*, qui en est à sa trente-deuxième année, et qui compte 125,000 abonnés.

La propagande a d'autres moyens encore de s'exercer : elle se fait ouvertement, dans des réunions publiques, dans des conférences; et j'ai sous les yeux le texte d'une affiche très voyante, apposée il y a deux ans, sur les murs de Breslau, et qui annonce, pour le soir, une réunion publique contradictoire, *Diskussions-Abend*, sur le thème suivant : Médecine naturelle ou science médicale classique ? Qui a raison ? — Et l'exemple est loin d'être isolé : on a compté, en 1902, jusqu'à 3,056 discours ou conférences de ce genre.

Tout cela révèle une organisation complète, et, de fait, il existe toute une série d'associations, de *Vereine*, des adeptes de la médecine nouvelle, et en particulier le *Deutsche Verein der Naturärzte und Naturheilkundigen*, et le *Deutsche Bund der Vereine für Gesundheitspflege und arzneilose Heilweise*, autrement dit : l'Union allemande des associations pour le soin de la santé et le traitement sans médicaments. Or, ces associations font des élèves, annoncent des cours, et délivrent des « diplômes ».

Toute cette partie de l'exposition de Breslau est une des choses les plus étranges qui se puissent voir, et l'intérêt en est général, non seulement au point de vue philosophique, mais aussi parce que la médecine nouvelle ne se cantonne pas à l'Allemagne, et que ses « livres » se colportent bien au delà des frontières.

Il est donc très intéressant de connaître quelles mesures de défense ont été prises, par l'initiative publique et privée, contre une telle invasion du charlatanisme : tel est l'objet de la dernière section de l'exposition, à laquelle je passe tout de suite, en signalant seulement un certain nombre de documents ayant trait à la « médecine mystique », aux scientistes, et aux adeptes de mistress Mary Baker Eddy, qui ont aussi leurs associations et leur journal.

Bien entendu, il y a là toute une série de faits qui sont propres à l'Allemagne et en rapport avec l'état présent de sa législation, et sur lesquels nous n'insisterons pas; il est évident que la *Kurierfreiheit* est un anachronisme, qu'elle détonne dans le milieu allemand, si fortement organisé, et que le charlatanisme ne saurait être enrayé, sans une réforme préliminaire de la loi; il semble, d'ailleurs, que cette réforme ne soit pas si aisée à obtenir, car les *Kurpfuscher* de toute espèce comptent de puissants appuis, jusque sur les marches des trônes, dit-on. Mais on aurait tort de croire qu'un texte de loi suffise — et l'on en sait quelque chose en France, par exemple — pour supprimer le mal; encore faut-il que la loi soit appliquée, que l'application en soit provoquée, que la défense soit organisée; encore faudrait-il, pour obtenir mieux, qu'une action efficace fût exercée sur l'esprit public. C'est à ces divers points de vue que l'on peut trouver, à l'exposition de Breslau, quelques renseignements utiles.

Une des premières mesures qui aient été prises, en présence du charlatanisme croissant, a été la recherche des charlatans, l'établissement de statistiques, et les grandes enquêtes dont nous avons parlé; la Société pour la lutte contre le charlatanisme continue ces enquêtes : par ses soins, deux types de feuilles schématiques sont envoyés aux médecins, les unes ayant trait aux charlatans (nom et adresse, métier antérieur, « spécialité », condamnations antérieures), les autres aux remèdes secrets (nom de la drogue, sa composition, prix de vente, valeur réelle, nom du fabricant). Pareilles enquêtes pourraient donner, ailleurs, des résultats inattendus, et une base précise à des actions ultérieures. Cette Société pour la lutte contre le charlatanisme a été fondée en 1902; ce n'est pas la première, car, depuis 1880, il existe en Hollande une Société semblable, qui a pour organe le *Maandblad uitgegeven door de vereeniging tegen de kwakzalverij*, publié à Amsterdam; une autre Société est en voie de formation en Autriche. La Société allemande, qui a son siège à Berlin et pour président M. le docteur Siefart, paraît fort active, et l'Exposition organisée à Breslau, sous ses auspices, en témoigne. Rien d'efficace ne saurait être fait, dans cette lutte contre le charlatanisme, que par l'entente des médecins et la collaboration des associations médicales; or, l'on ne souffre pas également, à tous les degrés de ce qu'on est convenu d'appeler la hiérarchie médicale, de la concurrence des charlatans, et cela explique qu'il y ait, dans tous les pays, des égoïsmes indolents et de hautaines indifférences; pourtant la question est si grave qu'elle intéresse l'existence même de la profession médicale, honnête et libre, et, nulle part, la solidarité effective n'est plus nécessaire.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les applications hydro-électriques locales contre la névralgie faciale.

D'après l'expérience de M. le docteur A. Zimmern (de Paris), on obtiendrait d'excellents résultats, dans le traitement de la névralgie faciale, par des injections hydro-électriques pratiquées *loco dolenti*, à savoir dans la narine du côté malade ou dans le sillon jugo-gingival. Pour faire ces injections, on se sert d'un bock rempli de solution physiologique et relié par un tube en caoutchouc à une canule de verre. Un fil d'argent, fixé d'une part sur le bock à une borne en rapport avec le pôle positif, traverse d'autre part le tube en caoutchouc dans toute sa longueur et affleure à l'orifice de la canule. Celle-ci varie de forme suivant que l'on pratique les injections dans la narine ou dans le sillon jugo-gingival : dans le premier cas, elle est analogue aux canules dont on se sert pour les inhalations; dans l'autre, le bec est aplati, afin que le jet de liquide, s'élargissant en éventail, pénètre en lame dans le sillon jugo-gingival. On applique sur la nuque l'électrode négative, indifférente. Le courant utilisé peut varier de 5 à 10 milliampères; on le fait agir pendant une heure environ, en ayant soin de changer fréquemment la canule de place, de façon à éviter la production d'eschares.

Sous l'influence de ce traitement, notre confrère a vu complètement et définitivement disparaître, en trois ou quatre séances, des névralgies rebelles depuis plusieurs mois. Aussi estime-t-il que, du moins pour les formes légères, les applications hydro-électriques sont plus efficaces que les procédés externes.

Traitement du tétanos par les injections intraveineuses de solution physiologique.

L'efficacité des modes de traitement habituellement mis en œuvre contre le tétanos étant assez inconstante, M. le docteur V. S. Hodson, ancien médecin résident de l'hôpital Kasr-el-Aini du Caire, a eu l'idée de combattre cette affection par des injections intraveineuses de solution physiologique : après avoir retiré par la saignée du bras un demi-litre environ de sang, on pratique une injection massive de 2 litres de solution physiologique additionnée de 75 grammes d'eau-de-vie.

Dans les 3 cas où notre confrère a eu recours à ce procédé, il a noté une sédation très rapide des phénomènes spasmodiques. Le premier fait est relatif à un fellah égyptien, qui était atteint de trismus depuis douze jours et dont l'état allait en empirant malgré des injections répétées d'antitoxine spécifique; aussitôt après l'infusion intraveineuse, il s'établit une transpiration abondante; dès le lendemain, le trismus s'amendait considérablement pour disparaître au bout de quelques jours. La deuxième observation est en tout comparable à la précédente : le résultat final fut également favorable. Dans le troisième cas, où il s'agissait d'un tétanos aigu, survenu à la suite d'un broiement des membres inférieurs, on pratiqua des injections intraveineuses à deux reprises différentes; chaque fois on obtint une amélioration immédiate, mais celle-ci — probablement en raison du mauvais état général du sujet — ne fut que passagère et le blessé finit par succomber.

La position de Trendelenburg dans le placenta prævia.

Chez une secondipare ayant une hémorrhagie abondante par insertion vicieuse du placenta, un médecin américain, M. le docteur A. King, chirurgien du Maine General Hospital de Portland, a obtenu un excellent résultat en plaçant la parturiente dans la position de Trendelenburg, le bassin étant surélevé et le tronc incliné à 45°. Dans ces conditions, notre confrère put rapidement terminer l'accouchement par la version podalique, sans que la femme perdît plus d'une trentaine de grammes de sang. L'efficacité du procédé fut telle que M. King se propose de recourir désormais à la position de Trendelenburg d'une façon systématique, toutes les fois qu'il aura affaire à des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta.

REVUE CRITIQUE

Du rôle de quelques lymphagogues dans les œdèmes et les rétentions.

Les notions récemment acquises sur le rôle des chlorures dans la production des œdèmes ont fait faire à la pathogénie de cette question un pas décisif.

Les phénomènes de la régulation du sang, envisagés par MM. Achard, Lœper et Laubry au point de vue des échanges hydriques entre le sang et les tissus; le rôle direct des chlorures dans la formation des œdèmes, mis pour la première fois hors de doute par MM. Widal, Lemierre et Javal, nous ont prouvé que la cause prochaine des œdèmes, et particulièrement des grands œdèmes brightiques, était la rétention chlorurée.

L'importance de cette rétention ne saurait donc plus être mise en discussion. Le problème qui se pose aujourd'hui est celui de savoir pourquoi l'organisme retient les chlorures.

I

Deux hypothèses sont actuellement proposées pour expliquer la rétention chlorurée. Dans la première, on estime que le rein est imperméable, et plus spécialement imperméable aux chlorures; dans la seconde, on suppose qu'il se forme, dans l'organisme malade, des substances anormales qui attirent directement les chlorures dans les tissus. La première est la théorie de l'imperméabilité rénale, de l'œdème passif; la seconde est la théorie de l'œdème actif, la théorie « lymphagogue » des Allemands, parce que les substances chlorurophiles mises en cause seraient des lymphagogues.

Où est la vérité, et même n'y a-t-il pas entre ces deux théories antithétiques place pour une troisième théorie synthétique, où l'on admettrait à la fois une imperméabilité rénale et une action attractive des substances toxiques retenues dans l'organisme, l'imperméabilité relative du rein aggravant l'action des substances toxiques en les accumulant dans l'organisme? Si l'on veut étudier ce problème à propos du mal de Bright, la difficulté est extrême, parce que le brightique est à la fois un malade dont le rein est altéré et un malade dont les tissus sont intoxiqués (du moins selon l'opinion classique). Or, nous savons que l'imperméabilité rénale suffit à elle seule pour causer des œdèmes, l'expérience le démontre; d'autre part, l'intoxication de l'organisme est également capable, à elle seule, d'attirer l'eau dans les tissus, nous nous efforcerons de le prouver dans la suite de cet article. Comment faire alors, chez le brightique, un juste départ entre l'élément rénal et l'élément d'intoxication (1)?

Heureusement, à côté des œdèmes et des rétentions des brightiques, nous connaissons un très grand nombre d'œdèmes et de rétentions où certainement l'élément rénal entre peu ou point en jeu.

Dans les maladies fébriles cycliques, où l'anatomie du rein est à peine touchée, la rétention semble bien plutôt le fait de l'intoxication de l'organisme, et la diurèse critique le résultat de la cessation de la production des toxines, ou celui de leur neutralisation.

Dans les épanchements inflammatoires, les pleurésies, les ascites, les hydarthroses infectieuses, le rein n'est guère atteint, et il faut bien expliquer un accident purement local par une cause toute locale qui, dans l'espèce, ne saurait être qu'une diffusion locale de toxines.

Dans les phlegmons, le rôle local des toxines est également des plus nets.

Si donc, dans certaines maladies, on peut, en quelque mesure, invoquer l'imperméabilité rénale comme cause des œdèmes, il existe incontestablement, à côté du facteur rénal, un autre facteur d'œdème et de rétention de première importance, et ce facteur est l'imprégnation toxique de l'organisme. C'est ce dernier facteur que nous nous proposons d'étudier ici.

II

C'est une des œuvres les plus importantes de Heidenhain (1) d'avoir divisé les substances qui agissent sur la composition du sang en deux catégories complètement tranchées. Toutes ces substances, il les a appelées lymphagogues, car, agissant sur le sang, elles agissent aussi forcément sur la lymphe. Le mot même de lymphagogue montre assez que la principale propriété que Heidenhain étudiait en elles était l'action produite sur la lymphe, plus encore que l'action produite sur le sang, et que cette action était surtout l'activation de la sécrétion lymphatique. Il n'en est pas moins résulté de ces recherches que les effets les plus remarquables des lymphagogues introduits dans le sang sont relatifs au sang et non à la lymphe; et, cette remarque faite, il n'y a nul inconvénient à employer, pour désigner les substances que nous allons étudier, le mot de lymphagogues qui est d'un usage classique.

Tous les lymphagogues augmentent donc la sécrétion lymphatique, c'est là leur point commun; mais tandis que les uns rendent le sang incoagulable ou moins coagulable, concentrent intensivement ce liquide et par conséquent hydratent les tissus, abaissent plus ou moins la tension artérielle, sont généralement toxiques et font disparaître presque complètement les globules blancs dans le sang et en grande partie dans le système lymphatique, les autres, au contraire, ne modifient pas la coagulabilité du sang, ne concentrent pas ce liquide, n'abaissent pas la tension artérielle, sont la plupart peu toxiques et restent sans influence sur le régime des globules blancs. Les premiers de ces lymphagogues, Heidenhain les appelle *lymphagogues de première catégorie*, par opposition aux seconds, qu'il qualifie de *lymphagogues de deuxième catégorie*. Or, que voyons-nous figurer dans l'un et l'autre groupe? Dans le premier, uniquement des *albuminoïdes toxiques :* muscle d'écrevisse, tête de sangsue, corps de mollusques, intestin et foie de chien, extrait d'oursin, extrait de fraises, peptones et albumines impures, nucléines, et toutes les toxines microbiennes ; bref, une série de corps dont font partie les substances mises en cause dans les hydropisies et œdèmes inflammatoires, dans les rétentions des affections aiguës et peut-être dans certaines maladies par auto-intoxication.

Toutes nos maladies à rétentions, toutes nos affections à hydropisies inflammatoires, tous nos œdèmes locaux par suppuration microbienne sont autant d'affections qui comportent vraisemblablement une imprégnation par lymphagogues de première catégorie.

Dans la seconde catégorie des lymphagogues de Heidenhain, au contraire, nous trouvons uniquement des *cristalloïdes* ordinaires : chlorures divers, phosphates, sulfates, urée, etc., c'est-à-dire des substances que l'organisme retient à des degrés variables lorsqu'il est imprégné par les premières. Et déjà nous pouvons conclure de ce simple exposé que les lymphagogues de deuxième catégorie pourraient bien être, dans la pathologie, comme de simples satellites de ceux de première catégorie.

Deux autres antithèses s'imposent encore, aujourd'hui que nous connaissons mieux la question des toxines et des forces osmotiques : c'est que les albuminoïdes toxiques, qui agissent ici *d'une façon intense à l'état de traces* sont tous des substances de pouvoir osmotique quasi nul, dont l'action est donc forcément sécrétoire, tandis que les cristalloïdes ordinaires, qui n'agissent que proportionnellement à leur masse et qu'à la condition que leur masse soit imposante, sont tous des substances de fort pouvoir osmotique, qui interviennent probablement par dialyse ou osmose, c'est-à-dire d'une façon surtout mécanique.

Et maintenant, par quelles déductions pouvons-nous inférer, des caractères que nous avons reconnus aux divers lymphagogues, que certains phénomènes de rétention ou d'œdème que nous observons peuvent être le fait d'une attraction active et directe de l'eau par les tissus intoxiqués?

Une des plus anciennes expériences où soit signalée la diffusion du sérum sanguin hors des vaisseaux, sous l'influence des substances toxiques, est l'expérience de la grenouille curarisée de Cohnheim. Après avoir étalé avec précaution, sur la platine du microscope, le mésentère d'une grenouille curarisée, cet auteur observe :

1° Au bout de quinze à vingt minutes, les artères afférentes de l'intestin se dilatent considérablement, puis les veines, enfin les capillaires, ceux-ci modérément;

2° A ce stade de vaso-dilatation succède un stade de margination des globules blancs ; les leucocytes du torrent circulatoire forment, sur la tunique interne des vaisseaux, une gaine très épaisse;

3° Enfin, on voit les leucocytes, animés de mouvements amiboïdes, quitter en grand nombre la lumière du vaisseau pour se répandre tout autour de lui à l'extérieur, en même temps que se fait une transsudation de plasma.

Il y a donc, dans cette expérience, une véritable esquisse d'œdème avec exode des globules blancs en dehors des vaisseaux.

Depuis lors, cette question de l'œdème a été maintes fois reprise. Mais la plupart des auteurs ont surtout envisagé le point de savoir si, dans ces œdèmes expérimentaux, l'élément essentiel était une vaso-dilatation avec transsudation passive du sérum ou, au contraire, une sécrétion active de l'épithélium vasculaire. Sous l'empire des idées — régnantes alors — de Ludwig, la théorie mécaniciste prédomina jusque vers 1890. C'est à ce moment que Heidenhain, dans une série de mémoires considérables, s'efforça de démontrer que la sécrétion de la lymphe était, dans une large mesure, indépendante des phénomènes vasomoteurs. C'est dans ces mémoires également qu'il établit l'effet œdémisant d'un très grand nombre de substances albuminoïdes toxiques (lymphagogues de première catégorie).

Ultérieurement, de multiples recherches ont été exécutées de divers côtés, concernant les modifications du sang sous l'influence des lymphagogues. L'idée d'interpréter ces modifications du sang comme preuves d'un œdème actif est souvent absente de ces travaux, entrepris à des fins d'ordinaire différentes. Il n'en constituent pas moins, par leurs résultats, de précieux do-

(1) Parmi les plus importants travaux consacrés à cette question, nous citerons :

R. von Limbeck. Zur Lehre von der Wirkung der Salze. 4. Mitteilung : Ueber die diuretische Wirkung der Salze. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1888, XXV, 1, p. 69.)

H. Dreser. Ueber die Diurese und ihre Beeinflussung durch pharmakologische Mittel. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1892, XXIX, 5-6, p. 303.)

J. Marischler. Ueber den Einfluss des Chlornatriums auf die Ausscheidung der kranken Niere. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1901, VII, p. 332.)

Widal et Lemierre. Pathogénie de certains œdèmes brightiques; action du chlorure de sodium ingéré. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 12 juin 1903, p. 678, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 199.)

F. Widal et A. Javal. La cure de déchloruration; son action sur l'œdème, sur l'hydratation et sur l'albuminurie à certaines périodes de la néphrite épithéliale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 26 juin 1903, p. 733, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 219.)

Ch. Achard. Rétention des chlorures et pathogénie de l'œdème. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 31 juillet 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 259.)

L. Bernard. La perméabilité rénale dans les néphrites chroniques. (*Rev. de méd.*, nov. et déc. 1903.)

(1) R. Heidenhain. Versuche und Fragen zur Lehre von der Lymphbildung. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1891, XLIX, 5-6, p. 209-301.) — Neue Versuche über die Aufsaugung im Dünndarm. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1894, LVI, 10-12, p. 579-631.)

cuments en faveur de l'œdème actif par les lymphagogues.

M. Löwit (1), en 1892, M. Wright (2), en 1893, étudient surtout l'hypoleucocytose à la suite de l'injection de peptone.

MM. Athanasiu et Carvallo (3), quelques années plus tard, montrent qu'à la suite d'une injection de 0 gr. 20 centigr. de peptone par kilo d'animal il y a une hypoleucocytose marquée et que les globules blancs ne sont pas altérés par la peptone *in vitro*. Puis ils étudient (4) comparativement la lymphe et le sang après ces injections: ils constatent que le nombre des globules rouges du sang augmente et que celui des globules blancs diminue énormément. De même, dans la lymphe, il y a hyperglobulie rouge et hypoleucocytose.

MM. Gley et Camus (5) signalent, à leur tour, l'hyperglobulie progressive à la suite des injections de peptone. Ces auteurs, en présence de la concentration intense du sang qui se produit, se demandent même si cette diminution du volume du sang ne serait pas un des éléments de l'hypotension artérielle observée dans ces cas. Ils concluent, d'ailleurs, par la négative.

MM. Charrin, Athanasiu et Carvallo (6), dans des expériences sur la toxine pyocyanique, notent encore l'hyperglobulie rouge et l'hypoleucocytose et pensent que cette concentration du sang pourrait bien être la preuve directe d'un œdème par action de la toxine pyocyanique sur l'organisme.

M. Fiquet, dans plusieurs mémoires importants qu'il a résumés dans sa thèse (7), ajoute à ces diverses notions un fait de première importance. Il démontre que la plupart des effets attribués à la peptone ne sont pas dus à cette substance, mais à des toxalbumines qui se trouvent mêlées à elle dans les peptones du commerce: la peptone pure n'est pas toxique, ne rend pas le sang incoagulable. Il n'a pas été institué d'expérience sur le point de savoir si l'extrême concentration du sang, à la suite des injections de peptone, ne serait pas due à ces mêmes toxalbumines. Si ce fait était établi, on se trouverait donc en présence de substances capables de provoquer, à des doses presque impondérables, un œdème général des tissus; tout porte à croire à la probabilité de ce fait, car on sait, d'autre part, que les extraits d'organes jouissent, à doses même minimes, d'un haut pouvoir concentrateur du sang.

Avec M. Beaujard (8), nous avons, de notre côté, étudié la question des modifications du sang par l'extrait de sangsue et surtout par les peptones. Nous avons pu constater que, sous l'influence de ces substances, il se produit réellement une concentration du sang, décelable par l'examen du résidu sec et par la numération des globules. Cette concentration correspond à une hydratation des tissus, car elle survient même après ligature des uretères, et, d'autre part, la sécrétion salivaire n'est pas augmentée. Elle commence très vite: appréciable au bout de dix minutes, elle progresse souvent durant une heure et atteint un degré considérable. Enfin, elle a lieu malgré des injections hypertoniques intraveineuses de sel marin, injections dont l'effet bien connu est de diluer le sang.

Nous pourrions citer encore sur cette question de la théorie lymphagogue des œdèmes bien des travaux. Malheureusement, un assez grand nombre d'entre eux sont inutilisables pour notre thèse. En effet, beaucoup d'auteurs qui admettent que l'œdème est dû à une concentration du sang par des substances toxiques, se sont contentés de rechercher si, à la suite de l'injection de ces substances toxiques, l'écoulement de la lymphe était accéléré. Or, l'accélération du cours de la lymphe ne saurait constituer une preuve de la concentration du sang: tous les cristalloïdes accélèrent le cours de la lymphe, aucun d'eux ne concentre le sang.

C'est une objection de ce genre que l'on peut adresser à M. Hamburger (1). Cet auteur injecte dans le sang de jeunes veaux du liquide d'ascite, puis des cultures d'un microbe trouvé dans une ascite, et conclut de l'exagération du cours de la lymphe à une action hydropigène de ces substances.

(1) Löwit. Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe. Iéna, 1892.

(2) A. E. Wright. On the leucocytes of peptone and other varieties of liquid extravascular blood. (*Proceed. of the Royal Soc. of London*, séance du 9 fév. 1893, LII, p. 564.)

(3) J. Athanasiu et J. Carvallo. L'action de la peptone sur les globules blancs du sang. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 21 mars 1896, p. 328.)

(4) J. Athanasiu et J. Carvallo. Effets des injections de peptone sur la constitution morphologique de la lymphe. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 11 juillet 1896, p. 769.)

(5) Gley et Camus. De l'action anticoagulante de la peptone. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 20 juin 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 254.)

(6) Charrin, Athanasiu et Carvallo. Action des toxines sur la lymphe. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 25 juillet 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 294.)

(7) Fiquet. Contribution à l'étude des dérivés protéiques des albuminoïdes naturels. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(8) Ambard et Beaujard. Action de quelques lymphagogues dans la pathogénie des œdèmes. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 11 juin 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 190.)

III

Si tout le monde reconnaît aujourd'hui qu'un nombre considérable de substances toxiques sont capables d'œdémiser les tissus, l'accord est au contraire loin d'être établi sur le mécanisme interne de ces œdèmes. Dans l'interprétation de ces œdèmes expérimentaux surgit à nouveau la vieille querelle entre « mécanicistes » et « sécréteurs ». Pour les premiers, dont Ludwig a été le plus brillant représentant, si le sérum diffuse à travers les capillaires, c'est par un phénomène purement mécanique, et ce phénomène mécanique a sa raison d'être dans la vasodilatation que comportent la plupart des intoxications par substances albuminoïdes toxiques. Le type de ces transsudations, où l'on pourrait invoquer la vasodilatation, c'est celle qui survient consécutivement à l'injection de curare, dans la célèbre expérience de Cohnheim: on y voit nettement la transsudation succéder à la vasodilatation. Après les injections de peptone, où il y a des concentrations considérables du sang, il y a aussi des chutes notables de pression artérielle, impliquant une vasodilatation.

A cette opinion, il est possible de répondre cependant par plusieurs arguments. Dans l'intoxication par la toxine pyocyanique, la concentration du sang est intense (2); or, la toxine pyocyanique fait exception à la loi générale de l'hypotension par les substances toxiques: MM. Charrin et Gley (3) ont démontré, dès 1890, que l'injection de toxine pyocyanique n'abaisse pas la tension artérielle chez le lapin et semble même l'élever légèrement; il y a plus: cette toxine prémunit l'organisme contre l'hypotension due à l'excitation du grand nerf dépresseur de Cyon. Voilà donc une substance qui œdémise sans hypotension.

D'autre part, cliniquement, ne savons-nous pas que dans le mal de Bright l'œdème et l'hypertension marchent souvent de pair? M. von Basch (4) note, chez ses malades de Wiesbaden, que l'eau sulfatée, lorsqu'elle augmente l'œdème des cardioscléreux, provoque en même temps une élévation de tension artérielle.

(1) H. J. Hamburger. Osmotischer Druck und Ionenlehre in den medicinischen Wissenschaften. II. Band: Circulirendes Blut; Lymphbildung; Hydrops; Resorption; Harn und sonstige Secrete; electrochemische Aciditätsbestimmung; Reactionsverlauf. Wiesbaden, 1904.

(2) Charrin, Athanasiu et Carvallo. (*Loc. cit.*)

(3) A. Charrin et E. Gley. Recherches expérimentales sur l'action des produits sécrétés par le bacille pyocyanique sur le système nerveux vasomoteur; déductions pathologiques. (*Arch. de physiol.*, oct. 1890, p. 724.)

(4) S. von Basch. Die Herzkrankheiten bei Arteriosclerose, p. 74. Berlin, 1901.

Avec M. Beaujard, nous avons démontré également que, dans les néphrites interstitielles, quand l'œdème s'accroît, la pression s'élève aussi du même coup, et que l'œdème des brightiques s'accompagne, au moins *initialement*, d'une élévation de pression bien plus souvent que d'un abaissement.

Nous ne saurions donc considérer le phénomène essentiel de l'œdème comme un phénomène mécanique de transsudation consécutive à une vasodilatation. Or, si l'on n'admet pas que l'œdème est fonction de vasodilatation, on ne saurait faire différemment que d'y voir le résultat d'une transsudation active, indépendante de tout phénomène vasomoteur.

Tel était le premier point à préciser pour montrer de quelle façon on doit interpréter ces phénomènes d'œdème par lymphagogues.

Il en est un second qu'il n'importe pas moins d'envisager pour avoir une idée adéquate de ces mêmes phénomènes.

Nous avons vu que tous ces processus de concentration du sang et d'œdémisation des tissus se faisaient indépendamment de l'introduction de toute substance osmotique dans les tissus, car les albuminoïdes toxiques ont un pouvoir osmotique quasi nul. Bien plus, nous avons vu que ces phénomènes pouvaient naître malgré l'introduction dans le sang de substances cristalloïdes, dont l'effet immédiat est l'antithèse de l'œdème, à savoir la dilution du sang. Ces œdèmes par lymphagogues échappent donc complètement aux lois de la régulation de l'équilibre moléculaire des humeurs. Si cette régulation entrait ici en cause, nous devrions observer une dilution du sang; or, c'est l'inverse qui se passe. L'osmose perd, en pareille occurrence, tout droit à un rôle pathogénique.

IV

Il s'agit donc bien, dans les œdèmes toxiques, d'un phénomène sécrétoire, indépendant des phénomènes osmotiques. Nous ne saurions aller plus loin en ne nous appuyant que sur les faits expérimentaux.

Il convient par conséquent d'étudier maintenant en quoi les phénomènes cliniques sont explicables par un mécanisme analogue, et quels documents nouveaux ils nous apportent sur ce point.

Les œdèmes qui s'expliquent certainement le mieux par l'action des lymphagogues de première catégorie sont les œdèmes locaux. Nous connaissons la singulière propriété qu'ont ces substances d'attirer dans les tissus l'eau du sang. N'est-il pas tout à fait satisfaisant d'admettre que, dans une infection localisée, les toxines — sécrétées dans une séreuse ou dans le tissu cellulaire, par exemple — attireront à ce niveau, hors du système circulatoire, de l'eau, des sels et un peu de substance albuminoïde? L'imprégnation des tissus par les lymphagogues est ici locale, l'œdème restera local. La quantité de sérosité attirée par ces agents ne doit pas nous étonner, car nous savons ce qu'ils peuvent faire, même dans la circulation générale. Ainsi, ces épanchements articulaires, pleuraux ou viscéraux, que les théories de l'osmose ont tant de peine à mal expliquer, se comprennent de la façon la plus simple qui soit, par la théorie des toxines. Si la période d'afflux de ces épanchements se conçoit bien, celle de reflux ne devient pas moins claire; car il est tout aussi naturel d'admettre que, si une toxine non neutralisée attire de l'eau et des sels, une toxine neutralisée perd, au contraire, ces mêmes propriétés, et la résorption se fera alors spontanément. Il n'est donc plus besoin de faire appel à la perméabilité des séreuses, à leur imperméabilité.

Les rétentions des maladies infectieuses cycliques s'accommodent pareillement bien de la même théorie. Tant que l'organisme est saturé de toxines non neutralisées, il doit retenir; dès que la source des toxines est tarie et que

ces toxines sont neutralisées, l'expérience nous montre qu'il n'y a plus de motif de rétention; c'est cette hypothèse, en somme, qui a été développée tout récemment par MM. Gilbert et Carnot (1).

Pourrait-on expliquer d'une façon analogue les rétentions des brightiques? Il nous semble difficile de ne pas faire, dans ces rétentions, une large part au rein. Mais, cette question réservée, il est parfaitement légitime d'admettre que les substances toxiques retenues dans l'organisme aggravent, par leurs propriétés hydropigènes, l'effet de l'altération rénale.

C'est une hypothèse mixte de ce genre que M. Achard et ses élèves ont édifiée pour expliquer quelques rétentions de chlorures chez les brightiques et les pyrétiques. Cependant, nous ne saurions souscrire aux affirmations de ces auteurs, lorsque, comme substance capable d'attirer les chlorures, ils invoquent l'urée. Cette question est trop importante pour que nous ne la discutions pas un peu plus longuement.

L'urée est un cristalloïde, l'expérience nous apprend qu'il en a tous les effets sur le sang; qu'en injection hypertonique intraveineuse il dilue le sang comme tout cristalloïde, et qu'il ne jouit d'aucune capacité d'œdémiser immédiatement les tissus. *A priori*, nous répugnerions donc à conférer à l'urée un pouvoir que ne possède aucun autre cristalloïde et que possèdent uniquement les albuminoïdes toxiques. MM. Achard et Gaillard (2) font état, il est vrai, d'une expérience personnelle et spéciale, à savoir que l'urée déposée sur le péritoine d'un cobaye y attire non seulement de l'eau, mais du sel. Est-ce bien là une propriété spéciale à l'urée? Nombre d'auteurs ont démontré que lorsque deux cristalloïdes sont séparés par une membrane, il y a passage des deux substances à travers la membrane dans l'un et l'autre sens, si bien que de chaque côté on trouve un mélange des deux cristalloïdes.

MM. Achard et Paisseau (3) font appel, d'autre part, à des faits cliniques. Dans les pyrexies, il y a en même temps que rétention de chlorures rétention d'urée; chez les brightiques, il y a parfois, en même temps qu'une rétention de chlorures, une petite rétention d'urée; dans les crises polyuriques, l'azoturie précède souvent la chlorurie. Ces auteurs en concluent que l'azotémie commande la chlorurémie.

Les faits relatés par eux suffisent-ils à justifier cette hypothèse? Il nous semble qu'ils sont tout au moins susceptibles d'une autre explication, à savoir que l'urée peut être, dans certains cas, retenue dans l'organisme comme tous les cristalloïdes, et en particulier le sel, sans que pour cela la rétention de ce dernier nécessite la rétention préalable de l'urée.

Physiologiquement, nous voyons que l'urée et les chlorures agissent sur le sang de la même façon, comme l'a démontré Heidenhain. Pourquoi devrions-nous, dans les cas pathologiques, conférer à l'une de ces substances des propriétés qu'elle n'a à nul degré dans les expériences physiologiques?

Au total, la coexistence des rétentions chlorurée et uréique, sur laquelle M. Achard et ses élèves ont insisté, est un fait certainement intéressant, mais dont il ne nous paraît pas légitime de déduire que l'une de ces rétentions soit la cause efficiente de l'autre; à notre avis, elles sont toutes deux fonction de l'intoxication de l'organisme par des substances appartenant au groupe des lymphagogues de première catégorie de Heidenhain.

Est-il enfin possible d'expliquer par l'action des lymphagogues l'œdème des cardiaques? L'œdème par asystolie, nous le savons, semble *a priori* le triomphe de la théorie mécaniciste, car il paraît tout d'abord bien facile et bien naturel de l'interpréter comme un phénomène de stase, comme un pur phénomène de dyshydraulique. Aucune explication mécanique cependant n'a rendu compte de l'œdème cardiaque d'une façon satisfaisante. On invoque souvent l'hypotension artérielle, mais il y a bien des maladies où la tension est trop basse et qui ne s'accompagnent pourtant pas d'œdème. On fait intervenir encore la stase : ne sait-on pas combien, expérimentalement, par stase veineuse, ou mieux encore par pléthore veineuse, on obtient difficilement de l'œdème (1)?

L'œdème par asystolie est-il mieux explicable par la théorie inverse? M. Hamburger n'hésite pas à le croire; il a trouvé, chez les cardiaques, des lymphagogues très actifs dans la lymphe des tissus : cette lymphe étant mal drainée, en raison des troubles circulatoires, jouirait d'un pouvoir œdémisant considérable. M. Lépine (2) a jadis invoqué une théorie semblable.

V

En nous fondant sur les faits que nous venons d'envisager, relativement à la formation des œdèmes, peut-être nous sera-t-il possible de formuler quelques hypothèses sur leur destruction par la digitale et la théobromine.

L'action de la digitale et de la théobromine sur les œdèmes s'énonce classiquement en une proposition très simple : la digitale fait uriner en agissant sur le cœur; la théobromine fait uriner en agissant sur le rein. Examinons successivement ces deux affirmations.

La digitale serait essentiellement un médicament cardiaque, parce qu'elle relève la tonicité du cœur et des capillaires, et comme, expérimentalement, ces faits sont nettement prouvés, on en conclut que la diurèse qui leur est consécutive leur est également subordonnée.

Nous ne saurions, pour plusieurs raisons, nous ranger à cette interprétation classique des phénomènes.

D'abord le relèvement de la tension artérielle, sous l'influence de la médication digitalique chez l'homme, est rien moins qu'établi.

Expérimentalement, ce relèvement, à la suite de l'injection d'infusions de digitale ou de l'injection de digitaline, ne se produit qu'à des doses considérables. Grützner (3) injecte à un chien (dont malheureusement il ne nous indique pas le poids) une infusion de 0 gr. 50 centigr. de feuilles de digitale : il n'obtient aucune modification de la tension artérielle; il faut injecter l'infusion de 1 gr. 50 centigr. de feuilles pour voir survenir une hypertension nette.

De son côté, M. François Franck (4), dont les travaux sur la digitale sont classiques, a bien montré que l'effet cardio-vasculo-tonique de ce médicament, ne se révélait qu'avec des doses élevées. Les doses les plus faibles qui, d'après cet auteur, produiraient une modification de la tension artérielle, sont en général de 0 gr. 002 à 0 gr. 003 milligr. de digitaline pour des chiens d'environ 20 kilos, et il est intéressant de remarquer que l'élévation de la pression artérielle est, dans une certaine mesure, proportionnelle à la dose injectée.

Nous avons, pour notre part, observé que 0 gr. 001 milligramme de digitaline cristallisée en solution, injectée à des chiens de 12 à 15 kilos, n'agissait pas sur la tension.

De ces faits absolument concordants, il résulte que, pour obtenir des modifications appréciables de la tension artérielle, il faut injecter à des animaux des doses qui correspondent au moins à 0 gr. 006 milligr. de digitaline pour un homme de 60 kilos, c'est-à-dire de 3 à 6 fois la dose thérapeutique.

D'autre part, et c'est là le point important, on sait que l'hypertension produite par la digitale est passagère et disparaît pratiquement au bout de deux ou trois heures.

Or, expérimentalement, si nous envisageons les rapports de la diurèse et de l'hypertension, nous voyons que, durant la période d'hypertension, la diurèse s'arrête et qu'elle ne reprend que lorsque l'hypertension a disparu. Cette particularité n'est guère de nature à nous faire mettre la diurèse digitalique sur le compte d'une action cardio-vasculaire.

Si nous envisageons maintenant les faits cliniques invoqués en faveur de la théorie de la diurèse digitalique par action toni-cardiaque, nous constatons qu'ils sont encore beaucoup moins démonstratifs. Toutes les fois que chez des cardiaques on observe des modifications de la tension artérielle, on voit que celles-ci sont consécutives à la diurèse. Il est connu, en effet, que la digitale fait uriner les asystoliques avec gros œdèmes, et qu'à la suite de cette diurèse, qui amène une déplétion du système vasculaire, la tension se relève : la pression artérielle s'est-elle relevée parce qu'on a administré de la digitale, ou bien parce qu'à la suite de la médication digitalique le malade a uriné? Tout le litige est là. Or, il nous semble que les faits sont nettement en faveur de cette dernière hypothèse; rien n'est mieux établi, cliniquement et expérimentalement, que le relèvement de la pression artérielle après une légère déplétion du système circulatoire : si donc la digitale relève la pression des asystoliques, c'est en les faisant d'abord uriner, en leur causant une vraie saignée séreuse.

Ce qui prouve encore mieux le peu d'action directe de la digitale sur le cœur, c'est l'exemple des brightiques. La digitale, on le sait, n'est pas, en général, un bon diurétique chez les brightiques, ce qui n'empêche qu'assez souvent elle les fait uriner comme la théobromine. Or, quand la digitale produit ainsi de la diurèse chez les brightiques, nous voyons la pression artérielle baisser : Potain (1) en rapporte plusieurs exemples, et notamment celui d'un malade qui, à la suite de l'ingestion de 0 gr. 002 milligrammes de digitaline, eut une diurèse extrêmement abondante, au cours de laquelle sa pression artérielle tomba progressivement de 27 centimètres de mercure à 16 centimètres. Voilà donc un exemple d'un médicament cardiotonique qui abaisse la pression artérielle (2).

En somme, quelque fait qu'on examine en clinique, on en arrive à cette conclusion que la digitale n'agit directement que fort peu sur le cœur : lorsqu'elle semble agir sur cet organe, c'est indirectement, c'est par l'intermédiaire de la dépuration urinaire qu'elle active. La digitale paraît donc être avant tout un médicament diurétique, et secondairement seulement un médicament cardiaque. Le cœur dans tout ceci, ainsi que l'admet M. Huchard, est bien plus souvent entraîné qu'entraîneur.

A la digitale « médicament cardiaque », on oppose la théobromine « médicament rénal ». Cette expression veut aussi qu'on la discute.

Le mot de rénal appliqué à la théobromine a un grave inconvénient, c'est qu'il implique

(1) Gilbert et Carnot. Action du chlorure de sodium sur le pneumocoque et l'infection pneumococcique; signification de la rétention des chlorures dans la pneumonie. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 4 juin 1904, p. 925.)

(2) Achard et Gaillard. Rétention locale des chlorures à la suite des injections de diverses substances. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 24 oct. 1903, p. 1189, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 355.)

(3) Achard et Paisseau. La rétention de l'urée dans l'organisme malade. (*Semaine Médicale*, 1904, p. 209-214.)

(1) R. Magnus. Ueber die Entstehung der Hautödeme bei experimenteller hydrämischer Plethora. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1899, XLII, 2-4, p. 250.)

(2) R. Lépine. Traitement des hydropisies cardiaques. (*Semaine Médicale*, 1893, p. 69.)

(3) P. Grützner. Beiträge zur Physiologie der Harnsecretion. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, 1875, XI, p. 370.)

(4) F. Franck, *in* « Clinique médicale de la Charité » de Potain. Paris, 1894.

(1) C. Potain. La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique. Paris, 1902.

(2) Avec M. Beaujard (*Arch. gén. de méd.*, 1er mars 1904), nous nous sommes efforcés de démontrer que les modifications de la tension artérielle sont la plupart du temps en rapport étroit avec les variations de la diurèse.

toute une théorie et que cette théorie fait justement l'objet d'ardentes discussions. L'épithète « rénal » signifie que la théobromine fait uriner en levant un obstacle qui a son siège unique dans le rein. Elle est peut-être légitime, mais sa légitimité n'est pas encore démontrée. Pour notre part, nous devons avouer que nous ne sommes guère enclin à l'accepter : il nous semble que diurèse digitalique et diurèse théobromique sont des diurèses de même ordre, et voici comment nous serions tenté d'expliquer leur action :

Nous avons vu qu'il y a des substances albumino-toxiques, non cristalloïdes, qui agissent puissamment sur le sang, en le concentrant et en faisant passer la sérosité sanguine dans les tissus. Pourquoi ne rangerait-on pas la digitale et la théobromine dans un troisième groupe de substances lymphagogues, ayant cette propriété d'attirer, en dehors de toute action osmotique (absolument comme le font les lymphagogues de première catégorie), l'eau des tissus vers le sang et de provoquer secondairement la diurèse? Ces diurétiques joueraient le rôle, si l'on veut, d'anticorps par rapport aux lymphagogues de première catégorie, soit en neutralisant directement ces derniers (théobromine), soit en provoquant dans l'organisme la formation de substances neutralisantes (digitale).

Telles sont les raisons qui portent à penser que, pour si importants que soient les phénomènes physico-chimiques dans la régulation moléculaire des humeurs, ces phénomènes n'entreraient cependant en jeu qu'à l'occasion d'autres phénomènes d'un ordre tout différent : des phénomènes sécrétoires, et que ce seraient ces derniers qui commanderaient pour ainsi dire le mouvement, qui orienteraient vers la rétention ou l'élimination des sels causant à leur tour des courants osmotiques : hypothèse qui s'efforce en somme d'expliquer surtout le mouvement, alors que l'osmose et la diffusion expliquent surtout l'état d'équilibre et le repos.

L. AMBARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

BULLETIN

La médecine et le don littéraire.

Il y a quelques semaines, mourait à Badenweiler, dans la forêt Noire, où il était venu dans l'espoir de réparer sa santé fortement ébranlée par une tuberculose pulmonaire, un grand écrivain russe, Anton Pavlovitch Tchekhov. Mort à l'âge où d'aucuns commencent à peine à entrevoir le succès (il n'avait que quarante-quatre ans), il avait su, depuis de longues années, s'imposer au public, ce qui n'est pas chose facile dans un pays qui compte, au nombre de ses gloires littéraires, des écrivains comme Tourguénev, Dostoïevsky ou Tolstoï. Celui-ci mis à part, on peut dire que Tchekhov tenait le premier rang parmi les littérateurs de la Russie contemporaine. De nombreuses traductions l'avaient aussi fait connaître à l'étranger, et, il y a deux ans environ, M. Melchior de Voguë lui consacrait une longue étude dans la *Revue des Deux Mondes*. Or, ce romancier et dramaturge au talent « souple et prodigieusement fécond » appartenait à la fois au monde littéraire et au corps médical : il avait fait ses études à la Faculté de médecine de Moscou, où il fut reçu médecin en 1884, et, huit ans après, lors de la grande épidémie de choléra, il n'hésita pas à abandonner ses travaux littéraires pour aller prendre une part active à la lutte contre le fléau.

Il s'en faut que le cas de Tchekhov soit unique en son genre, et il nous suffira de rappeler les noms de Rabelais et de Schiller pour montrer que l'écrivain russe a eu d'illustres prédécesseurs dans la grande famille médicale. On connaît, en effet, les liens étroits qui rattachaient l'auteur de *Pantagruel* à la Faculté de médecine de Montpellier, où la prétendue *robe de Rabelais* est restée longtemps l'objet d'un culte spécial; d'autre part, les nombreux aperçus que l'on trouve dans *Gargantua* et dans *Pantagruel*, sur l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, etc., témoignent assez de la variété des études médicales du curé de Meudon, qui, avant d'endosser l'habit ecclésiastique, avait, du reste, exercé la médecine dans plusieurs villes du midi de la France, ainsi qu'à Lyon. Ce que l'on sait moins, c'est que Schiller — ce grand poète dont le nom est, peut-être, plus populaire en Allemagne que celui de Gœthe lui-même — avait débuté dans la vie comme chirurgien d'un régiment de grenadiers, aux modestes appointements de dix-huit florins par mois, et cela deux ans environ avant la représentation, à Mannheim, de son premier drame *Die Räuber* (*Les Brigands*).

On entend souvent répéter cette boutade fameuse que « la médecine mène à tout, à la condition d'en sortir ». Nombre de faits démontrent, cependant, que ce n'est point là une *conditio sine qua non*. C'est ainsi que, sans quitter le domaine de la littérature, nous pouvons invoquer la biographie, fort instructive à cet égard, de Oliver Wendell Holmes, qui, en restant avant tout médecin (professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Harvard University de Boston, il avait, en outre, acquis une très grande réputation en tant que praticien), avait pourtant réussi à se créer, comme poète et romancier, un nom des plus populaires en Amérique et en Angleterre. Le grand succès littéraire — plus récent — d'un confrère russe connu sous le pseudonyme de M. Veressaïev n'est pas moins probant : c'est précisément en restant médecin que le jeune romancier russe fut à même d'écrire ses fameux *Mémoires*, dont un critique français a fait l'éloge dans des termes qui méritent d'être cités : « Je viens d'en parcourir la traduction, et je devinais, sous la trame des phrases transposées, ce que le texte original devait avoir de chaleur et d'émotion. C'est passionnant comme un procès, et attrayant comme un roman, et, sitôt commencée la lecture, on ne peut s'en arracher. Ce n'est pas une mordante satire comme les comédies de Molière, ni un cri d'amertume comme les *Morticoles* de Léon Daudet, c'est une confession simple et nue, une confession de médecin vrai et franc, qui reste constamment médecin, même lorsqu'il s'élève au lyrisme d'un prêtre, ou égale en vigueur les plus énergiques moralistes. » Il fallait en effet être médecin pour pouvoir décrire, avec cette précision admirable, l'état d'âme du jeune docteur frais émoulu de l'Ecole, qui, en proie à des angoisses et à des scrupules multiples, se sent tout désemparé et se prend à douter de lui-même et de la médecine, et qui, peu à peu, finit cependant par comprendre la vraie grandeur de sa mission.

Tchekhov, lui aussi, a largement mis à contribution le monde médical et tracé, avec un réalisme saisissant, différents types de médecins.

Mais ce n'est pas seulement quand il traite des sujets médicaux que le romancier-médecin se ressent de son éducation spéciale : on dirait que son œuvre tout entier porte une empreinte particulière. C'est que l'éducation médicale est de nature à exercer sur l'écrivain une influence considérable, non seulement en raison des connaissances multiples et variées qu'elle lui fournit, mais encore et surtout à cause de cette discipline rigoureuse à laquelle elle habitue son esprit. A cet égard, il n'est pas sans intérêt de savoir que, déjà en pleine gloire, Tourguénev exprima maintes fois le regret de n'avoir pas étudié la médecine, et qu'il se montrait l'auditeur le plus assidu des conférences publiques consacrées aux choses médicales.

Mieux que toutes autres, les études médicales apprennent à *observer*, à savoir dégager les traits essentiels d'un phénomène, à saisir d'emblée les points les plus saillants d'un événement, à pénétrer la psychologie d'un individu, car, comme l'a fort bien dit M. Jean Carrère, à propos du livre de M. Veressaïev, « placés devant l'humanité souffrante et infiniment variée, il faut que les médecins scrutent l'âme et l'esprit, autant que les poumons et le cœur... et les voilà forcés d'être des psychologues autant que des savants, des consolateurs d'âmes autant que des guérisseurs de corps ».

N'est-ce pas précisément à cette influence que Tchekhov devait, tout au moins dans une certaine mesure, la grande variété de ses observations et ce don extraordinaire d'évoquer en quelques mots toute une existence ou de mettre en relief un type par deux ou trois traits rapidement dessinés? M. Melchior de Voguë l'a fait remarquer, en caractérisant la manière de cet écrivain russe : « Une seule indication adroitement choisie nous permet d'entrevoir la suite d'une existence, les complications d'un drame intime, comme si l'on avait battu le briquet dans les ténèbres, à l'endroit propice d'où la lueur nous fait apercevoir, un instant, les profondeurs d'une foule invisible ».

Et, du reste, Tchekhov lui-même attribuait une très grande importance, dans la formation de son talent, à ses études de médecine. Voici, en effet, ce qu'il écrivait dans son autobiographie : « Incontestablement, les études des sciences médicales ont exercé une influence sérieuse sur mes travaux littéraires : ces études ont considérablement élargi le champ de mes observations, elles m'ont enrichi de connaissances dont la véritable valeur pour moi, en tant qu'écrivain, ne pourra être appréciée que par ceux qui sont, eux-mêmes, médecins; ces études ont aussi exercé sur moi une influence dirigeante et c'est probablement grâce à la médecine que j'ai réussi à éviter nombre d'erreurs. La connaissance des sciences naturelles et de la méthode scientifique m'a constamment obligé de me tenir sur mes gardes : je m'appliquais, là où la chose était possible, à me conformer aux données scientifiques, et dans les cas où cela était impossible, je préférais ne point écrire. Je ferai remarquer, à ce propos, que les conditions de la création d'art ne permettent pas toujours d'être strictement conforme aux données scientifiques : on ne peut pas représenter sur une scène de théâtre une mort par empoisonnement, telle qu'elle se produit en réalité. Mais la fidélité aux données scientifiques doit se faire sentir même dans cette fiction; il faut, en d'autres termes, que le lecteur ou le spectateur se rendent parfaitement compte qu'il s'agit simplement d'une fiction conventionnelle et qu'ils ont affaire à un écrivain instruit. Pour ma part, je n'appartiens pas aux *belles-lettristes* [ce barbarisme a, depuis longtemps, acquis droit de cité dans la langue russe] qui nient la science. »

Il serait difficile de reconnaître en termes plus explicites l'influence éminemment favorable que l'étude de la médecine est susceptible d'exercer sur le développement d'un talent littéraire.

A un autre point de vue encore, c'est assurément un précieux document que cette confession d'un grand écrivain, qui, jusque dans ses créations littéraires, est resté médecin, alors que d'autres « évadés de la médecine » n'ont su profiter de leur instruction médicale, inachevée d'ailleurs, que pour dénigrer le corps médical.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1904.

De l'embolie et de la phlébite.

M. Reynier déclare, à propos d'un récent rapport de M. Lucas-Championnière sur une

communication de M. Marchais, relative au traitement des varices et des phlébites par le mouvement (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 238), qu'il a vu un grand nombre de fois des embolies survenir à la suite de mouvements intempestifs chez des sujets atteints de phlébite. L'orateur lui-même a eu un accident de cette nature pour avoir quitté un instant son lit au quinzième jour d'une pneumonie compliquée d'une phlébite de la jambe. Aussi recommande-t-il d'immobiliser dans une gouttière tout membre atteint de phlébite récente, aussi longtemps que persiste la douleur le long des veines et, d'une façon générale, jusqu'à ce que, grâce au temps écoulé, on soit en droit d'admettre la transformation et l'adhérence complète du caillot.

M. Reynier ajoute qu'il ne saurait davantage partager la manière de voir de M. Lucas-Championnière sur le traitement des varices par le mouvement et le massage, même méthodiquement employés.

Dans les cas de varices non enflammées, la marche peut être bien supportée, à la condition que les malades aient les jambes bandées ou maintenues au moyen de bas élastiques, mais il n'en est pas de même chez les sujets porteurs de varices enflammées. Ceux-ci doivent toujours éviter les marches trop prolongées ou seulement accélérées, lesquelles déterminent généralement un peu d'œdème et entraînent des crampes musculaires et des points douloureux qui sont l'indice de petites phlébites partielles.

En résumé, l'immobilisation au début des phlébites, plus tard l'absence de fatigue exagérée, enfin le retour à la position horizontale dès qu'apparaît la moindre douleur ou le plus léger œdème, mettent plus sûrement à l'abri de l'embolie que le massage et les mouvements.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 12 et 19 septembre 1904.

Luxation traumatique simple de l'atlas sur l'axis.

M. Marcel Baudouin envoie une note relative à un squelette préhistorique trouvé en place dans un mégalithe de Vendée, et qui offre une luxation simple de l'atlas sur l'axis, sans aucune fracture concomitante : il s'agit d'une luxation latérale, par rotation de l'atlas en avant et à droite, de sorte que l'apophyse odontoïde touche l'arc postérieur de la première vertèbre cervicale; cette lésion paraît consécutive à un éboulement sous lequel cet individu aurait été surpris.

M. Lannelongue fait observer que, dans le cas présent, la luxation pourrait bien ne s'être produite qu'après la mort, la laxité des ligaments, par suite de la putréfaction, lui ayant alors permis de se constituer facilement. Les luxations de l'atlas sur l'axis sont en effet très rares sur le vivant; quoique généralement suivies de mort immédiate ou par accidents consécutifs, elles peuvent cependant guérir; l'orateur cite 3 cas terminés d'une façon favorable à la suite de la réduction : 2 fois il s'agissait de luxations traumatiques, une fois d'une luxation pathologique.

Sur la production de sucre dans le rein chez le chien phloridziné.

MM. R. Lépine et **Boulud**. — Nous avons constaté souvent que chez le chien phloridziné le sang de la veine rénale peut renfermer beaucoup plus de sucre que celui de la carotide (parfois plus du double); cette augmentation fait défaut si le chien est asphyxié. De plus, ce sang peut produire *in vitro*, aux dépens du sucre *virtuel* (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 354), plus de sucre que le sang de la carotide. En conséquence, il faut admettre que, pendant la traversée du rein, ou bien il s'est fait du sucre virtuel, ou bien (ce qui nous paraît plus probable) que le sucre obtenu *in vitro* dans le sang carotidien ne donnait pas la mesure exacte du sucre virtuel qui y était contenu. Il est, en effet, très admissible que le sucre virtuel du sang produise, *in vitro*, moins facilement du sucre avant qu'après son passage à travers le rein.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 24 septembre 1904.

Gastrectomie partielle étendue avec pyloroplastie.

M. C. Moreau relate l'observation d'une femme de quarante-quatre ans, chez laquelle il porta le diagnostic d'ulcère gastrique, siégeant probablement au niveau de la petite courbure. A l'opération, on constata d'abord que des adhérences très fortes fixaient l'estomac au foie d'une part, à la tête du pancréas de l'autre, adhérences dont la libération amena une déchirure de l'estomac. Quant à l'ulcère, à cheval sur la petite courbure, il mesurait 3 centimètres sur 6; il fallut donc faire une large gastrectomie pour enlever tous les tissus malades. En outre, le pylore étant quelque peu rétréci, on pratiqua une pyloroplastie selon le procédé d'Heineke-von Mikulicz, mais en exécutant cette opération de dedans en dehors et non de dehors en dedans, comme on le fait d'ordinaire. L'ouverture de la poche gastrique, s'étendant sur 14 centimètres de longueur, fut fermée par deux plans de sutures à la soie fine, les premières muqueuses, les secondes séreuses à la Lembert; quelques sutures réunirent enfin les surfaces hépatique et pancréatique, au point où elles adhéraient à l'estomac.

Au total, cette intervention comprit successivement : la libération des adhérences gastro-hépatiques et gastro-pancréatiques, suivie d'une « hépato-pancréatopexie »; une gastrectomie partielle étendue; enfin une pyloroplastie. Les suites en furent excellentes : au bout de deux mois, la malade avait regagné 5 kilos.

Contribution à l'étude de l'histologie fine de la cellule nerveuse.

M. Van Bambeke fait un rapport sur un travail de M. A. Michotte (de Louvain) qui a étudié la structure fine de la cellule nerveuse par la nouvelle méthode de Ramón y Cajal. Il a constaté que, au point de vue de la disposition des neurofibrilles, on peut distinguer un type *réticulaire*, où ces fibrilles, perdant en apparence toute individualité, constituent un réseau dans lequel il devient impossible de les isoler, et un type *réticulo-fibrillaire* où elles gardent au contraire leur individualité au sein même du réseau.

Au total, le réseau intracellulaire existant dans tous les éléments nerveux assure l'*unité* de la cellule et de ses prolongements, mais les divers prolongements qui s'entre-croisent en tous sens conservent une *indépendance* parfaite : cette unité et cette indépendance sont, d'après M. Michotte, les deux pôles de la théorie du neurone, dont la méthode de Ramón y Cajal fournirait ainsi une démonstration éclatante.

Dr Keiffer.

LETTRES D'ALLEMAGNE

La chambre pneumatique de Sauerbruch.

A la dernière session de la Société allemande de chirurgie, M. le docteur Sauerbruch, assistant de M. le docteur von Mikulicz, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Breslau, présentait et décrivait une « chambre pneumatique », destinée aux opérations thoraciques (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 115-116). Depuis le mois de mars dernier, cette chambre est installée à la clinique de M. von Mikulicz, et, jusqu'à présent, 10 interventions sur l'homme y ont été pratiquées. J'ai vu fonctionner cette chambre pneumatique, pendant la dernière Assemblée des naturalistes et médecins allemands, et j'ai pu l'étudier à loisir; peut-être ne sera-t-il pas sans quelque intérêt de relater ici, simplement, en témoin, ce qu'il m'a été donné d'observer.

Aussi bien la question est-elle d'une importance sur laquelle il serait superflu d'insister. Nous savons combien la chirurgie de la poitrine, du poumon, de la plèvre, du cœur, du médiastin, de l'œsophage intra-thoracique, malgré un certain nombre de réussites heureuses, reste difficile, complexe et incertaine, et le contraste serait frappant, si l'on en comparait les résultats à ceux de la chirurgie abdominale. A cela, on doit reconnaître plusieurs raisons, et l'impossibilité où nous sommes, de par la physiologie même, d'ouvrir largement et sans danger la cavité pleurale, comme nous ouvrons le péritoine, n'est pas la seule; toujours est-il que la rétraction du poumon et ses conséquences, qui suivent fatalement l'ouverture pleurale, demeurent le grave péril, la grosse pierre d'achoppement de la chirurgie endo-thoracique, et toutes les pratiques opératoires jusqu'ici préconisées et utilisées — décollement pleural, tamponnement immédiat, suture préalable des feuillets pleuraux, amarrage, extraction et fixation immédiate du poumon — n'ont d'autre objet que de parer à ce pneumothorax opératoire ou d'en atténuer les effets. Ces artifices peuvent suffire dans les cas relativement simples, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'ouvrir un foyer pulmonaire assez bien repéré d'avance et en partie adhérent : ils ne sauraient permettre une intervention intrapleurale étendue, telle que la recherche et l'ablation d'une volumineuse tumeur, la résection de l'œsophage, etc.

C'est donc ce collapsus pulmonaire, consécutif à l'irruption de l'air extérieur, qu'il faudrait prévenir, non seulement parce que la rétraction du poumon réduit grandement le champ respiratoire, mais parce qu'elle entraîne des désordres vasculaires et cardiaques plus graves encore que cette insuffisance fonctionnelle mécanique. En résumé — et sans vouloir discuter ici le côté physiologique de la question, récemment étudié par M. Sauerbruch —, à quoi est dû ce collapsus pulmonaire, sur le vivant, le thorax ouvert? A ce fait, que, la pression étant devenue identique en dedans et en dehors du poumon, l'élasticité, la rétractilité de l'organe s'exerce sans obstacle. Pour s'opposer à cette rétraction, il faudrait donc « maintenir la différence physiologique de pression » entre les deux surfaces du poumon, et cela, par l'une ou l'autre des deux méthodes que voici : ou bien « surcharger » la surface endopulmonaire dans une mesure suffisante, par la respiration d'un air plus ou moins comprimé; ou bien « décharger » d'autant la surface exopulmonaire, par l'inclusion du thorax dans une atmosphère plus ou moins raréfiée.

A la première méthode se rapportent les expériences de respiration artificielle sous pression, et nous ne pouvons que rappeler ici celles de MM. Quénu et Longuet, Tuffier et Hallion. De leur côté, MM. von Mikulicz et Sauerbruch ont cherché à utiliser la respiration *libre* dans l'air comprimé, en se servant de la chambre pneumatique expérimentale dont nous allons parler : avec l'aide chargé de l'anesthésie, la tête du chien, seule, était dans l'intérieur de la chambre, où la pression fut élevée de 10 millimètres de mercure; le corps de l'animal était au dehors, à l'air libre : on put, dans ces conditions, ouvrir les deux plèvres sans provoquer de rétraction des poumons ni de troubles respiratoires, mais, au bout d'une vingtaine de minutes, le chloroformisateur, enfermé dans la chambre, fut fortement incommodé, et lorsqu'on ouvrit, l'air qui s'échappa était tellement chargé de vapeurs chloroformiques, que l'impossibilité pratique d'un tel mode de « narcose » devint évidente.

C'est donc à la seconde méthode, qu'on pourrait appeler celle de l'*hypopression périthoracique*, que se rattache la chambre pneumatique de M. Sauerbruch. Au cours de ses premiers essais expérimentaux, notre confrère se servait d'une sorte de tambour, hermétiquement clos, qui n'enveloppait que le thorax de l'animal, et dans lequel, par deux ouvertures munies de manchons de baudruche, pénétraient aussi les deux mains de l'opérateur : on raréfiait l'air dans ce tambour, et, lorsque la pression s'était abaissée de 10 millimètres de mercure environ, on pouvait ouvrir l'une, puis l'autre plèvre, sans qu'il se produisît ni collapsus pulmonaire ni dyspnée. Ce chiffre de 10 millimètres de mercure représente, en général, la différence physiologique de pression entre les deux surfaces pulmonaires.

Et voici, d'après ces données, comment peut être « schématisée » la chambre pneumatique de Breslau, la chambre définitive, celle qui sert aux opérations humaines : chambre close, hermétiquement close, assez grande pour contenir une table d'opération et ses accessoires, et permettre au chirurgien et à un nombre suffisant d'aides d'y évoluer à l'aise; le corps du patient y est inclus, jusqu'au cou; sa tête est en dehors, à l'air libre, le cou passant dans une ouverture ménagée dans l'une des parois de la chambre et qui peut être fermée, autour de lui, par un artifice que nous allons dire; avec une pompe aspirante, on réduit la pression, à un degré suffisant, dans l'intérieur de la chambre, alors que le patient est endormi et respire au dehors, à la pression normale.

Ceci posé, il nous suffira d'insister sur quelques points essentiels de la construction de la « grande boîte » pneumatique. Elle a une contenance de 14 mètres cubes; elle est à peu près carrée, ses deux parois longues mesurant 2 m. 50, ses deux parois courtes 2 m. 25; elle a en hauteur 2 m. 50. Le plancher, le plafond, l'une des parois longues (celle qui est adossée à un mur) sont en tôle massive; les autres sont en tôle jusqu'à une hauteur de 1 m. 30, et, plus haut, fermées par de grands carrés de verre, enchâssés dans une armature de tôle; le verre a 12 millimètres d'épaisseur, et peut résister à une différence de pression de 70 millimètres de mercure. Une grosse difficulté était de réaliser l'imperméabilité complète : on l'a obtenue par un calfeutrage abondant, au ciment et au mastic, de tous les interstices.

Dans l'une des parois courtes (celle qui fait face à la fenêtre), à 92 centimètres au-dessus du plancher, est ménagée l'ouverture par où passe la tête, ouverture ovale, large de 50 centimètres sur 35 centimètres de haut; à son pourtour est fixée une double manchette de caoutchouc, qui se rabat et s'applique circulairement sur le cou, sans serrer, et que la différence de pression, lorsque la chambre est en fonctionnement, contribue à appliquer mieux; d'ailleurs, si un peu d'air passe entre le cou et la manchette, le jeu de la pompe et du ventilateur est suffisant pour que l'incident n'ait aucune importance.

Cette pompe aspirante et le ventilateur sont les deux organes principaux de la *pneumatische Kammer*. La pompe, qui peut servir aussi de pompe foulante, est installée hors de la chambre, dans un des angles de la pièce; elle est actionnée par un électro-moteur de la force d'un cheval; elle communique avec la chambre par une double conduite indépendante; elle communique aussi, comme nous allons le dire, par une canalisation à part, avec le tambour intermédiaire aux deux portes. Pour plus de sûreté, cette pompe, dont le débit maximum est de 300 litres à la minute, est doublée d'une autre pompe, plus petite, à bras.

Le ventilateur, placé le long d'une des parois de la chambre, est un ventilateur à pression d'eau : il communique avec l'air extérieur par un long tube traversant le plafond; une fois réglé, il maintient la pression constante à l'intérieur de la chambre et permet à peine des oscillations de 1 millimètre. Grâce à un système de robinet, il peut servir en sens inverse, lorsqu'on veut opérer dans un certain degré d'hyperpression.

Ajoutons encore que la chambre pneumatique est pourvue d'une grosse lampe électrique, de quatre autres prises de courant, d'un téléphone : c'est, en somme, une véritable salle d'opération, dont les parois, toutes de verre ou de métal, se prêtent, d'ailleurs, fort bien au lavage et à la désinfection.

J'ai dit déjà qu'il y avait deux portes, à fermeture hermétique, séparées par une sorte de tambour, et que ce tambour était en communication indépendante avec la pompe qui raréfie l'air. Et voici l'intérêt de cette disposition : veut-on sortir pendant l'opération, on ouvre la porte intérieure, sans que la pression soit en rien modifiée; on referme cette première porte, et, alors seulement, on ouvre la seconde. Pour rentrer, on comprend, sans plus de détails, à quelle manœuvre inverse il faut recourir.

Ceci posé, il était intéressant de « voir fonctionner » la chambre pneumatique. A défaut d'intervention humaine, je décrirai l'opération expérimentale (résection intra-thoracique, transpleurale, de l'œsophage) qui a été pratiquée devant la section chirurgicale de l'Assemblée des naturalistes et médecins allemands le 22 septembre.

Tout fut disposé comme pour une intervention sur l'homme; immobilisé sur la table d'opération, le chien, la tête hors de la chambre et le cou entouré de la double collerette de caoutchouc, fut endormi au chloroforme. Lorsque tout fut prêt, les deux portes furent fermées, et la pompe fonctionna : au bout de quelques minutes, la colonne mercurielle s'était abaissée de 10 millimètres et l'on se mit à opérer.

Grande incision au niveau du sixième espace intercostal gauche, large ouverture de la cavité pleurale : *le poumon affleure aux lèvres de la plaie*, il continue à se mobiliser régulièrement, la respiration reste tranquille et normale. Il en sera ainsi pendant toute l'intervention, les mouvements respiratoires ne s'accélérant que deux ou trois fois, quand le « patient » se réveille un peu. Je passe vite sur les détails opératoires : le diaphragme est dissocié et élargi au niveau du cardia, et le tiers supérieur de l'estomac, environ, attiré dans le thorax; on sectionne l'œsophage : le bout cardiaque est fermé en bourse; le bout supérieur est abouché dans l'estomac à droite du cardia, enfin les bords de l'hiatus diaphragmatique sont réunis, par quelques points, à la paroi gastrique. Durant tout ce temps, le poumon conserve son aspect normal, son volume, ses rapports : on le refoule sous une compresse, comme on fait de l'intestin dans le ventre.

Deux incidents rendirent encore plus nette la démonstration. Vers la fin de l'intervention intra-thoracique, un des assistants, par mégarde, sortit de la chambre sans s'être assuré que la première porte fût hermétiquement fermée : immédiatement la pression remonta, on entendit une sorte de bouillonnement, le poumon s'affaissa, la respiration, jusqu'alors si calme et si régulière, devint fréquente et saccadée. Cela ne dura qu'un instant, la porte ayant été dûment close, et, la pompe ayant plus activement fonctionné, bientôt la pression retomba, et le poumon reprit son expansion. Il arriva même que, le jeu accéléré de la pompe se poursuivant, la pression s'abaissa au-dessous du niveau « d'équilibre », et le poumon fit hernie, prolabé, « aspiré » au dehors, ballottant dans l'énorme brèche pariétale, qu'il encombrait. On restreignit l'activité de la pompe, et, le régulateur fonctionnant, tout revint à la normale, le poumon regagna sa place, et l'opération put être achevée.

Elle avait duré environ une heure. Nous étions sept dans la chambre : il y faisait assez chaud, mais on y respirait sans malaise; on sentit seulement, « aux oreilles », la brusque variation de pression, lorsque la porte fut ouverte. Du reste, il convient de se souvenir que cet abaissement de pression, de 10 millimètres au-dessous du niveau normal, correspond à une altitude de 300 mètres, et que les accidents du mal des montagnes n'ont point coutume de se manifester à un si bas échelon. Et rien de plus aisé que de faire remonter lentement la pression, comme elle a été lentement abaissée.

Le point le plus curieux de ces expériences, c'est encore moins, peut-être, l'absence de tout pneumothorax, de tout collapsus pulmonaire, que la permanence d'une respiration calme, régulière, normale, et cela, malgré l'étendue de la brèche thoracique; M. Sauerbruch a, d'ailleurs, constaté qu'il était possible, sans altérer le rythme respiratoire physiologique, non seulement d'ouvrir simultanément les deux plèvres, mais de réséquer le sternum et les côtes presque jusqu'à la colonne vertébrale, de supprimer, en somme, presque tout entière, la cage thoracique. Sans aller jusqu'à ces extrêmes, l'innocuité promise de ces larges ouvertures laisse entrevoir, pour l'exploration endo-thoracique, un vaste champ et des méthodes toutes nouvelles.

Quels ont été, jusqu'à présent, les résultats « humains »? Voici les renseignements que M. von Mikulicz et M. Sauerbruch ont bien voulu nous fournir : 10 opérations ont été pratiquées sur l'homme, dans la *pneumatische Kammer* de Breslau, avec 4 guérisons; il s'agissait, d'ailleurs, de cas assez disparates, plaie du cœur, gangrènes pulmonaires, résection de l'œsophage cancéreux, etc., et de malades pour la plupart très affaiblis; on ne saurait donc rien inférer de cette première série de faits. Ce qu'il faut noter, seulement, c'est que chez l'homme, au cours de ces opérations, toutes les conclusions expérimentales se sont vérifiées, et dans tous les cas : on peut, comme chez l'animal, ouvrir largement la plèvre sans danger de pneumothorax et sans désordres respiratoires; la diminution de pression à réaliser, dans la chambre, pour obtenir ce résultat et prévenir tout collapsus du poumon humain, n'est jamais inférieure à 7 millim. 1/2; elle oscille, en général, de 12 à 14 millimètres. Enfin les opérateurs insistent sur la nécessité d'une narcose profonde, dans les interventions de ce genre.

Je tiens à signaler encore, brièvement, le fonctionnement de la *pneumatische Kammer* comme chambre d'hypertension; M. Sauerbruch a bien voulu faire devant moi une expérience de trépanation du crâne dans ces conditions, et j'ai pu constater les effets d'une pression de 60 à 70 millimètres au-dessus de la normale sur le suintement sanguin et sur la protrusion du cerveau. Mais ce sont là des faits à l'étude, sur lesquels je me garderais d'insister.

Quel sera l'avenir — pratique — de la chambre pneumatique? A quels progrès conduira-t-elle, en chirurgie thoracique? Sans doute le problème est complexe et les données en sont multiples : il n'en est pas moins vrai que la suppression du pneumothorax et du collapsus pulmonaire, et, par suite, la faculté d'ouvrir largement et librement la plèvre, constituent déjà un fort précieux appoint. Sera-t-il possible de simplifier la chambre actuelle, tout au moins de la rendre moins coûteuse, et d'en faciliter l'emploi — et l'expérience — à un plus grand nombre de chirurgiens? Trouvera-t-on, à la question posée, une autre solution pratique? A tous ces points d'interrogation, on ne saurait actuellement répondre, et nous nous bornerons à faire ressortir encore le puissant intérêt de ces applications de la physiologie expérimentale à la chirurgie.

Dr **F. Lejars**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

L'ablation des dépôts uratiques et de la capsule articulaire de la jointure du gros orteil chez les goutteux, par M. Riedel.

L'auteur relate deux faits qui démontrent que la goutte localisée exclusivement à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est susceptible d'être définitivement guérie par une intervention chirurgicale ayant pour objet de débarrasser la jointure malade de ses concrétions uratiques et d'extirper en même temps la capsule articulaire.

C'est en 1882 que M. Riedel eut la première occasion de se convaincre de la possibilité de cette cure radicale de l'accès goutteux. Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans, qui, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris, à la suite d'une marche forcée, de douleurs violentes dans l'articulation du gros orteil droit. La jointure se tuméfia et il se déclara de la fièvre. Appelé le lendemain matin, l'auteur constata une tuméfaction considérable de toute la région; les téguments du pied étaient tendus et violacés, le thermomètre marquait 39°, et les douleurs étaient extrêmement vives. Comme le patient présentait un léger degré d'*hallux valgus*, M. Riedel crut avoir affaire à une phlegmasie aiguë purulente d'une bourse séreuse communiquant avec l'articulation du gros orteil; aussi se décida-t-il à intervenir séance tenante. Le malade ayant été anesthésié et le pied rendu exsangue, il incisa au niveau de la bourse séreuse présumée, mais, comme il n'en trouva aucune trace, il poussa l'incision plus profondément et ne fut pas peu surpris de pénétrer dans une jointure atteinte de lésions goutteuses typiques. Il procéda alors au nettoyage de l'articulation et, après l'avoir débarrassée des concrétions uratiques, qui s'étaient, en partie, incrustées dans les os, il extirpa la capsule articulaire. La jointure une fois soigneusement nettoyée, on remit les parties molles en place, tout en laissant la plaie ouverte. Le soir du même jour, l'opéré n'avait plus ni

fièvre, ni douleurs. La plaie était complètement cicatrisée au bout d'environ un mois et demi, et, depuis lors, cet homme n'a plus jamais eu d'accès de goutte. Bien portant jusqu'en 1896, il présenta, à cette époque, de l'arthrite vertébrale et mourut l'année suivante, sans que l'on fût fixé sur la cause du décès.

Douze ans après sa première intervention, M. Riedel opéra de la même manière une femme âgée de soixante-dix ans et chez laquelle il supposait également avoir affaire à une bursite avec suppuration consécutive de l'articulation du gros orteil. Au cours de l'opération, il fut à même de se convaincre qu'il s'agissait, en réalité, d'altérations goutteuses. Là encore il procéda à l'ablation des concrétions et à l'extirpation de la bourse et de la membrane synoviale. L'opérée — qui succomba, huit ans plus tard, à un rétrécissement aortique — n'a jamais plus souffert d'attaque de podagre.

Il va de soi que les cas de goutte strictement localisée au gros orteil sont seuls justiciables du traitement chirurgical. Celui-ci paraît, en pareille occurrence, d'autant plus indiqué que l'articulation du gros orteil est à la fois très accessible au couteau et douée d'un grand pouvoir de résistance : elle supporte sans inconvénient les décollements étendus de la capsule, et, d'autre part, les extrémités osseuses qui la constituent, étant bien nourries, sont peu exposées aux accidents de nécrose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 août 1904.) — L. CH.

Ostéomalacie et diabète sucré, par M. Max Allina.

L'observation relatée dans le présent mémoire a trait à une femme de cinquante-sept ans, atteinte simultanément d'ostéomalacie et de diabète sucré : or, l'ostéomalacie est généralement considérée comme une maladie de misère, tandis que le diabète passe, à tort ou à raison, pour plutôt rare dans les milieux pauvres. L'étude attentive de l'observation fournirait cependant, d'après l'auteur, une explication satisfaisante de ce paradoxe apparent. Aussitôt le diagnostic d'ostéomalacie porté, on avait, en effet, fait prendre à la malade des doses quotidiennes de 0 gr. 003 ou 0 gr. 004 milligr. de phosphore; cette médication, qui exerça d'ailleurs sur l'évolution de l'affection une action d'arrêt des plus favorables, provoqua, après avoir été continuée durant huit mois, des accidents d'intoxication tels qu'une suspension du traitement fut jugée indispensable pendant une année. L'ostéomalacie ayant alors repris sa marche progressive, on dut à nouveau instituer le traitement phosphoré, et celui-ci ne fut plus interrompu désormais que de loin en loin, pendant quelques semaines, lorsque les phénomènes d'intolérance devenaient par trop gênants.

Cela étant, M. Allina admet que, pendant de longues années, il a existé chez cette malade un état constant d'intoxication subaiguë par le phosphore. Or, l'on connaît l'action sclérosante qui se manifeste, en pareille occurrence, sur les organes parenchymateux. Le diabète constaté dans le cas présent serait l'expression de la localisation du processus cirrhotique sur le pancréas. En faveur de cette manière de voir, l'auteur invoque l'époque d'apparition du diabète, survenu alors que l'intoxication phosphorée persistait déjà manifestement depuis plusieurs années; la teneur élevée des matières fécales en corps gras, ainsi que l'existence d'une stéatorrhée passagère, confirmaient d'ailleurs l'hypothèse d'un diabète pancréatique.

Au point de vue thérapeutique, M. Allina tire de ce fait la conclusion que, si l'on ne veut pas recourir à la castration comme moyen de traitement de l'ostéomalacie, et si l'on préfère utiliser la médication phosphorée, il convient du moins de s'en tenir à des doses quotidiennes de 0 gr. 001 ou 0 gr. 002 milligr. de phosphore, doses inoffensives et néanmoins parfaitement efficaces. (*Wien. med. Presse*, 28 août 1904.) — F. M.

De l'hémostase à la façon d'Esmarch après les accidents, par M. Ad. Ahlberg.

Un procédé absolument classique, et partout enseigné, consiste à appliquer une bande très serrée, voire un garrot, en amont des plaies saignant trop abondamment. Dans le présent travail, M. Ahlberg s'élève contre les abus de cette méthode et les dangers qui en résultent.

Chez un premier malade qui avait subi une constriction de ce genre pour une plaie de l'artère humérale, le bandage fut laissé en place pendant trente-six heures. Quand on eut lié l'artère et pansé la plaie, la main et le bras de ce côté restèrent froids et livides; dès le lendemain apparut de la fièvre (39°1) et le blessé succomba peu après. Il est vrai qu'à l'autopsie on trouva tous les symptômes d'une anémie aiguë, mais l'auteur pense que les résorptions qui se firent par la plaie gangreneuse ne furent pas étrangères à ce rapide et fatal dénouement.

Dans un second fait, il ne s'agissait que d'une simple plaie de l'artère radiale; or, on avait appliqué successivement deux liens sur l'avant-bras, le premier n'ayant pas été suffisant pour arrêter l'hémorrhagie. Lorsqu'on pansa le blessé, vingt-six heures plus tard, l'avant-bras et la main étaient gonflés, livides, insensibles; comme conclusion, le blessé eut une paralysie et une atrophie des muscles de l'avant-bras et de la main.

Chez un dernier malade, enfin, les conséquences fâcheuses de ces ligatures furent encore plus évidentes : l'avant-bras ayant été broyé par un engrenage, on avait placé la ligature non sur le coude ou au-dessous de lui, mais sur le bras. Après trois heures seulement, les tissus situés plus bas que la ligature étaient déjà si fâcheusement modifiés qu'on n'eut d'autre ressource que d'amputer le bras à son tiers supérieur.

M. Ahlberg conclut que, si l'on ne peut supprimer complètement l'emploi des ligatures circulaires — qui ont évidemment sauvé la vie à de nombreux blessés —, il faut du moins ne les placer qu'au voisinage immédiat de la plaie et les enlever le plus tôt possible. Les premiers coupables sont souvent les médecins, qui trouvent commode ce procédé d'hémostase, et qui devraient plutôt lier le vaisseau sectionné, au besoin en débridant la plaie. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le formol dans le lait : son action bactéricide et sa disparition graduelle, par M. D. Rivas.

La communication récente de M. von Behring (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 29 et 62) ayant attiré l'attention sur le procédé de conservation du lait par le formol, il nous paraît intéressant de signaler les recherches de M. Rivas, qui mettent en évidence un point particulier assez important et dont il semble, cependant, que l'on ait jusqu'à présent négligé l'étude. Voici quel fut le point de départ de ces recherches :

L'examen bactériologique d'un certain nombre d'échantillons suspects de lait n'ayant décelé que relativement peu de microorganismes et l'analyse chimique de ce même lait n'ayant, pourtant, relevé la présence d'aucun « préservatif », l'auteur a institué, sur les conseils de M. Abbott, une série d'expériences en vue de se rendre compte si la formaldéhyde — qui est une des substances les plus usitées pour la conservation du lait — ne disparaîtrait pas de ce liquide au bout d'un laps de temps plus ou moins long.

A cet effet, il prit 15 échantillons de lait et divisa chacun d'eux en deux portions, dont l'une servit comme moyen de contrôle, l'autre étant additionnée de formol dans des proportions qui variaient entre 1 : 1,000 et 1 : 100,000. Afin de déterminer le pouvoir bactéricide de l'aldéhyde formique, chaque échantillon était soumis à des examens bactériologiques successifs, d'abord au commencement de l'expérience, puis au bout de vingt-quatre et de quarante-huit heures; la plupart étaient, en outre, examinés le troisième jour, et quelques-uns le quatrième. A chaque fois on procédait simultanément à la recherche du formol dans ces échantillons, les analyses chimiques étant répétées jusqu'au dixième jour.

Sans nous arrêter aux résultats relatifs aux effets microbicides de la formaldéhyde — les recherches de M. Rivas ayant, à cet égard, simplement confirmé les faits déjà connus —, nous nous bornerons à résumer les constatations que l'auteur a faites sur la disparition progressive de cette substance dans le lait.

Dans la plupart des échantillons formolés à 1 : 50,000 ou 1 : 100,000, on ne retrouva plus de formaldéhyde au bout de vingt-quatre heures, et aucun de ces échantillons n'en contenait trace au bout de quarante-huit heures. Dans les cas où la proportion de formol était de 1 : 10,000 ou de 1 : 20,000, la disparition de cette substance se faisait aussi très rapidement, étant parfois complète au bout de quarante-huit heures; sauf pour 3 échantillons, il fut toujours impossible de déceler la formaldéhyde au bout de trois, quatre ou cinq jours. Il convient, du reste, de faire remarquer que le formol disparaît du lait d'autant plus rapidement que la température à laquelle on maintient le liquide est plus élevée.

Dans les échantillons formolés à 1 ‰, la disparition de la formaline se produit, au contraire, très lentement, de sorte que, même au dixième jour, on ne constate pas encore de modifications sensibles dans les résultats de l'analyse chimique.

M. Rivas a également entrepris des expériences en vue de déterminer le laps de temps le plus court après lequel le formol commence à disparaître du lait. En soumettant à des analyses chimiques fréquemment répétées des échantillons de lait formolé à 1 : 50,000 et 1 : 100,000, il fut à même de constater qu'au bout de six heures, la proportion de formaldéhyde contenue dans le lait avait diminué et qu'au bout de douze heures la disparition progressive de cet antiseptique était nettement accusée par l'affaiblissement de la réaction caractéristique.

Malgré la disparition complète de l'aldéhyde formique au bout d'un certain temps, les effets bactéricides de cette substance n'en persisteraient pas moins d'une façon constante. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août 1904.) — L. CH.

Ulcère peptique du jéjunum, par M. Mayo Robson.

L'étude clinique et étiologique des ulcères du jéjunum consécutifs à la gastro-entérostomie étant encore fort incomplète, nous pensons devoir signaler le fait relaté par M. Mayo Robson.

Un homme de quarante-quatre ans avait été gastro-entérostomisé pour un ulcère du pylore : l'anastomose avait porté sur la paroi antérieure de l'estomac et la première anse du jéjunum. Pendant deux ans, le malade avait joui d'une bonne santé, mais au bout de ce temps il commença à éprouver dans l'épigastre des douleurs violentes revenant sous forme de crises, sans relations bien apparentes avec l'ingestion des aliments; il n'avait pas de vomissements; les selles contenaient souvent du sang noir. La région épigastrique était très sensible à la pression et dans les derniers temps une tumeur y était apparue, que l'on attribua à une périgastrite développée à la suite et au pourtour de l'ulcère gastrique. Le ventre fut donc rouvert. On s'aperçut alors que les adhérences, en plus de la cause précédente, avaient également pour origine l'anse anastomosée : celle-ci portait, en effet, sur sa partie efférente, un ulcère perforant qui, grâce à des adhérences protectrices, avait amené la soudure de l'intestin à la paroi abdominale antérieure. Après avoir détaché l'anse jéjunale, on se trouva ainsi en présence d'une perforation, ce qui permit d'enfoncer le doigt dans l'estomac et de constater l'intégrité de ce viscère, en même temps que l'occlusion presque complète du pylore, par suite du retrait cicatriciel de l'ancien ulcère; du côté du jéjunum, on reconnut de la même façon que l'ulcération de la muqueuse s'étendait assez loin. L'anse primitivement anastomosée fut réséquée et le bout distal de l'intestin implanté dans l'orifice stomacal. Quant au segment proximal, représenté par l'anse duodéno-jéjunale, on l'implanta dans l'intestin un peu au-dessous de l'anastomose gastrique. L'opéré guérit bien et depuis sept mois il jouit d'une bonne santé.

C'est là le premier cas d'ulcère secondaire que l'auteur ait observé sur une série de 30 gastro-entérostomies par voie antérieure; sur 136 anastomoses postérieures, il n'a jamais rencontré de complication de ce genre. Les quelques observations publiées jusqu'ici se réfèrent également à des anastomoses antérieures. Quant à la cause de ces récidives intestinales de l'ulcère, M. Mayo

Robson les met au compte d'une infection d'origine buccale, amenant à sa suite une gastrite infectieuse, de l'hyperchlorhydrie et finalement l'ulcération. Aussi pense-t-il que le meilleur moyen de les prévenir est de suivre longtemps les opérés et de les soumettre à un régime et à une médication appropriés, car, chez ces malades, l'intervention chirurgicale n'est pour ainsi dire qu'un simple temps du traitement. (*Ann. of Surgery*, août 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Plaie de l'artère et de la veine fémorales par balle de fusil; anévrysme artérioso-veineux consécutif, traité par la ligature de la veine et la suture latérale de l'artère; guérison, par M. J. H. OLIVER.

La blessure simultanée de l'artère et de la veine principales d'un membre, suivie de la double ligature de ces vaisseaux, entraîne presque fatalement la gangrène de ce membre; aussi nous paraît-il intéressant de signaler l'observation relatée par M. Oliver, où la suture latérale de l'artère évita sans doute pareille complication.

Un cavalier, au moment précis où il enjambait sa monture pour se mettre en selle, reçut une balle de fusil Mauser qui, pénétrant un peu au-dessous et en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, traversa la racine de la cuisse droite, le périnée et les masses musculaires de la cuisse gauche pour sortir au tiers moyen de la face externe de celle-ci. Dans la dernière partie de son trajet, le projectile n'avait lésé aucun organe important, mais, dans le périnée, il avait un peu entamé l'urèthre et, à la racine de la cuisse droite, juste au-dessous du pli de l'aine, il avait produit un anévrysme artérioso-veineux.

Celui-ci ayant été mis à découvert par une incision courbe qui permit en même temps de comprimer les vaisseaux iliaques, on constata que l'artère fémorale présentait une plaie de 12 millimètres de large sur 2 millimètres de haut, à bords assez nets, et siégeant à 1 millimètre de l'origine de l'épigastrique. La veine portait une plaie semblable, mais un peu plus grande et dont les bords légèrement mâchés ne permettaient guère de tenter la suture; il fallut donc la lier au-dessus et au-dessous de la perte de substance. Quant à l'artère, on en fit la suture latérale au moyen d'un surjet à la soie fine : il fut impossible de ne pas faire pénétrer le fil dans la lumière du vaisseau. Le surjet achevé, on abandonna la compression de l'artère iliaque : quelques gouttes de sang suintèrent encore par la plaie artérielle, mais deux nouveaux points de suture la rendirent complètement étanche. Le calibre de l'artère était alors légèrement diminué. Par mesure de précaution, on passa au-dessus et au-dessous de la suture deux fils de soie qui devaient servir à lier l'artère au cas où une hémorrhagie secondaire se serait produite. Les plans aponévrotiques furent ensuite reconstitués, la plaie suturée et drainée. L'artère était à ce moment parfaitement perméable, comme en témoignaient les battements qu'on percevait dans la poplitée et la tibiale.

La nuit qui suivit l'opération, le malade accusa une sensation de refroidissement dans les orteils; dès le lendemain, du reste, la chaleur se rétablit et la teinte cyanotique du membre disparut. Au septième jour, on enleva les anses de sûreté et, le jour suivant, les points de suture cutanés : la cicatrisation semblait parfaite, les battements de la fémorale étaient aussi forts d'un côté que de l'autre, et entre les deux membres il n'y avait pas de différence de température. Mais, au dixième jour, apparut un léger œdème de la peau et un peu de douleur au niveau de la plaie opératoire : les battements de la fémorale droite semblaient diminués. Les trois jours qui suivirent, l'œdème augmenta et s'étendit à la jambe; la plaie opératoire se tuméfia un peu et au quinzième jour elle laissa écouler du pus. Cette suppuration continua quelques jours et s'accompagna d'une élimination de fils; puis l'œdème disparut peu à peu. Par contre, les battements, très faibles dans la poplitée et la pédieuse, n'étaient plus du tout perceptibles dans l'artère fémorale. Cependant, quand, la cicatrisation achevée, le blessé se remit à marcher, il ne se produisit pas d'œdème du membre inférieur. Entre temps, cet homme avait été traité pour un léger rétrécissement traumatique de l'urèthre.

On peut douter du résultat de cette suture artérielle au point de vue de la perméabilité finale du vaisseau, mais une chose certaine, c'est que la perméabilité exista pendant les dix premiers jours, et que c'est à cette circonstance qu'il convient d'attribuer l'absence de gangrène. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet 1904.) — R. DE B.

Procédé simple pour la détermination de la coagulabilité du sang, par M. U. BIFFI.

Bien que la connaissance de la rapidité de coagulation du sang soit en hématologie d'une assez grande importance, la détermination de cet élément n'est cependant pas communément faite, en raison des manipulations quelque peu compliquées qu'elle nécessite. Aussi nous semble-t-il intéressant de signaler un procédé imaginé par M. Biffi et qui, tout en fournissant des indications d'une précision suffisante en clinique, paraît néanmoins assez simple à pratiquer.

On se sert dans ce but d'une éprouvette ayant de 20 à 25 centimètres de hauteur sur 4 centimètres de diamètre, et à moitié remplie d'eau. Dans l'axe du bouchon qui ferme ce récipient glisse, à frottement doux, une baguette de verre armée inférieurement d'un fil de platine, lequel forme cinq boucles, réparties sur le fil à 1 centimètre environ l'une de l'autre. Outre la baguette de verre, le bouchon porte excentriquement un thermomètre. Ni la cuvette de ce thermomètre ni le fil de platine ne doivent atteindre le niveau de l'eau que contient l'éprouvette.

Une piqûre de la pulpe du doigt, pratiquée suivant le procédé ordinaire, fournit la goutte de sang nécessaire pour charger les cinq boucles du fil de platine. Le bouchon étant remis en place avec les deux pièces qui y sont annexées, on attend que la coagulation paraisse effectuée, puis on enfonce progressivement la baguette de verre jusqu'à ce que la première boucle plonge dans le liquide de l'éprouvette. Tant que le sang n'est pas coagulé, il se produit un léger nuage rosé au moment où la gouttelette de sang pénètre dans l'eau. Si l'on immerge successivement les autres boucles à intervalles régulièrement espacés, le laps de temps qui s'écoule entre le début de l'expérience et le moment où le nuage caractéristique fait défaut indique le temps nécessaire à la coagulation de l'échantillon considéré. Il faut d'ailleurs tenir compte que la coagulation commence par la périphérie et ne s'étend que progressivement à la totalité de la gouttelette; or, le moment qu'il importe de noter est celui où la coagulation est complète.

L'eau que renferme l'éprouvette sature l'espace hermétiquement clos dans lequel est maintenu le sang pendant l'expérience. L'erreur provenant d'une évaporation partielle de la gouttelette à essayer se trouve ainsi réduite à un minimum. Le thermomètre, d'autre part, permet de faire l'expérience à une température donnée, 37° par exemple, ce qui s'obtient en chauffant l'appareil.

Les résultats obtenus par le procédé en question correspondent bien à ceux que fournissent les autres méthodes plus compliquées : en opérant entre 20° et 25°, l'auteur a trouvé qu'il faut de sept à dix minutes au sang normal pour se coaguler, les premiers signes de la coagulation se manifestant de la deuxième à la quatrième minute. (*Crónica médica de Lima*, 30 juin 1904.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'emploi des décharges de haute fréquence dans les greffes épidermiques.

Il y a quelques mois, M. le docteur J. Sherman Wight, chirurgien adjoint de l'hôpital du Long Island College de Brooklyn, a fait connaître une manière de pratiquer les greffes épidermiques, qui — d'après l'expérience de notre confrère — assurerait une guérison beaucoup plus rapide que la technique habituelle. Elle consiste essentiellement, après avivement de la plaie bourgeonnante, à disposer les lambeaux cutanés sur la surface à recouvrir, sans se préoccuper du suintement sanguin qui se produit infailliblement et que généralement on prend le plus grand soin d'assécher. M. Wight détermine ensuite la coagulation de cette nappe sanguine par des décharges électriques de haute fréquence, émises par une électrode en pointe qu'on promène dans toute l'étendue du champ opératoire, à un demi-centimètre environ au dessus des greffes. Pour terminer, on éponge rapidement la sérosité qui s'est séparée du sang au moment de la coagulation et on fait un pansement à la vaseline phéniquée à 3 %. Dans certains cas, la guérison pourrait être encore accélérée par des applications de rayons de Röntgen pratiquées une semaine après l'intervention.

De son côté, M. le docteur J. D. Rushmore, professeur de chirurgie à ladite Ecole de médecine, a eu recours à ce procédé dans 7 cas de greffes pour ulcères d'origine diverse (varices, phlegmon, traumatisme). Les résultats qu'il a obtenus diffèrent quelque peu de ceux qu'avait signalés M. Wight, en ce sens que l'emploi de l'électricité n'a pas paru activer sensiblement la cicatrisation. Néanmoins, M. Rushmore croit que la méthode en question est susceptible de rendre des services, en ce que la coagulation du sang par les décharges de haute fréquence immobilise les lambeaux épidermiques disposés pour la greffe, ce qu'il est souvent difficile d'obtenir avec la technique habituelle. Quant aux applications consécutives de rayons de Röntgen, elles n'exerceraient, d'après ce qu'a observé notre confrère, aucune action sur la rapidité de la guérison.

Photothérapie d'un nævus vasculaire.

Chez une jeune fille qui présentait un nævus constitué par deux « taches de vin » rectangulaires et parallèles au sillon naso-labial, ainsi que par un semis de taches rouges situées en arrière des deux éléments principaux, M. le docteur H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, a obtenu la guérison complète en ayant recours à la photothérapie. Voici comment procédait notre confrère :

Un compresseur de dimensions appropriées, dont on séparait les parties de peau saine à l'aide de papier d'étain, étant appliqué avec assez de force pour que la région cutanée parût tout à fait blanche, on faisait passer, dans la lampe à arc, un courant de 16 à 18 ampères; les séances duraient une heure et étaient répétées chaque jour. Bientôt certaines parties de la tumeur furent comme *brûlées*. On laissa ces zones s'éliminer, ce qui demanda une dizaine de jours, après quoi on reprit les séances quotidiennes. On fit ainsi quatre séries d'applications photothérapiques. Sous leur influence, le nævus s'escharifia et se détruisit progressivement dans toute son épaisseur, et finit par disparaître entièrement.

M. Bordier attribue ce résultat à l'énergie de la compression et à la durée de l'action photodynamique qu'il a employées dans ce cas.

Le gaïacol pur pour le pansement des plaies purulentes.

Depuis quelques années, M. le docteur P. N. Prokhorov, médecin de l'hôpital du zémstvo à Yambourg, emploie, comme moyen de traitement des plaies purulentes, le tamponnement pratiqué avec une mèche de gaze imbibée de vingt à trente gouttes de gaïacol pur. Notre confrère a eu maintes fois l'occasion de traiter de la sorte diverses suppurations et, entre autres, de vastes phlegmons profonds des extrémités avec taches gangreneuses et infiltration gazeuse du tissu cellulaire nécrosé, et toujours ce procédé lui a donné d'excellents résultats.

A son tour, un autre médecin russe, M. le docteur V. Bialobjésky, vient d'attirer l'attention sur les bons effets du pansement gaïacolé dans les plaies suppurées. C'est ainsi que, dans un cas observé à l'hôpital de Koktchetav et où notre confrère fut appelé à pratiquer la désarticulation de l'épaule, avec ligature préalable de l'artère axillaire dans l'aisselle, pour gangrène foudroyante du bras, l'application, sur le reste du muscle grand pectoral, déjà atteint par la gangrène, d'une couche de gaze imbibée de gaïacol permit d'arrêter le processus morbide.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

L'embolie graisseuse consécutive au redressement brusque des articulations ankylosées.

I

Le redressement brusque des articulations ankylosées est considéré généralement comme une opération inoffensive, préférable, dans nombre de cas, à l'intervention sanglante. Or, il s'en faut que cette prétendue bénignité soit absolue : sans vouloir même parler de la possibilité du réveil d'un foyer latent de tuberculose ou d'ostéomyélite, à la suite du redressement, nous croyons faire œuvre utile en attirant l'attention sur un accident qui n'est pas exceptionnel à la suite de cette manœuvre thérapeutique, quelle que soit du reste la cause primitive de l'ankylose qui en fournit l'indication; nous faisons allusion à l'embolie graisseuse, signalée déjà par plusieurs auteurs, et que nous avons vu survenir dans un fait qui nous a paru remarquable à plusieurs égards. Voici les points essentiels de cette observation, dont les détails seront publiés ailleurs.

Il s'agit d'un garçon de treize ans, qui, atteint d'une ostéomyélite du tibia, avait été privé presque entièrement de l'usage de sa jambe gauche, du fait de cette ostéomyélite d'abord, puis par suite du développement d'ulcères autour d'anciennes cicatrices opératoires. Notre intervention avait pour but principal de procéder au curettage de ces ulcères, qui étaient recouverts de granulations torpides, mais nous profitâmes en outre de l'anesthésie générale pour redresser une légère contracture du genou et une contracture des articulations du pied, notamment de l'articulation tibio-tarsienne. Ayant constaté, par un examen radiographique préliminaire, une ostéoporose notable de tous les os intéressés, et frappé au cours du redressement par une résistance élastique provenant plutôt des os que des ligaments, nous limitâmes les manœuvres de redressement au strict minimum. Néanmoins, trente-six heures plus tard, survenaient des symptômes — crachats sanguinolents, dyspnée, accélération du pouls, température de 40°, vomissements fréquents — qui nous firent admettre immédiatement une embolie graisseuse; et la présence d'une quantité notable de graisse dans les urines confirma ce diagnostic, que nous n'avons heureusement pas eu l'occasion de vérifier à l'autopsie. Les troubles s'amendèrent en effet au bout de trois jours, et la convalescence ne fut retardée que par une légère poussée d'érysipèle au niveau de la jambe gauche.

Nous nous sommes demandé à cette occasion s'il n'y aurait pas moyen d'éviter pareil accident, d'autant plus que l'issue favorable constatée chez notre malade est loin d'être la règle. Nous avons donc engagé notre élève, M. Borle, à réunir tous les faits de même nature épars dans la littérature médicale, afin d'y chercher des traits communs, permettant éventuellement de poser des indications plus précises pour le choix des cas justiciables du redressement brusque. Cette étude nous a paru d'autant plus opportune que M. Payr (1) a publié naguère deux articles fort intéressants sur le rôle de l' « état lymphatique » dans l'apparition et la marche de cette complication du redressement. Or, nous espérions trouver un moyen de reconnaître le danger d'embolie graisseuse, plus pratique que la recherche de cet état lymphatique assez imprécis.

La statistique que nous avons établie ainsi porte sur 11 faits, en y comprenant l'observation qui nous est personnelle. Nous sommes convaincu d'ailleurs que ce chiffre est loin de correspondre à la réalité, non seulement parce que jamais la totalité des cas observés ne sont publiés, mais aussi parce que bien des embolies graisseuses ont dû se produire sans que le diagnostic eût été porté, surtout quand il s'agissait d'accidents légers, terminés par la guérison. Nous en citerons comme preuve le fait que, sur ces 11 observations, la nôtre est la seule où l'issue de l'affection ait été favorable.

II

L'étude des causes de l'ankylose ayant nécessité le redressement ne nous fournit, au point de vue qui nous intéresse, aucune donnée à retenir. Sont mentionnés, en effet, le rhumatisme articulaire chronique, l'ostéomyélite, le rachitisme, la tuberculose, la paralysie infantile, sans prépondérance marquée de l'une ou de l'autre de ces maladies.

Le premier renseignement important nous vient de l'étude des articulations soumises au redressement brusque : dans tous les cas, l'articulation du genou ou celle du pied était en jeu, parfois même les deux simultanément; 2 fois, l'opération porta en outre sur les hanches; jamais, par contre, il ne s'agissait des articulations de l'extrémité supérieure. L'intérêt de ces constatations repose sur les deux particularités suivantes :

Les articulations du genou et du pied sont celles dont les parties constituantes sont le plus riches en substance spongieuse, surtout si on les compare avec les articulations du coude et du poignet. Elles se distinguent, en outre, par ce fait que les manœuvres de redressement brusque, à leur niveau, entraînent nécessairement une compression de la substance osseuse, d'autant plus forte que la position vicieuse était plus prononcée. Cette dernière circonstance sépare ces deux articulations de l'articulation coxo-fémorale, où le redressement amène plutôt la déchirure des ligaments et des adhérences — et éventuellement une fracture du col — qu'une compression de l'os avec écrasement.

Ajoutons que, dans 7 cas sur 11, on avait pratiqué le redressement simultané de plusieurs articulations, notamment des deux genoux (dans 4 cas).

Ces données nous permettent déjà d'incriminer, comme cause essentielle de l'embolie graisseuse, le redressement brusque d'une ou de plusieurs articulations riches en tissu spongieux, et offrant en outre des conditions anatomiques susceptibles de favoriser, par suite du redressement, un écrasement de l'os par compression.

Ces facteurs ne sauraient cependant entrer seuls en ligne de compte, car, s'il en était ainsi, l'embolie graisseuse serait infiniment plus fréquente qu'elle ne l'est. Force nous est donc de chercher une autre cause prédisposante. L'étude de notre statistique nous fournit une indication précieuse à ce point de vue, en nous montrant l'importance d'un nouvel élément étiologique : nous voulons parler de la durée de l'impotence, sur laquelle M. Payr insista dès son premier mémoire, tout en considérant la diathèse lymphatique comme la cause principale de l'issue fatale.

Il est, en effet, connu depuis longtemps que l'immobilité d'un membre détermine non seulement de l'atrophie musculaire, mais aussi un certain degré d'atrophie osseuse. Ce fait a été mis en lumière, depuis l'emploi de la radiographie, par MM. Sudeck, Kienböck et d'autres. Il est inutile de discuter ici la question de savoir s'il s'agit purement et simplement d'une atrophie par inaction, ou plutôt, selon l'avis de certains auteurs, d'une atrophie réflexe. Qu'il suffise de dire qu'à notre avis l'immobilité doit être considérée comme le fait primordial, qu'elle exerce une influence directe sur la nutrition de l'os, ou qu'elle intervienne par l'intermédiaire d'un processus réflexe dans un cas comme dans l'autre, la substance osseuse, destinée à soutenir l'extrémité et le corps tout entier, est remplacée, à mesure qu'elle perd son fonctionnement normal, par un tissu indifférent, la substance grasse. Cette substitution de moelle adipeuse à l'os prédispose doublement à l'embolie graisseuse, d'une part en facilitant l'écrasement par compression, d'autre part en fournissant une quantité importante de graisse. Il est du reste facile de se rendre compte de la coopération de ces deux facteurs au cours de toute intervention sur les os d'une extrémité condamnée depuis longtemps à l'impotence : on se convaincra aisément que l'os se laisse comprimer avec une facilité inquiétante et qu'il sort, de toute solution de continuité de cet os, un suc rougeâtre représentant une émulsion de sang et de graisse.

Or, de l'étude de notre statistique, il résulte que l'impotence de l'articulation opérée avait duré dans la plupart des cas un an au moins; une seule fois elle ne datait que de cinq mois; pour 3 observations, nous manquons de renseignements précis à ce sujet, mais l'ensemble des circonstances nous autorise à admettre que l'infirmité était de date ancienne.

On nous objectera, il est vrai, que ce facteur perd de son importance, puisque tous les malades soumis à un redressement brusque ont été impotents avant cette intervention. Ceci n'est cependant pas tout à fait exact; il n'est pas rare, en effet, qu'une extrémité ankylosée ou contracturée soit utilisée comme appui, malgré la difformité; il ne saurait donc, en pareille occurrence, y avoir une atrophie osseuse quelque peu prononcée.

III

Voici donc ce qui se produit dans le redressement brusque de certaines articulations, notamment du genou et du pied :

La force déployée par le chirurgien peut avoir trois résultats différents. Toutes les fois que la résistance de l'os est supérieure à celle des parties molles, ce sont ces dernières, en particulier la capsule articulaire et les adhérences intra-articulaires, qui se déchirent, ce qui constitue la conséquence idéale du redressement brusque.

Si, par contre, la résistance de l'os est inférieure à celle des ligaments et des adhérences, c'est l'os qui cède, et il se produit soit une simple fracture, soit un tassement, un écrasement par compression. La fracture franche survient surtout lorsque la constitution anatomique de l'os est relativement normale, la résistance des adhérences intra et péri-articulaires étant considérable. Elle est encore la conséquence de manœuvres de redressement mal dirigées, intempestives, et dans lesquelles le chirurgien se sert, pour augmenter sa force, d'un bras de levier trop long. Cette forme de fracture constituera le plus souvent une entrave au traitement, mais elle est peu à craindre en ce qui concerne la production de l'embolie graisseuse : la lésion de la moelle n'y est, en effet, pas plus étendue que dans la plupart des fractures simples.

Il en est autrement de la troisième éventualité : du tassement de la substance spongieuse, qui est à redouter toutes les fois qu'il y a ostéoporose, comme dans notre observation personnelle. Ce tassement peut se produire sans solution de continuité de l'os et sans déchirure du périoste : la seule altération que l'on remarquerait, à l'inspection directe de l'os, serait une légère inflexion de la couche corticale au point de tassement maximum. La substance spongieuse est exprimée comme une éponge, et déverse son contenu, la graisse, dans les veines déchirées au même moment. La quantité de graisse jetée dans la circulation sanguine sera proportionnelle au degré de l'ostéoporose, au volume de la substance spongieuse comprimée et, par conséquent, au nombre d'articulations redressées simultanément. On pourra observer, dans

(1) E. Payr. Ueber tödliche Fettembolie nach Streckung von Contracturen. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juillet 1898.) — Weitere Beiträge zur Kenntnis und Erklärung des fettembolischen Todes nach orthopädischen Eingriffen und Verletzungen. (*Zeitsch. f. orthopäd. Chir.*, 1899, VII, 2-3, p. 338.)

ces conditions, les divers degrés de l'embolie graisseuse, depuis le crachement sanguinolent isolé jusqu'à l'issue mortelle rapide.

IV

Cela étant, y a-t-il lieu de faire intervenir, comme le veut M. Payr, la diathèse lymphatique dans la pathogénie de cet accident? Avant d'aborder cette question, il convient de résumer en deux mots ce que l'on comprend actuellement sous le nom de diathèse lymphatique.

Pendant la première moitié du siècle passé, l'hypertrophie du thymus était considérée comme la cause principale des cas de mort subite chez les enfants, que l'on attribuait à la suffocation par compression directe de la trachée. Bien que cette hypothèse eût été attaquée par Friedleben, qui nia péremptoirement la réalité de la « mort thymique », et dont l'avis fut partagé pendant longtemps par la plupart des cliniciens, elle trouva cependant des défenseurs convaincus, parmi lesquels on peut particulièrement citer Grawitz.

M. Paltauf (1), de son côté, établit une nouvelle théorie qui est devenue le point de départ de nos notions actuelles sur la diathèse lymphatique. Ayant constaté que la persistance ou l'hypertrophie du thymus était associée généralement à une hypertrophie de tous les organes et tissus lymphatiques, il en conclut qu'elle n'était qu'un symptôme isolé d'une diathèse générale, portant avant tout sur les organes lymphatiques, mais fréquemment combinée avec d'autres états pathologiques, tels qu'une étroitesse anormale du système artériel, la dilatation du cœur et la dégénérescence du myocarde. Cela étant, M. Paltauf dénie tout effet mécanique à l'hypertrophie du thymus, mais il admet que la diathèse lymphatique détermine une diminution considérable de la résistance de l'organisme à l'égard des irritations et des traumatismes de toute nature.

Cette théorie, appuyée par M. von Kundrat (2), par M. Escherich et par un grand nombre de cliniciens et de pathologistes, a été accueillie avec grande faveur, car elle permet d'expliquer facilement certains cas de mort subite, demeurés obscurs de par les symptômes cliniques et les résultats de l'autopsie. C'est ainsi que l'on est actuellement disposé à attribuer à la diathèse lymphatique ou thymique la mort subite chez les enfants, la mort survenant dans un bain, ou encore après une intervention thérapeutique insignifiante (injection de sérum antidiphtérique dans le cas célèbre de Langerhans), la mort sous chloroforme, l'issue fatale après des maladies infectieuses relativement légères, et même la mort des basedowiens et l'étouffement des goitreux.

Nous sommes loin de vouloir nier l'importance de la théorie émise par M. Paltauf, mais il convient cependant d'être prudent et de ne pas vouloir expliquer par la diathèse thymique tous les cas de mort dont on ne connaît pas la cause. Il importe, au contraire, à l'exemple de M. Paltauf lui-même, d'examiner chaque fait en particulier et de n'incriminer l'existence de la diathèse — toujours hypothétique sur le vivant — que lorsqu'on en constate les stigmates anatomiques, toute autre interprétation pouvant d'ailleurs être rigoureusement exclue.

La diathèse lymphatique étant devenue l'explication à la mode pour toute mort subite, il est naturel qu'on l'ait invoquée aussi pour la mort par embolie graisseuse.

M. Payr a tout d'abord émis l'hypothèse que, pour des raisons anatomiques (calibre des vaisseaux lymphatiques), la diathèse en question pourrait bien prédisposer à l'embolie graisseuse. Actuellement, il admet plutôt que la diathèse lymphatique diminue la résistance de l'individu à l'égard de l'embolie graisseuse, une fois celle-ci constituée. Il base cette théorie sur 4 observations personnelles — parmi lesquelles 2 cas de redressement brusque —, où il a constaté, à l'autopsie, l'existence de cette diathèse. L'importance de ces observations nous paraît cependant diminuée par le fait que M. Payr ajoute que, d'une manière générale, la diathèse thymique est fréquente en Styrie. Il résulte d'ailleurs des statistiques actuelles que cet état morbide n'a été constaté que 5 fois sur 45 cas d'embolie graisseuse consécutive à des traumatismes ou à des interventions chirurgicales diverses.

Au total, il est fort probable que les « thymiques » ont réellement une résistance amoindrie à l'égard de toutes sortes d'infections et de traumatismes, de l'embolie graisseuse, entre autres; mais nous tenons à répéter qu'il s'agit là d'une simple hypothèse, qui ne doit pas nous empêcher de chercher des causes plus palpables et d'une portée pratique plus grande dans l'état actuel de nos connaissances.

Nous enregistrons donc les observations de M. Payr comme des faits très intéressants au point de vue théorique; nous ne saurions cependant en faire la base de nos décisions thérapeutiques tant qu'elles n'auront pas été confirmées par un nombre d'observations plus considérable, et tant que nous ne serons pas mieux renseignés sur la vraie nature de la diathèse thymique, ainsi que sur la cause de la vulnérabilité particulière des sujets qui en sont atteints.

V

Nous en arrivons au côté véritablement pratique de la question : y a-t-il moyen d'éviter les accidents dont nous parlons, grâce à un diagnostic plus minutieux et à un choix plus restreint des cas à soumettre au redressement brusque?

Si l'on a affaire à un sujet présentant les signes indiscutables de la diathèse lymphatique, il faudra évidemment se souvenir de la théorie soutenue par M. Payr, et préférer pécher par excès de prudence plutôt que par l'excès contraire.

Nous ferons remarquer toutefois que, de l'absence des stigmates du lymphatisme, on ne saurait conclure, sans s'exposer à de graves mécomptes, à l'innocuité du redressement brusque. Ce qui importe avant tout, en effet, c'est d'éviter la production de l'embolie graisseuse, quelles que soient d'ailleurs la constitution du patient et la force de résistance qu'il pourrait opposer à cet accident. On devra donc s'abstenir de redresser à la fois deux articulations à tissu spongieux très développé, telles que le genou et les articulations du pied; songer, en outre, à l'éventualité d'une ostéoporose produite par inaction, en mettant à profit les renseignements fournis par les commémoratifs du malade; contrôler enfin ce diagnostic — et ceci est à notre avis le point essentiel —, à l'aide d'un examen radiographique, qui doit être comparatif si l'une des extrémités est normale. Toutes les fois que l'ensemble de ces investigations permettra d'admettre l'existence d'une ostéoporose prononcée, il conviendra de renoncer au redressement brusque, même d'une seule articulation, pour s'adresser aux procédés lents, auxquels M. Payr conseille d'ailleurs, lui aussi, de donner la préférence. Ces procédés sont généralement d'autant plus efficaces que l'ostéoporose est plus marquée.

En suivant ces règles, on écartera avec une certitude presque complète le danger de tuer le malade en voulant lui rendre l'usage de ses jambes.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne.

(1) A. Paltauf. Ueber die Beziehungen des Thymus zum plötzlichen Tod. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 nov. 1889 et 27 fév. 1890.) — Einige Bemerkungen über den Tod durch Ertrinken. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 mars 1892, p. 298.) — Voir aussi *Semaine Médicale*, 1894, p. 243.

(2) R. von Kundrat. Zur Kenntnis des Chloroformtodes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3, 10, 17 et 24 janv. 1895.)

BULLETIN

L'hospitalisation des aliénés dangereux et criminels dans les divers pays.

L'attentat dont M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris, a été victime ces jours derniers de la part d'un des malades confiés à ses soins attire une fois de plus l'attention sur la nécessité de prendre des mesures spéciales à l'égard des aliénés dangereux, surtout quand leurs tendances nuisibles se sont déjà traduites par des actes : et c'était précisément le cas du sujet qui a grièvement blessé M. Vallon, puisqu'il avait été interné à la suite d'une tentative d'homicide ayant abouti à des blessures graves. Au reste, les lecteurs de ce journal savent que le dernier Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes avait inscrit à son ordre du jour la question des aliénés criminels et que, à la suite d'une longue discussion, cette réunion a émis entre autres vœux « qu'il soit créé d'urgence des asiles spéciaux pour le traitement des aliénés spécialement dangereux » et « que l'autorité judiciaire intervienne dans l'internement, le maintien et la sortie des aliénés criminels » (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 252-254).

Tout aussi bien, si la question n'a jusqu'ici reçu en France qu'une solution platonique, par suite du vote de la Chambre affectant *en principe* l'infirmerie pénitentiaire de la maison centrale de Gaillon aux aliénés dangereux ou criminels, il n'est pas sans intérêt de signaler de quelle façon le problème a été résolu dans divers pays étrangers. Nous trouvons les éléments de cette étude dans le rapport que M. le docteur P. Sérieux, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, adressait naguère au Conseil général de la Seine, à la suite de missions scientifiques dont il avait été chargé par cette assemblée.

C'est en Angleterre que l'assistance des aliénés criminels a tout d'abord préoccupé les pouvoirs publics. Depuis 1863, le *Broadmoor State Criminal Asylum* reçoit à la fois les aliénés criminels non jugés, parce qu'ils ont été reconnus aliénés avant le procès, les aliénés criminels jugés, mais acquittés comme fous ou qui, ayant été condamnés à mort, ont bénéficié d'un sursis pour cause de folie, enfin les condamnés devenus aliénés, quand il s'agit d'une condamnation à une longue détention.

En plus de cet établissement, le Royaume-Uni possède, en Ecosse, un quartier d'aliénés criminels, annexé, au point de vue administratif, à la prison centrale de Perth, et, en Irlande, le *Dundrum Criminal Lunatic Asylum*, ouvert dès 1850, et qui reçoit les mêmes catégories de malades que l'asile de Broadmoor.

Aux Etats-Unis, le seul Etat de New-York dispose d'un quartier spécial annexé à l'établissement pénitentiaire d'Auburn, de l'asile d'aliénés criminels de Matteawan, inauguré il y a une douzaine d'années, et du *Dannemora Hospital for Insane Convicts*, de date toute récente (1900). On y trouve également le *State Asylum for Insane Criminals*, dans l'Etat de Massachusetts, et un établissement du même genre dans celui de Michigan.

En Belgique, les aliénés criminels sont, pour le moment, hospitalisés dans un quartier spécial de l'asile de Tournai.

En Norvège fonctionne, mais à titre provisoire, l'asile d'aliénés criminels de Trondhjem, installé dans les bâtiments d'une ancienne prison désaffectée.

En Allemagne, on trouve, outre un certain nombre de quartiers spéciaux pour condamnés devenus aliénés, annexés à des prisons — il y en a 6 pour la Prusse —, le *Haupt-Krankenhaus des Landesgefängnisses* de Bruchsal, destiné à recevoir les criminels aliénés du grand-duché de Bade, et qui vient d'être re-

construit de façon à donner satisfaction à toutes les exigences de la psychiatrie moderne. Mais il ne s'agit là, en somme, que d'établissements visant les condamnés devenus aliénés; au contraire, l'asile de Waldheim, en Saxe, et celui de Düren, dans la province rhénane, hospitalisent aussi des aliénés criminels.

L'Italie possède les asiles de Montelupo (*Manicomio giudiziario dell'Ambrogiana*) et de Reggio d'Emilia, où sont des sections de *condannati* (criminels aliénés), de *prosciolti* (aliénés criminels) et de *giudicabili* (sujets en observation).

Citons encore, pour nous en tenir aux établissements les plus connus, les asiles de Klingstown, au Canada, et celui de Las Mercedes, dans la République Argentine.

Comme on peut en juger par cette rapide revue d'ensemble, nombre des établissements que nous venons de mentionner sont à la fois affectés aux aliénés criminels et aux condamnés devenus aliénés. C'est là une confusion fâcheuse à tous égards, et que l'opinion publique, en France, n'accepterait sans doute pas facilement. Au reste, la proposition de loi déposée depuis longtemps déjà par M. le docteur Dubief à la Chambre des députés distingue parfaitement entre ces deux catégories de malades, et est de nature à satisfaire à la fois aux légitimes susceptibilités des familles intéressées et aux *desiderata* des aliénistes, puisqu'elle prévoit et des asiles de sûreté pour aliénés criminels et des asiles spéciaux pour criminels aliénés, avec intervention de l'autorité judiciaire pour l'internement, le maintien et la sortie des uns et des autres de ces sujets.

Cette solution du problème est certainement la plus rationnelle, aussi bien en France, où il n'a pas encore été réalisé la moindre réforme — gouvernement et parlement se refusant depuis un quart de siècle à consacrer le temps nécessaire pour résoudre une question si éminemment sociale —, et dans les pays étrangers qui en sont au même point que nous, que dans les autres Etats où la façon de procéder à l'égard des aliénés criminels est loin d'être à imiter en tous points. Si les pays qui se sont laissés devancer dans cette œuvre de protection et d'assistance publiques sont, il est vrai, particulièrement bien placés pour réaliser une réforme tout à fait conforme aux données de la science actuelle, ils doivent se considérer comme d'autant plus tenus de mettre maintenant quelque hâte dans l'accomplissement de leur devoir envers la société.

Et pour en revenir à notre pays, qui vient d'être le théâtre du tragique événement dont nous avons parlé au début de cet article, il importe que les politiciens, abandonnant leurs préoccupations quotidiennes, fassent aboutir rapidement une réforme depuis si longtemps attendue. Il est incontestable que notre loi sur le régime des aliénés est à refaire de fond en comble, car elle n'offre pas — au point de vue de la sauvegarde de la liberté individuelle, entre autres — les garanties si impérieusement réclamées en l'état actuel des esprits et des mœurs. Mais si le législateur sent le fardeau trop lourd pour fournir une œuvre d'ensemble, rien n'empêche de faire un départ dans le projet qui lui est soumis et de s'occuper seulement pour le moment des parties les plus urgentes : c'est ainsi qu'on pourrait séparer de la proposition de loi Dubief la section 3 du titre II (*Des condamnés reconnus aliénés; des aliénés dits criminels; des inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale*), car elle forme un tout complet, pour en faire l'objet d'une loi spéciale qui, tout en sauvegardant mieux la société contre les entreprises des aliénés dangereux, cesserait d'imposer le contact de ces derniers — toujours désagréables quand ils ne sont pas malfaisants — aux malades inoffensifs, hôtes habituels de nos asiles.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'infection mixte dans la tuberculose chirurgicale, par M. N. Petroff.

La gravité incontestablement plus grande des tuberculoses chirurgicales ouvertes, par rapport aux lésions encore fermées, a été depuis longtemps attribuée à la fréquence des associations microbiennes dans les cas du premier groupe (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 78). Cette notion, qui paraissait bien établie, a été cependant battue en brèche, tout dernièrement, par divers auteurs : M. von Brunn, notamment, aurait pu isoler des streptocoques dans le pus de 39 abcès froids provenant d'adénites tuberculeuses du cou, sans aucune communication avec l'extérieur. Cela étant, M. Petroff a cru devoir reprendre l'étude de la question, tant au point de vue clinique qu'expérimental.

Il a tout d'abord constaté que, sur 44 cas d'abcès froids ouverts, d'origine osseuse, articulaire ou ganglionnaire, le pus contenait 41 fois des microbes pyogènes, dont les plus fréquents étaient les staphylocoques (21 fois) et les streptocoques (18 fois). Au contraire, des recherches faites sur le pus de 57 abcès fermés ne lui donnèrent que 8 fois des microorganismes banaux, à savoir 3 fois des staphylocoques, 2 fois des streptocoques, 3 fois des micrococques ou des bacilles indéterminés; encore ces 8 faits positifs concernent-ils des abcès qui avaient été ponctionnés plus ou moins récemment, ou qui se trouvaient au voisinage de trajets fistuleux ou d'excoriations de la peau : il ne rencontra jamais d'infection mixte dans un abcès fermé, recouvert et entouré d'une peau intacte.

Voulant avoir la confirmation expérimentale de ces faits, l'auteur inocula ensuite des bacilles tuberculeux humains dans les deux genoux d'un certain nombre de lapins, dont les uns furent laissés tels quels pour servir de témoins, tandis que les autres reçurent secondairement, dans l'un des genoux déjà infectés, une injection de streptocoque, de staphylocoque, de bacille pyocyanique, de tétragène, de colibacille, etc. Ces animaux une fois sacrifiés, les articulations furent excisées et histologiquement examinées. Or, dans tous les cas où l'infection secondaire avait eu une durée suffisante, on constata des lésions beaucoup plus étendues et plus graves dans les jointures soumises à l'infection mixte que dans celles qui avaient été seulement tuberculisées : c'est ainsi que les cartilages et les épiphyses osseuses étaient attaqués par le processus destructif dans les premières, tandis que, dans les secondes, la synoviale et les ligaments intra-articulaires — c'est-à-dire les portions les moins résistantes — étaient seuls intéressés. D'autre part, la généralisation de la tuberculose, se traduisant par l'existence de lésions pulmonaires, était beaucoup plus fréquente et plus prononcée chez les lapins ayant subi une infection secondaire que chez les témoins.

Etant donnés ces résultats, M. Petroff n'hésite pas à conclure que c'est bien aux associations microbiennes qu'il faut imputer la gravité toute particulière, tant locale que générale, des foyers ouverts de tuberculose chirurgicale. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août 1904.) — F. F.

Ulcère solitaire perforant du cæcum (ulcère para-appendiculaire), par MM. E. Sacquépée et Carrive.

La rareté de l'*ulcus simplex* en dehors de l'estomac et du duodénum donne un intérêt particulier au fait relaté par MM. Sacquépée et Carrive.

Un militaire entre à l'hôpital avec le tableau complet d'une crise d'appendicite aiguë : douleur très vive au point de McBurney, vomissements, constipation, empâtement de la fosse iliaque droite, fièvre (38°4), pouls à 110. Il est traité par la vessie de glace et les opiacés, et, de fait, les phénomènes aigus paraissent bientôt s'amender : la température et le nombre des pulsations retombent à la normale, la débâcle stercorale se produit. Pourtant, au bout de quatre jours, le malade accuse une douleur spontanée *à gauche* de la ligne blanche; à ce niveau on perçoit une tuméfaction globuleuse, exactement sus-pubienne, mate à la percussion, qui n'existait pas les jours précédents; le toucher rectal permet de reconnaître une tuméfaction rénitente faisant saillie derrière la région vésicale et communiquant avec celle que l'on constate par le palper abdominal; en même temps, un liquide glaireux, renfermant des cellules cylindriques, cubiques et rondes, toutes mononucléées, s'écoule par l'anus. Le lendemain, les signes de réaction péritonéale imposent une intervention sanglante; on fait une laparotomie gauche, qui conduit sur une poche à contenu purulent très fétide, contenant des streptocoques et des colibacilles. Après une amélioration de plus d'une semaine, les vomissements reparaissent et l'opéré succombe.

A l'autopsie, l'appendice est trouvé absolument normal, mais le cæcum présente, à sa partie postéro-interne et à 1 centimètre en dedans de l'implantation de l'appendice, une perforation circulaire, de 1 centimètre de diamètre, à bords taillés à pic. Dans la partie inférieure de l'abdomen on rencontre deux foyers purulents — l'un à gauche (celui sur lequel avait porté la laparotomie), l'autre dans la fosse iliaque droite —, qui communiquent par une sorte de tunnel étroit, de 3 ou 4 centimètres de longueur.

Le microscope ne révéla, outre une zone de nécrose, d'un millimètre environ de largeur, autour de l'ulcération, qu'une prolifération modérée du tissu conjonctif sous-péritonéal; il n'existait notamment ni artérite ni thrombose des nombreux vaisseaux sanguins du voisinage.

En dehors de la rareté de cette localisation cæcale de l'ulcère rond, ce fait est instructif, au point de vue pathogénique, en ce qu'il infirme totalement — en raison du siège de la lésion et des résultats négatifs de l'examen histologique — et la théorie peptique et la théorie inflammatoire (basée sur l'existence d'une artérite avec thrombose), invoquées à propos de l'ulcère de l'estomac. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 2.) — F. F.

Néphrite interstitielle et métrorrhagies, par M. Violet.

On sait que la néphrite interstitielle peut s'accompagner de métrorrhagies : en pareille occurrence, il suffit parfois d'une cause tout à fait contingente, telle qu'une rétroversion utérine demeurée jusque-là silencieuse, pour déterminer l'apparition des hémorrhagies utérines, qui prennent, dans certains cas, une gravité incontestable, de par leur abondance ou leur persistance. La notion de ces faits est importante au point de vue thérapeutique. L'ergotine, en effet, est non seulement inefficace, mais encore nuisible chez des malades dont la tension artérielle est déjà exagérée. En réalité, les métrorrhagies brightiques ne cèdent qu'à un régime approprié, associé, en cas d'insuffisance, au traitement local de la muqueuse (cautérisation, curettage); c'est ce qui ressort des 3 observations relatées par M. Violet dans le présent mémoire.

Le premier de ces faits concerne une femme de trente-quatre ans, qui souffrait de ménorrhagies depuis trois années. Or, on reconnut chez cette malade l'existence d'une néphrite interstitielle, se manifestant par de la polyurie avec urines très pâles, contenant le jour une faible quantité d'albumine, par une dilatation du cœur et un renforcement du second bruit aortique. Le régime, dont l'action fut complétée par un curettage avec écouvillonnage au chlorure de zinc, fit cesser les pertes sanguines.

Dans le second cas, ayant trait à une femme de quarante et un ans dont les troubles menstruels remontaient à huit années, l'ergotine avait été administrée antérieurement, mais n'avait agi que d'une façon tardive et d'ailleurs éphémère. L'examen ayant décelé une hypertension artérielle très marquée avec élargissement de la zone précordiale, un frémissement à la pointe du cœur et un bruit de galop à la base, les urines donnant en outre un léger précipité d'albumine avec l'acide azotique, on pensa que les métrorrhagies pouvaient être d'origine brightique et l'on institua un traitement analogue à celui qui avait réussi dans le cas précédent. Le résultat fut également favorable.

Il en fut de même chez la troisième patiente, dont les hémorrhagies, affectant la forme de pertes continues, avaient antérieurement résisté à l'emploi répété de l'ergotine. (*Lyon méd.*, 11 septembre 1904.) — F. M.

Gastrectomie et étranglement post-opératoire, par M. F. Gross.

L'observation relatée dans le présent mémoire est intéressante en ce que l'occlusion intestinale qui en fait l'objet paraît avoir été due à une bride de péritonite adhésive ayant son siège dans la région iléo-cæcale, bien que reconnaissant pour cause une intervention sur l'estomac.

La malade dont il s'agit eut à subir une gastrectomie assez étendue pour infiltration cancéreuse de la région prépylorique de l'estomac. Les suites opératoires furent des plus simples. Tout au plus nota-t-on, dans les premiers jours qui suivirent l'intervention, un peu de ballonnement abdominal, auquel d'ailleurs on n'attacha pas alors grande importance, car il ne s'accompagnait ni de réaction péritonéale ni d'ascension thermique. Le succès opératoire paraissait donc complet, lorsque, le trente-troisième jour, un changement brusque se produisit : on vit le facies se gripper rapidement, des coliques apparaître, le cours des gaz et des matières s'arrêter. Le météorisme, qui s'était installé d'emblée, fut bientôt assez considérable pour dessiner sous les téguments les anses intestinales distendues. Les vomissements bilieux, le pouls petit et presque incomptable et l'hypothermie vinrent compléter le tableau, ne laissant aucun doute sur l'existence d'une occlusion intestinale. On rouvrit alors l'incision médiane sus-ombilicale qui avait servi à la première laparotomie, sans toutefois rien trouver qui expliquât les phénomènes d'occlusion. Ce n'est qu'après avoir prolongé l'incision abdominale par en bas que l'on tomba — dans la région iléo-cæcale, où les anses étaient distendues à l'extrême — sur une bride en amont de laquelle l'intestin était dilaté, tandis qu'en aval il se présentait aplati et vide. Cette bride était donc manifestement le corps du délit : on la sectionna et on referma le ventre. L'amélioration suivit rapidement et, au bout de dix jours, l'état de la malade était absolument satisfaisant.

Bien qu'à première vue l'existence d'une corrélation ne s'impose pas entre l'intervention pratiquée sur l'estomac et l'étranglement interne à siège iléo-cæcal survenu un bon mois plus tard, M. Gross admet néanmoins qu'il a existé un rapport de cause à effet entre les deux événements. Rapprochant son observation de certains cas d'accidents péritonéaux de la région iléo-cæcale consécutifs à la perforation d'un ulcère du duodénum, l'auteur admet qu'il s'est produit, au niveau de la région opératoire gastro-duodénale, un suintement sanguin, demeuré aseptique, mais ayant lentement fusé le long du côlon descendant vers la région iliaque droite pour y déterminer une péritonite adhésive avec formation de brides. Ainsi se trouveraient expliqués et l'absence de réaction locale et le ballonnement noté après la première intervention. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er septembre 1904.) — F. M.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La respiration de Cheyne-Stokes dans le coma diabétique et la respiration profonde de Kussmaul dans l'urémie, par M. W. Ebstein.

Au cours des états comateux, la respiration affecte communément des rythmes anormaux, dont Kussmaul a jadis tenté de tirer parti en vue du diagnostic différentiel des comas urémique et brightique : du type dit de Cheyne-Stokes, qui serait caractéristique de l'urémie, il en distingua un autre, remarquable par la fréquence des mouvements respiratoires, mais sans intermittence, qu'il décrivit sous le nom de *respiration profonde* et qui appartiendrait en propre au coma diabétique. Bien que la règle ainsi posée par Kussmaul paraisse vraie dans bon nombre de faits, il s'en faut qu'elle puisse s'appliquer à la généralité des cas, comme le montrent les observations réunies par M. Ebstein dans le présent mémoire.

C'est ainsi que chez un homme de quarante-six ans, qui était atteint de diabète compliqué de tuberculose pulmonaire, l'auteur a pu constater la respiration typique de Cheyne-Stokes — ce qui est en contradiction avec la règle de Kussmaul —, et cela avant même que le malade eût entièrement perdu connaissance; ce rythme persista pendant douze heures, jusqu'à l'apparition d'un œdème pulmonaire aux progrès duquel le patient succomba au bout de six heures. Dans ce cas, la respiration de Cheyne-Stokes exista à l'état de pureté; mais, chez d'autres sujets, elle peut alterner avec le type de Kussmaul, comme M. Ebstein l'a observé dans un cas de diabète pancréatique : quelques heures avant la mort, la respiration, bien que conservant une régularité parfaite, devint remarquablement profonde en même temps que très bruyante; à plusieurs reprises, toutefois, cette « respiration de Kussmaul » fut coupée de périodes où l'on constatait un rythme de Cheyne-Stokes des plus caractérisés.

D'autre part, la respiration profonde, attribut habituel du coma diabétique, survient, à l'occasion, dans l'urémie : tel fut le cas d'un brightique de vingt et un ans, dont l'autopsie confirma ultérieurement le diagnostic de néphrite interstitielle, et chez lequel on vit, la veille de la mort, les mouvements respiratoires augmenter de fréquence jusqu'à atteindre 36 et 48 par minute, et devenir profonds et bruyants, tout en demeurant d'ailleurs absolument réguliers et sans prendre, à aucun moment, le caractère du type de Cheyne-Stokes. L'auteur relate encore l'observation d'un autre brightique chez lequel la résorption d'œdèmes étendus marqua le début d'une attaque aiguë d'urémie à laquelle le malade succomba au bout de deux jours, après avoir présenté un rythme respiratoire en tout analogue à celui qui avait été constaté dans le fait précédent.

Des données ainsi recueillies par M. Ebstein, il résulte donc que la respiration de Cheyne-Stokes et la respiration profonde de Kussmaul peuvent exister aussi bien dans le coma diabétique que dans l'urémique; en outre, ces types respiratoires alternent parfois entre eux. On ne saurait donc valablement baser, sur la présence de l'un ou de l'autre de ces phénomènes, le diagnostic de la variété ou de l'origine du coma.

Au point de vue pronostique, la constatation d'une respiration irrégulière — quel qu'en soit d'ailleurs le type — serait un indice de gravité. L'auteur toutefois fait remarquer que ce pronostic n'est pas nécessairement fatal quand il s'agit de la respiration de Cheyne-Stokes : dans un cas très grave d'urémie, il vit la dyspnée caractéristique rétrocéder, puis disparaître complètement, en même temps que les phénomènes urémiques s'amendaient. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.) — F. M.

De la résection de la vessie pour tumeurs malignes, par M. F. Matthias.

Les résections étendues de la vessie pour néoplasmes malins n'ont pas donné jusqu'ici de fort brillants résultats, mais il convient, pour les apprécier, de sérier les cas opératoires, et de répartir, sous des chefs différents, les extirpations totales de la vessie, les extirpations partielles, plus ou moins larges, mais qui n'intéressent pas les uretères, enfin les cystectomies partielles, combinées à l'urétérectomie, partielle aussi, uni ou bilatérale. La statistique de M. Wendel, en 1898, comprenait 11 faits de ce dernier type, parmi lesquels on relevait 7 morts; des 4 opérés qui avaient survécu, 3 avaient une récidive dans le cours des quatorze premiers mois, le quatrième n'était suivi que deux mois.

M. Matthias apporte 2 observations nouvelles, émanant de la pratique de M. von Mikulicz, deux succès opératoires, qui sont de nature à atténuer quelque peu le pronostic immédiat de ces interventions.

La première opérée est une femme de quarante-six ans, qui urinait du sang depuis deux ans et demi; on avait diagnostiqué une tumeur de la vessie, et un fragment de cette tumeur, extirpé, avait montré, à l'examen histologique, qu'il s'agissait de cancer. La cystoscopie révélait, à gauche, au niveau de l'embouchure de l'uretère, une tumeur saillante, ovalaire, du volume d'un œuf de pigeon; tout le côté gauche de la vessie était, d'ailleurs, proéminent. Par le vagin on sentait, en avant et à gauche, une zone résistante et dure, mais qui semblait indépendante de la paroi vaginale.

Voici quelle fut l'intervention : en position inclinée, on fit la laparotomie sous-ombilicale, de l'ombilic à la symphyse, puis le péritoine pariétal fut exactement suturé au fond de l'utérus et aux ligaments larges, de manière à isoler la vessie de la grande cavité. Ceci fait, la vessie fut ouverte, et l'on trouva, occupant la paroi gauche, une tumeur irrégulière, de surface crevassée, et qui se prolongeait en haut, le long de l'uretère gauche; on excisa toute la masse néoplasique, en réséquant plus de la moitié de la vessie et un segment de 4 centimètres de l'uretère; la vessie fut alors suturée, et le moignon urétéral implanté, dans cette suture, à 2 centimètres environ de son extrémité supérieure : quatre fines soies fixèrent aux lèvres vésicales l'uretère, dont un bout libre de 1 centimètre faisait saillie dans la vessie. Tamponnement iodoformé; sonde à demeure. Les suites furent, en somme, assez simples, bien qu'il se fût produit, au onzième jour, un écoulement d'urine par la plaie abdominale; mais cette fistule dura peu, et la guérison locale complète fut obtenue au bout de quelques mois. Un an après, il n'y avait aucune trace de récidive; l'état général était très bon, l'urine claire et les mictions de fréquence normale.

Le second malade est un homme de cinquante ans, dont l'histoire est toute semblable. Au cystoscope, on reconnaissait, chez lui, largement implantée sur la paroi gauche de la vessie, une grosse tumeur irrégulière, saignante, qui s'étendait jusqu'à l'embouchure urétérale. On pratiqua la laparotomie, et l'on isola la vessie avec des compresses : elle fut alors ouverte, et toute la moitié gauche excisée avec le bout terminal de l'uretère. Le péritoine fut fermé autant que le permit la tension des tissus dans la profondeur; la vessie suturée, sauf à la partie inférieure, où fut laissé un drain, l'uretère implanté dans la ligne de réunion vésicale. Pas de réaction péritonéale; peu à peu l'on réussit à faire tolérer une sonde à demeure; la plaie hypogastrique se ferma, et, au bout de deux mois, l'opéré pouvait garder 80 grammes d'urine dans sa vessie; il avait, toutes les quarante-cinq minutes, une miction volontaire. Il sortit alors de la clinique, et n'a pas été revu.

Comme le fait remarquer M. Matthias, la technique de ces interventions paraît donc aujourd'hui bien établie : la position de Trendelenburg, d'une part, qui donne accès jusqu'au fond du bassin, et, de l'autre, l'isolement préliminaire de la vessie par la suture en diaphragme du péritoine pariétal, contribuent grandement à la bonne tenue et au succès de l'opération. Quant aux résultats éloignés, la question est différente : que les malades recueillent un réel et très appréciable bénéfice de l'opération, la première observation que nous venons de résumer en témoigne, mais on ne saurait parler ni de guérison ni même d'une constance relative de ces résultats passagers. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — L.

Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice des fibromyomes utérins, par M. Max Henkel.

La bénignité actuelle de l'hystérectomie supravaginale pour fibromyomes utérins fait de plus en plus préférer cette opération aux résections utérines et aux énucléations. S'appuyant sur les résultats obtenus par M. Olshausen, M. Henkel pense cependant qu'il y aurait avantage à ne pas dédaigner ces interventions conservatrices.

Un des plus graves inconvénients de l'hystérectomie totale ou subtotale est la brusque ménopause artificielle qu'elle détermine. On ne s'en préoccupe généralement pas, car on spécule sur l'âge des opérées qui confinent d'ordinaire à la ménopause, si même elles ne l'ont pas déjà atteinte. Mais on se trompe souvent dans ce calcul, car, en cas de fibromyomes utérins, les ovaires étant hypertrophiés, leur activité fonctionnelle se prolonge en conséquence (de cinq ans en moyenne) et la ménopause est notablement retardée. On a cherché, il est vrai, à remédier à la ménopause artificielle en laissant en place un ovaire, ou les deux, quand les circonstances s'y prêtaient. Toutefois, cette conduite est loin de donner les résultats qu'on en

espérait : un très grand nombre de patientes ainsi traitées éprouvent quand même les accidents en question. Les observations de M. Henkel lui ont en effet montré que ces accidents ne sont pas uniquement fonction de la suppression des ovaires, mais qu'ils le sont aussi de celle de l'utérus; et plus ce dernier organe est volumineux, plus graves sont les troubles que présente ultérieurement l'opérée : c'est pour cette cause qu'ils font presque totalement défaut chez les malades réglées, hystérectomisées pour cancer utérin ou annexite suppurée. On peut donc supposer que la matrice jouit, elle aussi, d'une sécrétion interne nécessaire à l'équilibre physiologique de la femme. Les opérations conservatrices pratiquées par M. Olshausen justifient pleinement ces considérations, puisque les accidents habituels à la ménopause artificielle manquèrent totalement chez les 40 femmes qu'il a soumises, dans ces cinq dernières années, à des interventions de ce genre. Il est à remarquer, en outre, qu'au point de vue de l'aptitude au travail, ces patientes se trouvaient en bien meilleur état que celles qui avaient subi des opérations plus radicales.

Cet avantage, dit-on, serait compensé par plusieurs inconvénients : récidives, dégénérescences cancéreuses, danger plus grand d'infection opératoire. Il est vrai que les récidives ne sont pas à nier : sur les 40 opérations en question, il s'en produisit 5; mais l'auteur fait remarquer qu'à proprement parler il s'agit moins de récidives que d'une maladie nouvelle; ces soi-disant récidives proviennent en effet de l'accroissement de nodules myomateux qui, en raison de leur petitesse, avaient passé inaperçus lors de la première opération. Quant aux dégénérescences cancéreuses, elles sont extrêmement rares et peuvent se développer tout aussi bien sur les moignons de l'hystérectomie supravaginale.

En ce qui concerne le risque d'infection opératoire, et bien que la statistique de M. Olshausen, pour ces cinq dernières années, n'ait fourni aucun décès, M. Henkel admet qu'il est un peu plus grand qu'avec l'hystérectomie; il pense toutefois que les progrès de la technique opératoire ont beaucoup diminué ce danger. Voici les principales précautions qu'il convient de prendre à cet égard :

Huit à dix jours avant l'opération, il faut s'abstenir de toute exploration intra-utérine, car le doigt ou la sonde apportent presque infailliblement des germes dans la matrice, alors que la cavité utérine en est normalement exempte; de la sorte, si, au cours de l'intervention, on vient à mettre la plaie pariétale en rapport avec la cavité utérine, le danger d'infection sera nul. En tout cas, on n'opérera qu'avec les instruments et non avec les doigts. Pour éviter l'hémorrhagie, on n'a qu'à saisir avec des pinces de Museux les lèvres de la plaie de l'utérus et, si cela ne suffit point, à pincer provisoirement les artères utérines avec les doigts ou avec un clamp. En même temps que le nodule fibromyomateux, il faut enlever la capsule fibreuse qui l'entoure, car celle-ci, rigide et pauvre en vaisseaux, s'affaisse mal et ne résorbe qu'imparfaitement les humeurs qui s'épanchent dans l'ancienne loge du myome : elle peut même devenir le point de départ d'une récidive. Autant que possible, on se servira de la même incision pour énucléer tous les nodules. Enfin, la suture, faite avec des fils résorbables, doit affronter très largement les surfaces péritonéales.

Cette suture minutieuse, jointe à la régression presque physiologique que subit l'organe après l'opération, a permis à 2 anciennes opérées de M. Olshausen de redevenir enceintes et d'accoucher sans accidents; et cependant l'une d'elles avait subi, en même temps que la myomectomie, une opération césarienne, car elle se trouvait à terme au moment où on fit l'ablation de ses tumeurs. C'est là, en effet, la conduite qu'il faudrait tenir au cas où un accouchement menacerait d'être gêné par l'existence d'un fibromyome énucléable. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.) — R. DE B.

Un cas de gangrène symétrique métapneumonique, par M. W. SEIDELMANN.

La présente observation, que M. Seidelmann a eu l'occasion de recueillir dans le service de M. Strümpell, à Breslau, est un nouvel exemple de gangrène symétrique des extrémités, consécutive à un état infectieux.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, chez laquelle les premiers phénomènes d'une maladie de Raynaud éclatèrent brusquement, au déclin d'une pneumonie double survenue au cours des deuxièmes couches de la patiente. L'affection débuta par des douleurs, de la cryesthésie et des fourmillements dans l'extrémité des doigts des deux mains, avec cyanose concomitante des parties atteintes, à l'exception toutefois des trois doigts du milieu de la main droite. Aussitôt déclarée, la maladie prit une allure régulièrement progressive, sans aucune rémission : bientôt de l'œdème apparut au niveau des régions intéressées, puis une gangrène sèche s'en empara. Sept jours après le début des manifestations morbides, les orteils furent atteints à leur tour ; ils ne tardèrent pas à subir le même sort que les doigts. Au bout d'un mois, la momification était complète, et l'élimination des parties gangrenées, débutant par les petits orteils, se fit successivement sur tous les doigts et tous les orteils, pour se terminer par l'annulaire de la main droite. Après la cicatrisation des moignons, laquelle s'opéra rapidement et sans complications, on constata que le sphacèle n'avait épargné que les phalanges de tous les doigts, ainsi que quelques phalangines, en partie ou en totalité. Le lobule des deux oreilles avait également été le siège de phénomènes passagers d'asphyxie locale, mais sans gangrène.

Au point de vue étiologique, M. Seidelmann est disposé à attribuer un rôle important à la pneumonie grave qui précéda immédiatement le début des phénomènes vasomoteurs. D'autre part, on sait que la maladie de Raynaud peut survenir pendant le post-partum : étant donné que la malade venait d'accoucher, c'est là également un facteur étiologique dont il faut tenir compte. L'ergotisme ne saurait d'ailleurs être incriminé en aucune façon, la patiente n'ayant pas absorbé de seigle ergoté.

En outre de ces particularités étiologiques, il convient de noter que ce fait diffère du type classique par son évolution continue : la maladie de Raynaud a généralement une allure irrégulière et procède en quelque sorte par attaques successives ou par bonds. Cependant, en présence des autres signes constatés par lui — symétrie rigoureuse de l'affection, caractères des troubles vasomoteurs et terminaison par la gangrène —, l'auteur estime que le diagnostic de maladie de Raynaud ne saurait être mis en doute. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 1-2.) — F. M.

Menstruation précoce et sarcome de l'ovaire, par M. H. RIEDL.

L'observation publiée par l'auteur a trait à une petite fille de six ans, qui fut réglée dès le début de sa quatrième année. L'écoulement sanguin se reproduisait tous les trois mois et durait, chaque fois, trois ou quatre jours; dans les premiers temps, il s'accompagnait de fortes douleurs, qui obligeaient la fillette à garder le lit. Quatre mois avant d'être admise à l'hôpital, la petite patiente commença à se plaindre fréquemment de souffrir dans le côté gauche du bas-ventre, en même temps que ses parents remarquaient une augmentation progressive du volume de l'abdomen. Au bout de quelques mois, les douleurs abdominales devinrent très intenses; puis survinrent des vomissements après chaque repas et une rétention complète des matières fécales et des gaz.

A l'examen, on constatait que cette petite fille était beaucoup plus développée que ne le comportait son âge. Sa taille était de 1 m. 21; les seins, hémisphériques, mesuraient 8 centimètres de diamètre et présentaient des mamelons saillants et une aréole pigmentée. Le mont de Vénus et les bords des grandes lèvres, fortement développées, étaient couverts de poils abondants. L'hymen, intact, avait une forme annulaire et des bords nettement découpés; l'entrée du vagin laissait passer la phalangette de l'index. A la palpation de l'abdomen, fortement tendu, on percevait une tumeur dure, quelque peu sensible à la pression et qui s'étendait du bassin jusqu'au niveau de l'ombilic, en empiétant sur les parties latérales du ventre. La percussion donnait une matité absolue dans la région de la tumeur et un son tympanique en haut, au-dessous du rebord des fausses côtes. Le toucher rectal permettait de percevoir, sur la ligne médiane, la portion vaginale de l'utérus, et plus loin, en haut et sur les côtés, une résistance dure, remplissant tout le petit bassin et qui correspondait au pôle inférieur de la tumeur.

En présence de l'occlusion intestinale, on se décida à intervenir. L'abdomen ayant été ouvert sur la ligne médiane, on trouva une tumeur, en partie kystique, grosse comme une tête d'adulte et qui avait contracté quelques adhérences avec l'intestin. Le néoplasme une fois enlevé, on fut à même de se rendre compte qu'il tenait la place de l'ovaire gauche; quant à l'ovaire droit, il était petit et contenait quelques kystes. L'utérus avait les dimensions de celui d'une jeune fille de dix-sept ans. Les suites opératoires furent régulières, et, trois semaines environ après l'intervention, la fillette quitta l'hôpital, complètement guérie.

La tumeur pesait 2 kilos 1/2 et représentait, d'après l'examen histologique pratiqué par M. Albrecht, une forme typique du « sarcome juvénile » de l'ovaire.

Au bout d'environ trois mois, la petite patiente fut ramenée à l'hôpital, où l'on constata, derrière la branche gauche du pubis, la présence d'une tumeur dure, sensible à la pression et ayant le volume d'un œuf d'oie : il s'agissait évidemment d'une récidive.

Il existe, dans la littérature médicale, un certain nombre d'autres faits de menstruation précoce *avec néoplasmes des ovaires;* comme, d'autre part, cette précocité du développement sexuel s'accompagne parfois de troubles généraux, tels que rachitisme, obésité ou hydrocéphalie, l'auteur serait porté à partager l'opinion de M. Hofacker, à savoir que, chez la femme, la puberté précoce constitue une anomalie d'ordre pathologique. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er septembre 1904.) — L. CH.

L'accroissement de la concentration moléculaire du sang, dans les maladies rénales, permet-elle de conclure toujours à l'existence d'une affection bilatérale? par MM. A. LOEB et C. ADRIAN.

On considère généralement l'accroissement de la concentration moléculaire du sang comme un signe certain d'une affection rénale bilatérale. M. Israel et M. Barth ont, cependant, signalé des cas où, malgré un abaissement considérable du point de congélation du sang, on a pu pratiquer la résection d'un rein, sans que cette intervention donnât ultérieurement lieu à une insuffisance rénale : l'accroissement de la concentration moléculaire du sang paraît donc parfaitement compatible avec l'intégrité de l'un des deux reins. Toutefois, dans les observations publiées jusqu'à présent la preuve *anatomique* de cette intégrité faisait défaut. Or, le cas relaté par MM. Loeb et Adrian vient précisément combler cette lacune et mérite, par conséquent, d'être retenu.

Il concerne un homme de cinquante ans, qui fut admis à la clinique médicale de Strasbourg pour hémorrhagies rénales et chez lequel on porta le diagnostic de tumeur maligne du rein gauche. Comme le point de congélation du sang était de —0°635, on en conclut que le processus morbide devait également intéresser le rein du côté opposé (le cathétérisme de l'uretère droit avait échoué) et on s'abstint, en conséquence, de toute intervention opératoire. Or, le patient ayant succombé au bout de six mois environ, on put se rendre compte que le rein gauche, qui pesait 1,750 grammes, avait, en effet, subi la dégénérescence cancéreuse, tandis que son congénère était de poids normal (140 grammes après durcissement) et n'offrait pas la moindre trace de néphrite chronique.

En présence d'une lésion d'un rein, la constatation d'un accroissement de la concentration moléculaire du sang ne saurait donc suffire à faire admettre l'existence d'une affection de l'autre rein. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 septembre 1904.) — L. CH.

Un cas de goutte chez un enfant de sept ans, par M. R. LUNZ.

La goutte typique étant extrêmement rare dans l'enfance, il nous paraît intéressant de signaler l'observation publiée par M. Lunz et qui a trait à un petit garçon de sept ans, chez lequel les premiers accès goutteux s'étaient déclarés avant l'âge de six ans et demi.

Les crises douloureuses se reproduisaient, chez cet enfant, deux ou trois fois par mois, survenant toujours brusquement, dans le courant de la nuit. Le petit malade se plaignait de douleurs dans tous les membres, notamment dans les mains et les pieds, sans pouvoir d'ailleurs localiser ses sensations d'une manière plus précise. Vers le matin, ces douleurs s'atténuaient considérablement, et elles disparaissaient tout à fait au bout d'un ou deux jours. Dans l'intervalle des accès, le garçonnet se trouvait, du reste, fort bien et ne présentait absolument rien d'anormal; toutefois, en l'examinant un matin, aussitôt après une forte crise, on constata, au niveau des articulations phalangiennes des deux mains, la présence de concrétions tophacées typiques, grosses comme des pois. Les téguments recouvrant les jointures atteintes étaient normaux; il n'existait pas de douleur à la pression, mais les mouvements, tant actifs que passifs, étaient quelque peu douloureux. Du côté des orteils, on ne remarquait rien de particulier, si ce n'est que, là encore, les mouvements occasionnaient une légère douleur. Tous les autres organes paraissaient sains et il n'y avait pas de fièvre. L'urine présentait une réaction fortement acide et son poids spécifique était de 1,023; l'examen microscopique y décela beaucoup d'urate de soude amorphe et des cristaux d'oxalate de chaux; cela mis à part, elle n'offrait rien d'anormal.

Le diagnostic d'accès goutteux s'imposait. Au point de vue étiologique, il est à noter que l'enfant, faible et très anémique, vivait dans une extrême misère et s'alimentait d'une façon défectueuse. Comme antécédents héréditaires, on ne releva que la tuberculose pulmonaire chez le père, mort jeune.

Le traitement consista dans l'administration des alcalins à hautes doses; sous l'influence de cette médication, les concrétions disparurent dans l'espace d'une dizaine de jours, et les accès diminuèrent d'abord d'intensité, puis aussi de fréquence. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 août 1904.) — L. CH.

Contribution à l'étude du diagnostic microscopique de l'avortement, par M. F. HITSCHMANN.

M. Opitz a signalé tout récemment certaines modifications des glandes utérines au début de la grossesse, modifications dont la constatation permettrait de conclure — notamment au point de vue médico-légal — à l'existence d'un avortement récent. Les 2 observations relatées dans le présent travail diminuent de beaucoup la valeur attribuée à ce signe histologique.

La première concerne une femme déjà sur le retour, et chez laquelle on dut recourir, pour des hémorrhagies profuses, à l'hystérectomie abdominale. Il n'existait chez cette malade aucun symptôme gravidique : les ovaires — dont l'un fut laissé en place avec la trompe attenante, d'ailleurs normale — n'offraient pas trace de corps jaune; en outre, la cavité utérine et la trompe enlevée furent examinées attentivement à l'œil nu et à la loupe et on n'y découvrit aucun ovule en voie d'évolution. Or, l'examen microscopique de cet utérus, dont la muqueuse était épaissie, congestionnée et d'aspect velouté, montra d'une façon typique les modifications glandulaires décrites par M. Opitz: la lumière des glandes était allongée, leur contour festonné en dents de scie; les cellules épithéliales étaient un peu troubles, s'accumulaient par places ou étaient soulevées par des brides conjonctives du stroma, de façon à former comme de petits promontoires cellulaires à l'intérieur de l'orifice glandulaire.

Chez la deuxième malade, au contraire, M. Hitschmann trouva un utérus gravide contenant un embryon de 1 millimètre. Or, sur cet utérus, les glandes étaient rondes, leur contour n'était pas festonné et les cellules épithéliales n'offraient aucune disposition anormale.

Malgré ces 2 faits, l'auteur estime que les modifications glandulaires en question sont un bon signe de grossesse. Mais, à en juger par les descriptions antérieures de quelques anatomistes — et par ce qu'il a lui-même observé sur la première de ses pièces —, M. Hitschmann est porté à admettre que de pareilles modifications peuvent être également produites par la fluxion menstruelle : dans le premier des cas que nous venons de résumer, l'opération fut en effet pratiquée presqu'à la veille des règles. Le fait n'aurait d'ailleurs rien d'étonnant, vu les rapports physiologiques et anatomiques existant entre la grossesse et la menstruation. A ce dernier point de vue, l'auteur signale en particulier l'apparence que prennent les cellules conjonctives de la couche superficielle de la muqueuse utérine au moment des règles : elles s'arrondissent, se gonflent, se troublent un peu et rappellent de fort près les cellules déciduales de la caduque. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 août 1904) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Nouvelle méthode conservatrice de cure radicale des suppurations chroniques du sac lacrymal (dacryocystorhinostomie), par M. A. TOTI.

Ayant eu l'occasion de remarquer, au cours de résections plus ou moins étendues de l'apophyse frontale du maxillaire supérieur pour sinusites frontales ou ethmoïdales, que la perte de substance de la paroi externe de la fosse nasale (méat moyen) résultant de l'opération est en pareille occurrence fermée par la face profonde du périoste lacrymal, directement adossé à la muqueuse du méat moyen, l'auteur a eu l'idée d'utiliser cette voie, au cas de dacryocystite, pour assurer le drainage du sac lacrymal en l'ouvrant largement et définitivement dans la fosse nasale. Voici en quoi consiste cette « dacryocystorhinostomie » — intervention essentiellement conservatrice, à opposer aux méthodes destructives du sac, communément employées —, telle que M. Toti l'a exécutée avec un plein succès, chez une jeune fille de treize ans qui était atteinte de dacryocystite purulente chronique gauche datant de trois ou quatre ans, avec tumeur lacrymale considérable :

On incise les parties molles, jusques et y compris le périoste, selon une ligne parallèle au rebord orbitaire interne dont elle est distante de quelques millimètres; au niveau de l'angle interne de l'œil, le tracé s'infléchit un peu plus en dedans : il passera, par exemple, à mi-chemin de la commissure palpébrale et du milieu du dos du nez. On décolle ensuite le périoste de l'apophyse frontale du maxillaire, ainsi que de la crête antérieure de la gouttière lacrymale; le lambeau, contenant le tendon de l'orbiculaire, est refoulé en dehors, puis le décollement du sac lacrymal poursuivi jusqu'au delà de la crête postérieure de la gouttière lacrymale. On résèque obliquement, de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors, l'apophyse frontale du maxillaire, la portion de rebord orbitaire qui forme la crête antérieure de la gouttière lacrymale, enfin le fond et la crête postérieure de cette gouttière, de façon à mettre largement à nu, mais sans la perforer, la face profonde de la muqueuse nasale. Un lambeau circulaire ou ovalaire est alors enlevé sur la paroi interne du sac lacrymal, et un lambeau semblable, voire un peu plus grand, sur la muqueuse nasale, au point exactement correspondant : il n'y a plus qu'à suturer les téguments avec le plus grand soin, sans s'occuper même du canal lacrymal qui, devenu inutile du fait de la néostomie, ne tardera pas à s'oblitérer. Il est bon de tamponner légèrement, pendant les deux ou trois premiers jours, l'extrémité antérieure du méat moyen.

Dans le seul cas où l'auteur a jusqu'ici appliqué ce procédé, la guérison fut obtenue en cinq jours, par première intention, et le résultat fonctionnel fut parfait. Il va sans dire que cette opération ne saurait donner des succès que si le méat moyen non seulement est sain, mais encore a un calibre suffisant : au cas où il n'en serait pas ainsi, on y remédierait par les moyens ordinaires. (*Clinica moderna*, 17 août 1904.) — F. F.

Le sérum de Trunecek dans l'athérome et l'artériosclérose, par M. E. DE SILVESTRI.

Après avoir été accueillie avec une certaine faveur, la méthode de traitement de l'artériosclérose par les injections de sérum inorganique de Trunecek (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 137-138) paraît aujourd'hui tombée dans l'oubli. Ce discrédit est-il justifié? C'est ce que discute M. De Silvestri, en s'appuyant sur 9 cas de lésions athéromateuses ou artérioscléreuses diverses, où il a eu recours à ce mode de traitement.

La conclusion à laquelle il arrive, c'est que les injections de sérum inorganique ont une action indéniable sur la pression artérielle, qu'elles abaissent toujours, et cet abaissement peut être fort considérable, puisque, chez les malades de l'auteur, il a varié de 25 à 120 millimètres de mercure. Cela étant, il n'y a rien d'étonnant à ce que lesdites injections aient un effet favorable sur les troubles subjectifs dépendant d'une circulation imparfaite, tels que crampes, fourmillements, et même sur les désordres purement fonctionnels qui s'observent à la période d'hypertension de l'artériosclérose : parmi ceux qui sont le plus heureusement influencés, il convient de citer la dyspnée d'effort, les palpitations douloureuses, l'oppression habituelle, l'anxiété précordiale, les céphalées, les bourdonnements d'oreille. Au contraire, ces injections ne donnent aucun résultat favorable, et ne peuvent en donner aucun, à la période « mitro-artérielle » de l'affection, alors que la tension est abaissée et le cœur dilaté, avec tendances asystoliques. Quant aux lésions vasculaires, elles paraissent peu sensibles à ce mode de traitement; pourtant on peut voir survenir une amélioration, sous l'influence du sérum inorganique, dans les formes légères de sclérose cérébrale, dues à une diminution d'élasticité des parois artérielles et se traduisant surtout par des vertiges, des troubles de la vue ou de la mémoire, etc.

Ajoutons que l'auteur, contrairement aux règles fixées par M. Trunecek (une ou deux injections par semaine, en augmentant les doses de 0 c.c. 20 à 0 c.c. 50 par séance), fait des injections quotidiennes, et augmente les doses de 1 c.c. à chaque fois, jusqu'à atteindre les quantités de 9 ou 10 c.c. Cette manière de faire aurait — sans nul inconvénient — l'avantage de rendre le traitement moins long, et partant de le faire plus facilement accepter par les malades. (*Progresso med.*, 10 juillet 1904.) — F. F.

L'éther iodoformé contre l'otite moyenne purulente chronique, par M. V. DE CIGNA.

Employé depuis longtemps en chirurgie générale, l'éther iodoformé présente, comme on le sait, l'avantage de permettre aux propriétés antiseptiques de l'iodoforme de s'exercer sur toutes les anfractuosités de la plaie, ce qui rend ce médicament particulièrement précieux pour le traitement des trajets fistuleux, surtout lorsqu'il s'agit de lésions de nature tuberculeuse. Les bons effets que produit, en pareille occurrence, l'éther iodoformé ont engagé l'auteur à expérimenter, sous la direction de M. Strazza, la même préparation contre les phlegmasies purulentes chroniques de l'oreille moyenne.

Par des expériences sur le cadavre, M. De Cigna fut d'abord à même de se convaincre que, en raison de sa grande diffusibilité, l'éther iodoformé, instillé dans le conduit auditif externe, réussit à pénétrer dans la caisse du tympan, même à travers des perforations qui sont infranchissables pour les autres liquides médicamenteux habituellement utilisés en pareil cas.

Cela étant, l'auteur, depuis plus d'un an, a essayé le procédé en question chez un grand nombre de malades, dans le service de consultation de l'hôpital Sant'Andrea, à Gênes, et il en a obtenu d'excellents résultats, notamment dans toutes les formes d'otite moyenne purulente à marche chronique et de nature scrofuleuse ou tuberculeuse, avec granulations torpides et sécrétion peu abondante d'un mucopus filant. La médication dont il s'agit a également réussi dans nombre de cas d'otite moyenne avec perforation plus ou moins vaste du tympan et écoulement purulent épais, ainsi que dans les suppurations chroniques relevant de lésions limitées à l'épi-tympan. Elle a aussi paru efficace chez quelques malades atteints d'otite chronique avec destruction plus ou moins complète de la membrane tympanique et présence d'abondantes masses cholestéatomateuses. Enfin, M. De Cigna a pu se convaincre que l'emploi de l'éther iodoformé est indiqué, encore que la chose semble quelque peu paradoxale, dans les cas où, en raison de l'existence d'une idiosyncrasie particulière, on se voit obligé à renoncer aux pansements à la gaze iodoformée, celle-ci provoquant une otite externe eczémateuse.

Il va sans dire que l'emploi de l'éther iodoformé doit, chaque fois, être précédé d'un nettoyage soigneux de la région, effectué au moyen d'ouate hydrophile stérilisée, enroulée sur l'extrémité d'une sonde. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juillet 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Paralysies ptomaïniques, par M. N. Kouchev.

Si les paralysies dues à certaines intoxications minérales (paralysies arsenicales ou saturnines, par exemple) ont été décrites de longue date et sont aujourd'hui parfaitement connues, il s'en faut qu'il en soit de même pour les troubles moteurs consécutifs à des empoisonnements d'origine animale. Aussi les observations de *paralysies ptomaïniques* publiées par M. Kouchev méritent-elles d'être signalées.

Le premier cas relaté par l'auteur concerne un homme de trente-deux ans, exempt de tout antécédent syphilitique ou alcoolique, et qui, après avoir toujours joui d'une bonne santé, fut pris, après le repas du jour de Noël, de nausées avec vomissements, vertige et faiblesse générale; les matières vomies contenaient des résidus alimentaires, mais ne renfermaient pas de sang. Le jour suivant et le surlendemain, les mêmes accidents se reproduisirent après les repas; puis, il survint de la diarrhée. Ces troubles digestifs, accompagnés d'une anorexie très marquée, persistèrent pendant une quinzaine de jours. A la fin de cette période, le malade remarqua l'existence d'un œdème qui, localisé d'abord aux paupières et à la face, envahit, au bout de trois ou quatre jours, les extrémités et les bourses. Plus tard, l'œdème céda la place à un prurit généralisé intense avec de petits abcès sur la poitrine, l'abdomen et les fesses. En même temps que l'œdème, des crampes avaient commencé à se manifester dans les membres, le moindre mouvement provoquant une contracture prolongée des doigts ou des orteils, surtout pendant la nuit. Il existait, en outre, des douleurs intenses dans les mollets, dans les genoux et dans la plante du pied, ainsi qu'au niveau des deux coudes et des doigts. Le patient éprouvait également, du côté des membres, une sensation d'engourdissement, qui, limitée pour les extrémités supérieures à la région palmaire, intéressait les membres inférieurs dans leur totalité. Un mois environ après le début de ces accidents, cet homme commença à ressentir une faiblesse d'abord dans les pieds, puis dans les bras, et bientôt il ne fut plus à même de marcher autrement qu'en s'aidant d'une canne ou en s'appuyant à un mur. Au niveau des membres supérieurs, la parésie était limitée aux avant-bras. On ne remarquait de paralysies ni de la face, ni du tronc. La miction se faisait régulièrement. Il n'existait pas non plus de troubles de la vue ni de l'ouïe, et la mémoire était parfaitement conservée. Le malade n'eut jamais de perte de connaissance, ni au début, ni au cours ultérieur de l'affection. A l'examen, on constatait une légère diminution de la sensibilité à la douleur au niveau des extrémités supérieures, s'étendant des mains jusqu'aux coudes; toutes les autres variétés de sensibilité étaient partout normales. Les réflexes cutanés des pieds étaient quelque peu exagérés, les réflexes abdominal et crémastérien normaux. Par contre, le réflexe rotulien et celui du tendon d'Achille étaient abolis. La force musculaire était considérablement diminuée dans les quatre extrémités (sauf au niveau de l'épaule et de la hanche), sans qu'il y eût, à cet égard, la moindre différence entre les fléchisseurs et les extenseurs. L'excitabilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs paraissait plus affaiblie du côté des membres inférieurs que du côté des bras. En exerçant une pression sur les muscles et sur les troncs nerveux, on provoquait de vives douleurs.

M. Kouchev fut également appelé à donner ses soins à la mère de cet homme, qui était tombée malade en même temps que lui et présentait des troubles analogues. De plus, l'auteur apprit que quatre autres personnes, qui étaient venues passer les fêtes de Noël dans cette famille, avaient aussi été prises, peu de temps après leur retour chez elles, de parésies plus ou moins accentuées.

Or, au point de vue étiologique, on ne pouvait incriminer que la viande de mouton, dont la mère du premier malade avait acheté une large provision et dont on avait mangé à plusieurs reprises dans le cours de la semaine de fêtes. Il n'y avait jamais eu d'arsenic dans la maison, et l'hypothèse d'un empoisonnement criminel était absolument à rejeter. L'analyse des urines du premier patient ne décela, d'ailleurs, aucune trace d'arsenic ni de plomb. D'autre part, il est à noter que deux chats auxquels on avait donné la même viande à manger présentèrent également des troubles digestifs (vomissements et diarrhée) et que, ultérieurement, l'un de ces animaux eut une paralysie de l'arrière-train.

En ce qui concerne la nature des troubles nerveux en question, M. Kouchev estime — l'absence de désordres dans le fonctionnement des sphincters permettant d'exclure l'idée d'une lésion de la moelle épinière — qu'il y a lieu d'admettre l'existence d'une polynévrite. Il est à remarquer que, contrairement à ce que l'on voit dans les cas de paralysies arsenicales ou saturnines, les troubles moteurs, chez les deux malades observés par l'auteur, ne portaient pas de préférence sur les muscles extenseurs : dès le début de l'affection, les fléchisseurs furent atteints au même degré que les extenseurs.

Sous l'influence de l'électricité, associée, dans le premier cas, à l'emploi de l'iodure de potassium, les phénomènes morbides ne tardèrent pas à se dissiper. (*Roussk. Vratch*, 14 août 1904.) — L. CH.

Contribution à l'étude des vomissements acétonémiques chez les enfants, par M. V. Krotkov.

L'auteur relate l'observation d'un garçon de onze ans qui, s'étant plaint un jour de courbature générale avec céphalalgie et frissons, fut pris vers le soir de vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux. Appelé à voir cet enfant le lendemain, M. Krotkov le trouva dans un état de faiblesse et d'apathie très marquées; le petit malade répondait péniblement aux questions qu'on lui adressait et se plaignait d'un mal de tête violent, ainsi que de douleurs musculaires dans tout le côté gauche du tronc. La température était de 37°5 et il existait un rétrécissement modéré des pupilles; les muscles cervicaux postérieurs étaient légèrement contracturés; on obtenait facilement la raie de Trousseau; il n'y avait ni convulsions, ni paralysies. L'abdomen était quelque peu ballonné, l'haleine fétide, la langue humide et chargée d'un enduit blanchâtre, la constipation complète depuis le début de la maladie. La miction se faisait régulièrement et sans douleur; analysée séance tenante, l'urine donna très nettement la réaction de l'acétone.

Vu cette dernière particularité, l'auteur pensa avoir affaire à des vomissements acétonémiques plutôt qu'à une affection du système nerveux. Et, de fait, l'évolution ultérieure de l'affection confirma pleinement cette hypothèse. Comme tout essai d'alimentation provoquait aussitôt des vomissements, M. Krotkov institua une diète sévère, en ne permettant que quelques gorgées d'eau froide ou d'eau albumineuse de temps à autre. Il prescrivit, en outre, de la magnésie à la dose de 0 gr. 20 centigr., répétée trois fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, tous les troubles se dissipèrent dans l'espace de deux jours. L'urine fut analysée à plusieurs reprises encore au cours de la maladie, et chaque fois on y décela la présence d'acétone.

Loin de partager l'avis de M. Marfan — pour qui les vomissements acétonémiques constitueraient un syndrome particulier et autonome, indépendant notamment de toute affection de l'appareil digestif (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 45-46) —, l'auteur estime, au contraire, que les troubles en question entrent tout simplement dans la catégorie des pseudo-méningites dues à une intoxication exogène, d'origine digestive. C'est ainsi que, dans le présent cas, l'affection avait débuté pendant les jours gras, lorsque la nourriture de ce garçon était presque exclusivement composée de viande de porc, très grasse et qui avait déjà, peut-être, subi un léger degré de décomposition. Ce fait, du reste, cadre bien avec les observations de M. Barbier, qui a vu l'apparition des vomissements acétonémiques être précédée de troubles digestifs (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 388), et il se peut que le caractère familial (Marfan) présenté quelquefois par le syndrome dont il s'agit tienne précisément à des écarts de régime communs aux divers enfants d'une même famille. (*Prakt. Vratch*, 21 août 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Etude sur la gastrite chronique : les érosions gastriques d'Einhorn, par M. K. Faber.

Il arrive que chez certains malades on retire, par le lavage de l'estomac, de petits lambeaux de muqueuse et que le liquide est parfois légèrement teinté de sang. M. Einhorn ayant constaté que cela se rencontrait chez des malades qui éprouvaient, dans la région du cardia, de vives douleurs survenant sous forme de crises, surtout après les repas, et laissant entre elles des intervalles de santé relative, qu'il existait en outre de l'amaigrissement, de la perte des forces physiques et morales et une sensation de lassitude profonde, pensa avoir affaire à un syndrome constituant par lui-même une entité définie, dont le substratum anatomique serait des érosions gastriques. Dans le présent travail, fondé sur 20 observations, M. Faber s'élève contre cette interprétation.

Tout d'abord, l'expulsion des particules muqueuses en question est due à un traumatisme : la preuve en est que lorsqu'on lave avec de grandes précautions l'estomac des malades dont il s'agit, que l'aspiration est faible, que les sondes sont absolument mousses, que le sujet ne fait aucun mouvement, on peut éviter l'apparition de ces débris. Le sang qui accompagne presque toujours ces parties de muqueuse est encore un argument en faveur de leur origine traumatique. D'autre part, l'examen microscopique de ces lambeaux ne révèle aucune trace d'hémorrhagie à leur périphérie, ce qui exclut la possibilité de leur détachement par des érosions ulcéreuses de l'estomac, mais il montre constamment l'existence de lésions inflammatoires, sauf dans un seul cas où il existait un ulcère simple de l'estomac. Toutefois, il n'y a pas de parallélisme entre les lésions présentées par les fragments retirés et l'intensité de la gastrite; il est à noter aussi que ces fragments appartiennent exclusivement à la muqueuse et ne contiennent jamais ni sous-muqueuse ni *muscularis mucosæ*.

En examinant avec soin les malades qui présentent pareils débris, on voit que leur état clinique diffère assez souvent du tableau tracé par M. Einhorn. On peut en rencontrer qui n'ont ni crises douloureuses, ni amaigrissement, ni asthénie. Chez la plupart d'entre eux, l'acidité totale du suc gastrique est faible et il n'y a pas d'acide chlorhydrique libre; un seul offrait de l'hyperacidité. La motricité stomacale est normale chez tous. La diarrhée est assez fréquente : M. Faber l'a notée chez 8 de ses malades. Quant à l'étiologie de l'affection, elle ne se distingue pas de celle des gastrites vulgaires.

En résumé, les particules de muqueuse rencontrées chez certains sujets ne relèvent pas d'une forme spéciale de gastrite à symptômes définis : elles traduisent simplement une friabilité spéciale de la muqueuse; mais le seul fait de leur présence indique un état pathologique, toutes les fois, bien entendu, que le lavage est pratiqué avec les précautions voulues. (*Hospitalstidende*, 20 juillet 1904.) — R. DE B.

Hémorrhagie mortelle provenant d'une branche de la veine porte, au cours d'une inflammation partie des voies biliaires, par M. Hansteen.

L'observation relatée dans le présent travail est un exemple d'évolution et de terminaison bien rares de la cholélithiase.

Un homme de quarante-cinq ans, jadis alcoolique, mais non syphilitique, avait eu à deux reprises, plusieurs années auparavant, des crises typiques de colique hépatique avec émission consécutive de calculs par les selles. Depuis lors il était resté quelque peu maladif. L'ictère chronique dont il était atteint ayant un jour augmenté et s'étant compliqué de douleurs lombaires et de fièvre, on envoya le patient à l'hôpital, dans la pensée qu'il avait un nouveau calcul du cholédoque. Après son admission, il se produisit tout d'abord une abondante ascite, suivie bientôt de symptômes d'occlusion pylorique. On fit des lavages de l'estomac qui ramenèrent un liquide foncé et comme

hématique. D'autre part, une ponction de l'abdomen donna 6 litres de liquide clair, et, le ventre une fois vidé, on sentit à l'épigastre une tumeur qui paraissait occuper la tête du pancréas. Le malade tomba presque aussitôt dans le collapsus et succomba deux jours après l'évacuation de son ascite : un peu avant sa mort il avait eu une selle et un vomissement sanglants.

A l'autopsie, on trouva les voies biliaires, le foie, l'estomac, le pancréas et le duodénum noyés dans des adhérences infiltrées en plusieurs endroits d'un peu de pus. Les voies biliaires étaient largement perméables. Enfin, en arrière du pancréas, fusant vers le foie et surtout vers la queue du pancréas, se trouvait une vaste collection sanguine qui tirait son origine d'une perforation de 2 millimètres, siégeant sur une branche de la veine splénique. Cet hématome communiquait avec le duodénum par une ouverture large comme la pulpe du doigt.

C'est aux infiltrations purulentes qu'étaient dus sans doute les phénomènes de compression veineuse et de rétention biliaire apparus dans les derniers temps, ainsi que l'ulcération terminale de la veine splénique et l'hémorrhagie mortelle qui en résulta : les vaisseaux, en effet, ne présentaient par eux-mêmes aucune lésion capable d'expliquer cette rupture. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août 1904.) — R. DE B.

Un cas de gastro-entérostomie, par M. C. WESSEL.

On connaît déjà d'assez nombreux exemples de gastro-entérostomies vicieuses, c'est-à-dire ayant porté sur les dernières parties de l'intestin grêle au lieu de l'anse duodéno-jéjunale; mais, dans le cas relaté par M. Wessel, cette méprise eut pour cause une malformation assez rare de l'intestin et qui vaut la peine d'être signalée.

Une femme de quarante et un ans présentait depuis de longues années des troubles gastriques qu'on attribua à une dilatation biloculaire de l'estomac. A l'opération on trouva cependant un rétrécissement cicatriciel du pylore et l'on se mit en devoir de pratiquer une anastomose rétrocolique entre la face postérieure de l'estomac et la partie duodéno-jéjunale de l'intestin. En plongeant la main dans la cavité abdominale, on sentit effectivement vers la gauche de la colonne vertébrale une anse intestinale en partie adhérente à la paroi postérieure de l'abdomen : on en conclut que c'était le duodénum ou le segment intestinal y faisant suite et on l'attira au dehors pour l'aboucher à l'estomac. Les deux premiers jours qui suivirent l'opération, la patiente éprouva tout d'abord des douleurs très intenses, qui finirent pourtant par se calmer, mais alors survinrent des symptômes d'occlusion intestinale. Après échec de tous les moyens usités en pareil cas, on recourut à une nouvelle laparotomie, six jours après l'opération, et l'on constata que l'anastomose avait été faite entre l'estomac et la dernière partie de l'iléon. On y remédia en réséquant l'anse intestinale anastomosée et en faisant une nouvelle gastro-entérostomie, mais cette intervention n'empêcha pas la malade de succomber.

L'autopsie, bien qu'incomplète, permit de se rendre compte de l'origine de la méprise. Le mésentère, très haut situé, n'avait que 4 centimètres de longueur et se dirigeait en bas et *à gauche*. D'autre part, la dernière anse de l'iléon, qui débutait ainsi dans la partie gauche de l'abdomen, s'étendait de ce point, en droite ligne et par voie *rétropéritonéale*, jusqu'au cæcum, lui-même très haut placé. La situation étrange et la fixité de cette dernière anse de l'iléon l'avaient donc fait prendre pour le duonénum.

Chez cette malade on avait également remarqué, au cours des séances de lavage de l'estomac, que l'organe recevait tantôt plus et tantôt moins de liquide et on s'était basé sur ce fait pour admettre l'existence d'un estomac en sablier. Celui-ci n'existait pas, c'est vrai, mais il est probable que l'estomac s'étranglait partiellement et de temps à autre sur la bride que formait le si court mésentère. La malade avait de plus observé qu'elle avait des selles plus faciles quand elle restait quelque temps couchée que lorsqu'elle était levée : le fait peut s'expliquer par une coudure des anses intestinales libres sur l'anse fixe de l'iléon. (*Bibliotek for Læger*, juillet 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections périveineuses de paraffine contre les varices des membres inférieurs.

Lorsqu'il y a quatre ans, M. R. Gersuny fit connaître son procédé d'injection interstitielle de vaseline, il signala, parmi les applications éventuelles dont cette méthode paraissait susceptible, des injections périvasculaires dans le cas de varices du membre inférieur (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 433). Un confrère exerçant à Porto-Alegre, M. le docteur E. von Bassewitz, a tout récemment employé avec succès ce moyen de traitement, qui consiste à injecter, autour de la veine saphène ectasiée, de la paraffine en quantité suffisante pour obtenir l'oblitération du vaisseau. Voici comment il convient de procéder à cette petite opération :

On commence par enserrer le membre à sa racine avec un lien élastique, ce qui assure en vingt ou trente minutes un degré d'insensibilité suffisant pour qu'il soit inutile de recourir à l'anesthésie générale; en outre, cette précaution met à l'abri de l'éventualité, du reste peu probable, d'une embolie. Dans le cas où l'on aurait affaire à des sujets très sensibles, des injections de cocaïne permettraient d'ailleurs aisément d'obtenir une insensibilisation parfaite.

Après désinfection du champ opératoire, un aide isole le tronçon de la veine saphène interne que l'on se propose d'entourer d'une gaine de paraffine, en exerçant une pression manuelle en amont et en aval. L'injection est faite lentement et progressivement, avec de la paraffine stérilisée dont le point de fusion est inférieur à 65° et qui renferme 5 % d'iodoforme. On cesse de pousser la masse aussitôt qu'une certaine résistance se manifeste, mais on ne retire la canule qu'une demi-minute après, afin de laisser à la paraffine le temps de se solidifier et d'éviter ainsi qu'elle ne reflue par l'orifice cutané. Puis on répète la même manœuvre du côté opposé de la veine, et on termine en injectant un peu de paraffine au devant de celle-ci. L'aide continue à exercer la compression digitale jusqu'à ce que la substance injectée ait pris une consistance cartilagineuse, ce qui demande en général deux minutes. On obture ensuite l'orifice cutané par du collodion iodoformé et l'on applique un pansement sommaire.

On peut pratiquer ces injections en un point quelconque de la saphène. En général, il suffit d'en faire une au lieu d'élection, lequel correspond à l'abouchement de la saphène dans la veine fémorale; pour plus de sûreté, il est quelquefois bon de pousser une seconde injection un peu plus bas.

D'après l'expérience de M. von Bassewitz, les injections périveineuses de paraffine seraient toujours bien supportées : la réaction inflammatoire qui se produit est insignifiante; au bout de vingt-quatre heures, il ne subsiste plus guère qu'une légère rougeur locale qui disparaît progressivement, et le malade peut se lever dès le lendemain de l'intervention.

Dans les 2 cas où notre confrère a eu recours au procédé en question, il en a obtenu un excellent résultat fonctionnel; chez l'un de ces malades, l'opération eut, en outre, pour effet de faire cesser de violentes douleurs causées par une névrite variqueuse concomitante.

Accidents causés par l'eau oxygénée en pratique otologique.

Les multiples applications thérapeutiques que l'eau oxygénée a reçues dans ces dernières années ont attiré l'attention sur les inconvénients que peut présenter ce médicament : nous avons naguère signalé ceux qui résultent soit de son acidité, soit de la production éventuelle d'embolies gazeuses, par suite de la mise en liberté d'une trop grande quantité d'oxygène au contact des tissus (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 192). De son côté, M. le docteur P. Bruder (de Paris) a pu se convaincre que, en pratique otologique, l'emploi de l'eau oxygénée est susceptible d'entraîner des accidents assez sérieux. Sans qu'il y ait lieu d'insister sur la macération plus ou moins marquée des téguments du conduit auditif externe — petite complication qu'il n'est pas rare de voir survenir dans le traitement des otites moyennes par les instillations de bioxyde d'hydrogène, mais que l'on préviendra aisément en faisant couler au préalable quelques gouttes d'huile de vaseline dans le conduit —, notre confrère a observé 2 cas où l'eau oxygénée, employée en vue de désagréger des cholestéatomes, détermina, en raison du gonflement excessif que subit le corps étranger sous l'influence du topique, des phénomènes très douloureux de rétention, avec céphalée intense et vertige, qui obligèrent à renoncer à ce moyen thérapeutique.

Mais il y a plus : chez un homme qu'il avait opéré d'une phlébite du sinus latéral gauche, d'origine otogène, M. le docteur G. Laurens (de Paris) crut devoir, le douzième jour après l'intervention, nettoyer la plaie avec de l'eau oxygénée, en vue de hâter la chute de l'eschare constituée par la paroi du sinus et de diminuer la suppuration; or, le soir même, le malade accusait une vive douleur au niveau de la région occipitale gauche, en même temps que la température, normale depuis quatre jours, remontait à 39°5; le lendemain, le coma apparaissait, et le patient succombait trente-six heures après le début des accidents. A l'autopsie, on constata, sur le cervelet, une plaque de méningite purulente, descendant vers le bulbe; en regard se trouvait un orifice punctiforme de la paroi du sinus, et, en versant à ce niveau de l'eau oxygénée, on voyait — bien que le petit pertuis fût trop étroit pour laisser passer le liquide — une mousse abondante se former dans le crâne. Cela étant, notre confrère n'hésite pas à incriminer, comme cause de la suppuration cérébrale à laquelle succomba cet homme, le transport de germes infectieux, depuis la brèche opératoire jusqu'à la fosse cérébelleuse, par des bulles d'eau oxygénée.

Ces faits, s'ils ne sont pas de nature à entraîner la proscription absolue de l'eau oxygénée en pratique otologique, prouvent du moins avec quelle prudence il convient de manier ce médicament.

Désinfection extemporanée des gants en caoutchouc.

On a généralement recours, pour désinfecter les gants en caoutchouc, soit à l'ébullition simple, soit à la chaleur sèche; il est donc indispensable, lorsqu'on doit pratiquer plusieurs interventions à la suite l'une de l'autre, de disposer d'autant de paires de gants que l'on a d'opérations à exécuter (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 207-209). C'est là une nécessité qui, sans grand inconvénient dans un service hospitalier, est de nature à restreindre beaucoup l'emploi des gants de caoutchouc dans la pratique journalière. Aussi s'est-on efforcé de trouver un procédé sûr, mais commode et rapide, pour désinfecter ces gants après usage.

C'est ainsi que, dès 1900, M. H. Dettmer crut pouvoir admettre qu'il suffisait de rincer pendant trente secondes à une minute, dans de l'eau renouvelée une fois, des gants souillés de matières même très virulentes pour détruire tous les germes pathogènes qui y adhèrent; et l'année dernière, MM. Wandel et Höhne confirmèrent le principe de cette méthode, à savoir qu'il est possible de stériliser complètement les gants de caoutchouc en les nettoyant à l'eau savonneuse, sans même qu'il soit besoin d'user de la brosse; le lavage, toutefois, devrait durer deux minutes au moins.

Or, d'après les recherches effectuées, à l'instigation de MM. les professeurs Bumm et Veit, par MM. les docteurs Fromme, assistant à la clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Halle, et J. Gawronsky, ancien assistant bénévole à ladite clinique, les procédés précédemment indiqués n'assureraient pas une désinfection parfaite : pour obtenir ce résultat, il conviendrait de faire un nettoyage à l'eau savonneuse chaude durant quatre minutes au minimum et de terminer par un rinçage dans une solution de bichlorure de mercure à 1 ‰ pendant deux minutes. Ce procédé serait d'une constante efficacité, que l'on y soumît les gants en les gardant aux mains ou après les avoir retirés.

Dans ces conditions, il est possible de faire deux ou plusieurs opérations consécutives avec les mêmes gants, et sans les ôter, pour peu qu'ils soient intacts; cette pratique, qui a été mise à l'épreuve à la clinique gynécologique de Halle, y a constamment donné de bons résultats.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Eloi (de Montpellier). — M. le professeur J. GRASSET.

La cérébrosclérose lacunaire progressive d'origine artérielle.

Quoique le mot *cérébrosclérose* semble être — et soit, anatomiquement — l'opposé du mot *cérébromalacie*, c'est de l'ancien *ramollissement cérébral* de l'école française de 1820 que je voudrais rétablir un type clinique dans la nosographie courante des praticiens, sous le nom de *cérébrosclérose lacunaire progressive d'origine artérielle*.

L'*historique* de la question commence avec Rostan (1820), qui établit l'histoire clinique de la maladie sans insister sur l'origine et la pathogénie de la lésion; car il admettait à la fois l'inflammation et les lésions artérielles dues à la sénilité. Dans une deuxième phase, la description clinique se complète avec Lallemand, Bouillaud, Durand-Fardel (1843); mais, sous l'influence de Broussais, l'origine inflammatoire domine tout : il n'y a plus que de l'encéphalite. Les travaux de Virchow (1847) sur les thromboses et les embolies ouvrent une troisième période, où l'on ne voit plus que le ramollissement par coagulation intra-artérielle. Les Allemands biffent le type clinique français du ramollissement. Cela devient classique partout : l'article « ramollissement cérébral » ne se trouve ni dans le traité de von Ziemssen, ni dans celui de M. Jaccoud; il n'y a qu'un chapitre « oblitération des vaisseaux cérébraux »; et j'ai dû presque m'excuser quand, en 1877, j'ai fait figurer les mots « ramollissement cérébral » en tête d'une de mes leçons sur les maladies du système nerveux. Si, depuis lors, on rencontre le mot « ramollissement cérébral » comme en tête de chapitre, il continue à désigner l'histoire des infarctus cérébraux par oblitération artérielle et nécrobiose consécutive (1). Et M. Ferrand a pu dire, au début de sa thèse : « Ramollissement est devenu synonyme d'oblitération artérielle et tout ce qui n'est pas causé par une obstruction complète des artères cérébrales a disparu des descriptions. L'encéphalite chronique elle-même n'est plus étudiée que chez les enfants » (2).

Rien de plus juste; et, en fait, dans l'enseignement classique on étudie uniquement aujourd'hui : la paralysie générale, le ramollissement par thrombose ou embolie, les rares encéphalites aiguës (infectieuses ou traumatiques) et la sclérose cérébrale infantile.

Les praticiens ont cependant continué à observer des « cérébraux chroniques progressifs », à marche lente, avec de petits ictus (*fausses attaques*), chez lesquels il n'y a ni hémorrhagie, ni foyer de nécrobiose cérébrale, dont les fonctions cérébrales (motilité, mémoire, intelligence) baissent cependant, qui se *ramollissent*, au sens vulgaire du mot. Et, pour ces malades, on cherche un diagnostic sans être jamais satisfait de celui qu'on leur assigne; on en fait des pseudo-paralytiques généraux, des pseudo-bulbaires, des pseudo-comitiaux tardifs et symptomatiques...

Je crois que, grâce aux travaux récents, on peut rétablir et classer scientifiquement ce type clinique, qui est plutôt fréquent et dont on ne trouve aucune description dans les traités classiques.

Ce sont les recherches de M. Pierre Marie (3) et de M. Ferrand (1) qui permettent de comprendre cette maladie, et c'est en me basant sur ces recherches que je propose de l'appeler *cérébrosclérose lacunaire progressive d'origine artérielle*.

Au point de vue *anatomique*, on a très bien étudié, il y a quelques années (Huchard), les lésions des viscères consécutives aux lésions artérielles, à l'artériosclérose. Certains auteurs (Letulle, Bard) ont combattu ce rôle de l'artériosclérose dans la pathogénie des scléroses viscérales; il a en effet été exagéré; mais il ne faut pas en nier l'existence.

C'est dans les scléroses viscérales d'origine artérielle (sclérose dystrophique d'Hippolyte Martin, sclérose sénile de Demange, sclérose vasculaire de Marinesco) que se range la maladie que j'étudie ici :

1° Les sujets dont il s'agit ont d'abord de l'*artériosclérose*, soit généralisée, soit localisée. Car on peut être scléreux de sa sylvienne et n'avoir ni athérome de l'aorte, ni une radiale en tuyau de pipe. Ils ont donc de l'*artériosclérose* (endopéricardite) *cérébrale* et peuvent aussi présenter de la *sclérose multiple disséminée* sur d'autres organes (cœur, reins, etc.);

2° L'hémorrhagie et le ramollissement par oblitération artérielle *compliquent* parfois cette maladie, mais ne font pas partie de ses éléments constitutifs. Les artères atteintes restent *perméables* dans les foyers même de cérébrosclérose;

3° Toutefois, si la circulation n'est pas supprimée dans les parties du cerveau, elle y est du moins entravée et il en résulte une lésion du cerveau (*sclérose dystrophique lacunaire d'origine artérielle*) que MM. Pierre Marie et Ferrand ont fait connaître et décrite avec beaucoup de soin;

4° Cette lésion cérébrale est d'abord une sorte d'atrophie des éléments nerveux, puis une disparition de ces éléments (désintégration) avec formation d'une *lacune*, au centre de laquelle est un vaisseau malade non oblitéré, que remplissent des débris d'éléments nerveux ou sanguins et que limite de la sclérose (*cirrhose cérébrale* de Pierre Marie et Ferrand). Ces lacunes sont de dimensions variables, d'une petite lentille (lacunes miliaires, les plus fréquentes) à un pois ou même à un haricot; elles passaient certainement inaperçues dans beaucoup d'autopsies avant que M. Pierre Marie eût attiré l'attention sur leur existence et leur aspect (2);

5° Les foyers lacunaires localisés guérissent souvent (sclérose cicatricielle, plus rarement formation kystique). Ils n'entraînent pas, le plus ordinairement, de dégénérescence descendante dans le faisceau pyramidal, quoiqu'ils siègent habituellement dans les noyaux de la base (corps opto-striés : c'est sur la coupe de Flechsig qu'on les voit le mieux) ou dans la protubérance;

6° La maladie est cependant *progressive*, d'abord parce qu'il se forme de nouveaux foyers lacunaires, ensuite parce que les autres parties du cerveau sont atteintes par des processus analogues (sans lacunes). Les mêmes auteurs ont, en effet, décrit chez ces malades : l'adhérence de la dure-mère à la boîte crânienne (soudure de la méninge et du périoste endocrânien) à la convexité des hémisphères, l'épaississement et l'opalescence de la pie-mère dans les régions péri et prérolandiques, l'atrophie des circonvolutions cérébrales dans les mêmes régions, pouvant aboutir à l' « état vermoulu » (Pierre Marie) ou même au manque de certaines parties, l'atrophie du corps calleux (plus spécialement, suivant les cas, de sa partie moyenne ou de ses extrémités), l'atrophie des noyaux gris avec saillie des vaisseaux et dilatation des ventricules (hydrocéphalie sénile). M. Pierre Marie a constaté aussi l'existence de lésions analogue dans la moelle.

Voilà la caractéristique anatomique de cette *cérébrosclérose chronique progressive*, qu'on a rapprochée de l'encéphalite sclérosique d'Hayem.

L'*étiologie* est naturellement celle de l'artériosclérose et de la sclérose multiple disséminée : en tête et surtout la *sénilité*; c'est la seule cause que paraissent avoir envisagée MM. Pierre Marie et Ferrand — dont les recherches ont été faites à l'hospice de Bicêtre —, et c'est d'ailleurs la plus importante. Ces auteurs ont cependant trouvé 15.6 % de cas développés avant cinquante-cinq ans. Il faut, en effet, tenir compte de toutes les causes de la sénilité précoce : l'*arthritisme*, l'*alcool* et le *tabac*. L'insuffisance hépatorénale et, en général, l'*insuffisance de l'appareil antitoxique*, qui est souvent la conséquence de l'artériosclérose, peut aussi être la cause de l'extension de la lésion, et par suite intervenir dans la production de sa localisation encéphalique : M. Raymond a, en 1885, observé les lacunes cérébrales dans des cas d'*urémie*. MM. Castaigne et Ferrand en ont récemment repris l'étude (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 201-202).

Le rôle de la *syphilis* est discuté; en tous cas, cette infection ne peut intervenir que comme *complice* en même temps que plusieurs autres des facteurs précédents : la maladie ne serait donc jamais que *parasyphilitique*.

Il faut aussi mentionner les causes de la *localisation* de la maladie au cerveau; elles se ramènent d'une manière générale à l'hyperfonctionnement de cet organe : surmenage du cerveau, et surtout mauvaise direction du fonctionnement cérébral (multiplicité des travaux simultanés, préoccupations en même temps que le travail cérébral, insuffisance du cerveau pour la quantité ou pour la nature du travail demandé, etc.).

En commençant l'*étude clinique* de la maladie, il faut rappeler ce principe, déjà anciennement et définitivement posé en neuropathologie, que les symptômes nerveux sont toujours en rapport avec le *siège*, jamais avec la *nature* de l'altération. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver des symptômes *pathognomoniques* de la cérébrosclérose progressive. Comme l'a dit Charcot, c'est toujours avec les mêmes lettres de l'alphabet qu'on fait les divers mots : seuls l'arrangement et la succession des éléments constituants forment les phrases et les types morbides.

Le début de la cérébrosclérose est souvent assez net; on en précise généralement, sinon le *jour*, du moins l'*époque*. Fréquemment c'est un *ictus* : non un ictus à grand fracas, comme dans l'hémorrhagie ou le ramollissement, mais un vertige, un éblouissement, un dérobement des jambes, un *mauvais moment*, accompagné ou non d'une *hémiplégie incomplète* et *transitoire*, avec ou sans embarras de la parole.

Cet ictus initial peut aussi passer inaperçu, notamment s'il se produit dans le sommeil ou pendant une période de la vie où le sujet est peu surveillé (voyage). On ne constate alors la maladie que par ses symptômes ultérieurs.

Ces symptômes s'observent surtout dans le domaine de la motilité et du psychisme.

a) Au point de vue *moteur*, l'*hémiplégie* est fréquente; toutefois, comme je viens de le dire, elle est incomplète et transitoire; elle peut s'accompagner d'exagération des réflexes tendineux, mais n'entraîne pas de contractures fixes et incurables. Elle guérit complètement, ou laisse quelques sensations vagues de faiblesse, de maladresse, d'engourdissement, parfois de douleur, dans un côté du corps. Souvent elle *se renouvelle*. Ce sont les sujets qui ont une série

(1) Voir notamment l'article tout récent de MM. Brissaud et Souques dans le tome IX de la deuxième édition du Traité de médecine de Bouchard et Brissaud.

(2) J. FERRAND. Essai sur l'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale. (*Thèse de Paris*, 1902, p. 15.)

(3) P. MARIE. Des différents états lacunaires du cerveau. (*Comptes rendus du treizième Congrès international des sciences médicales*, section de neurologie, p. 143. Paris, 1900.) — Des foyers lacunaires de désintégration et de différents autres états cavitaires du cerveau. (*Rev. de méd.*, avril 1901)

(1) J. FERRAND. (*Loc. cit.*)

(2) Au moment où je corrige ces épreuves paraît un article de M. Catola sur ces lacunes de désintégration cérébrale. (*Rev. de méd.*, octobre 1904, p. 778.)

d'attaques, les dernières pouvant aboutir à l'oblitération artérielle ou à l'hémorrhagie et par suite à l'hémiplégie définitive et classique.

Même l'hémiplégie guérie, la motilité n'est pas normale : le malade marche difficilement, moins bien et moins longtemps qu'avant, il traîne un peu les jambes, *marche à petits pas*. Ce dernier symptôme, sur lequel MM. Pierre Marie et Ferrand insistent, et qui appartient aussi aux parkinsoniens et à certains cérébelleux, paraît être surtout un trouble d'équilibre, un signe d'altération des voies d'*association* motrice.

Il faut aussi signaler, comme très fréquente, la *marche en traînant les pieds et en raclant le sol*. Volontairement, le sujet peut soulever très bien le pied et la jambe; mais il lui faut pour cela un effort qu'il ne fait pas dans la marche automatique. Cette démarche n'est ni celle du paraplégique médullaire, ni celle du polynévritique steppeur. C'est encore un trouble des voies cérébrales d'association motrice.

Le malade devient *maladroit*, il boutonne et déboutonne difficilement son gilet (Ferrand); surtout il ne commande à ses muscles qu'avec un effort très grand : tous les mouvements que le médecin lui demande de faire lui donnent une peine inouïe; mettre une jambe sur l'autre, ouvrir la bouche et fermer les yeux simultanément, continuer à causer pendant qu'il se déshabille, deviennent des événements considérables et très fatigants.

L'*embarras de la parole* est fréquent. L'aphasie est rare, appartenant plutôt au ramollissement. Cependant il y a des substitutions ou des omissions de mots dans le langage parlé ou dans l'écriture (fautes d'orthographe grossières). Le phénomène dominant est la *dysarthrie* : le malade ânonne, hésite, bredouille; il bégaie comme un timide ou simule un paralytique général.

Le *facial* inférieur peut d'ailleurs être atteint et l'appareil de la mimique et de l'expression émotive également; on observe alors des *crises de rire et de pleurer spasmodiques*, phénomènes convulsifs moteurs bien étudiés par M. Bechterev et par M. Brissaud, qui ont leur point de départ dans les centres optostriés et qu'il ne faut pas confondre avec la sensiblerie et l'émotivité que nous allons retrouver dans les phénomènes psychiques.

J'ai dit que les réflexes tendineux peuvent être exagérés; dans l'interprétation de ce symptôme, il importe toutefois de se rappeler qu'il est fréquemment produit chez les artérioscléreux par le seul fait de l'insuffisance de l'appareil antitoxique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 217-218).

Les troubles de la *sensibilité* sont peu marqués, en ce sens qu'il n'y a pas en général d'anesthésie; mais on constate souvent des paresthésies, spécialement des acroparesthésies (fourmillements, engourdissements, parfois douloureux).

b) Au point de vue *psychique*, on note d'abord les *changements* dans le *caractère* et dans l'*humeur*, l'irritabilité, le défaut de proportion entre les événements et leurs conséquences sur le psychisme : entrant en fureur pour une vétille, le sujet ne fera aucune attention à des événements importants.

On a de la peine à fixer son *attention* sur autre chose que sur lui-même; il devient très personnel et égoïste, rapporte tout à soi, néglige ses intérêts et ceux de sa famille, mais se préoccupera longuement du nombre et de la nature de ses selles.

De là, un mélange parfois bizarre d'*euphorie* et d'*optimisme* par rapport à son état général vrai (sa déchéance intellectuelle et son amnésie lui échappent ou ne l'impressionnent pas) et d'*hypocondrie* ou plutôt de *geignarderie* par rapport à un petit symptôme insignifiant (comme sa constipation ou une douleur locale).

La *mémoire* est progressivement atteinte; il y a surtout de l'amnésie récente : la mémoire n'acquiert plus de souvenirs nouveaux. Un bon moyen de constater ce symptôme est de faire compter le sujet, en descendant, de 50 à 1; il continue à savoir les nombres et leur ordre, mais il oublie bientôt où il en est de sa numération et s'embrouille rapidement. Le malade *répète* ses histoires, ses renseignements, ses doléances, oubliant qu'il vient de dire la même chose peu auparavant. Il arrive à se perdre dans les rues, voire même dans sa maison.

Très émotif, il pleure pour rien ou pour un événement insignifiant qui ne touche ni lui ni aucun des siens. Cette sensiblerie et cette hyperémotivité tristes sont bien plus fréquentes que l'euphorie gaie.

Enfin, il y a une réelle et progressive *déchéance intellectuelle* qui peut aboutir à l'entière *cachexie cérébrale* et au *gâtisme*.

Dans ce premier type, qu'on peut considérer comme le plus classique, des variétés existent à début très atténué, dont le diagnostic est plus difficile.

J'ai observé récemment un homme de soixante-huit ans à qui sa femme reprochait de mal marcher, de traîner les jambes depuis quelque temps, sans qu'il eût eu d'ictus. Il pouvait encore faire des courses à pas lents; il soulevait bien les jambes quand il voulait; mais il ne le faisait pas ordinairement. Et tout le tableau symptomatique paraissait réduit à cela, sauf un peu de sensiblerie à la lecture des histoires de « chien écrasé » dans son journal et un certain sentiment d'euphorie et d'inconscience de son état (il ne comprenait pas qu'on consultât un médecin pour lui) : ce devait être un cérébroscléreux à forme *motrice fruste*.

Chez la femme ayant dépassé la ménopause, j'ai vu souvent la cérébrosclérose débuter sous forme de *neurasthénie* et le diagnostic rester longtemps indécis entre la névrose et l'altération organique. Je crois qu'il faut poser en principe *qu'on doit toujours se méfier des névroses chez les artérioscléreux.*

Suivant la prédominance des lésions dans telle ou telle partie de l'encéphale, on a, dans la pratique, des types particuliers, dont quelques-uns méritent d'être indiqués à part.

a) Dans un premier type, la cérébrosclérose progressive ressemble à cette forme de *ramollissement* que j'ai appelée *à début graduel et à marche chronique*, d'après les anciens auteurs français, et que M. Pierre Marie a conservée dans le chapitre qu'il a écrit pour le « Traité de médecine et de thérapeutique » de Brouardel et Gilbert : c'est le type qui répond le mieux à la description générale faite plus haut.

Le diagnostic se basera sur les rémissions (guérisons d'accidents) que présente la cérébrosclérose et que l'on ne voit pas dans le ramollissement vrai.

b) Dans un second type, la cérébrosclérose progressive rappelle la *paralysie pseudo-bulbaire.*

En réalité, la paralysie pseudo-bulbaire, bien connue depuis les travaux de MM. Lépine, Brissaud, Hallipré, Galavielle, n'est pas une maladie, mais un syndrome indiquant un certain siège de lésion *bilatérale*; c'est le plus souvent une double hémiplégie, la bilatéralité de la lésion frappant les appareils nerveux à action bilatérale (comme celui de la déglutition), dont une lésion unilatérale n'altère pas ou presque pas la fonction.

Ce syndrome pseudo-bulbaire (dysphagie, dysarthrie, crises de pleurs et de rires spasmodiques) par lésion hémisphérique bilatérale peut être déterminé par des lacunes de cérébrosclérose progressive, aussi bien que par des foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement.

Le diagnostic se fera encore par le caractère incomplet et transitoire de certains accidents dans la marche progressive de la maladie, caractère que l'on n'observera pas s'il s'agit vraiment d'hémorrhagie ou de ramollissement.

c) Dans un troisième type, la cérébrosclérose progressive simule la *paralysie générale* au début; la plupart des pseudo-paralysies générales appartiennent à la cérébrosclérose progressive. C'est d'elle que relèvent les cas si fréquents (en dehors des asiles, dans la clinique générale) de malades étiquetés paralytiques généraux, qui présentent non seulement des rémissions, mais des rétrocessions très remarquables, qu'on croit même guéris parfois et qui en tous cas vivent pendant de nombreuses années sans mériter jamais l'asile qu'on leur avait souvent pronostiqué.

Ce qui frappe alors dans le tableau clinique, c'est l'embarras de la parole, l'amnésie, l'affaiblissement intellectuel, l'euphorie. Ne pose-t-on pas fréquemment un diagnostic de paralysie générale progressive sur ces signes?

Le diagnostic différentiel sera basé sur la marche des accidents, la guérison de certains d'entre eux, la durée de la maladie, la non-apparition des troubles délirants proprement dits, etc., etc.

d) Le quatrième type est formé par la cérébrosclérose progressive des *hémiplégiques vulgaires* (par ramollissement ou par hémorrhagie).

Le ramollissement et l'hémorrhagie peuvent compliquer la cérébrosclérose. Dans ces cas, l'hémiplégie vulgaire est précédée par l'évolution clinique d'une des formes précédentes de la cérébrosclérose. Ce sont les hémiplégiques dont l'attaque ne survient pas en pleine santé apparente, mais est précédée d'une période plus ou moins longue de *baisse* cérébrale.

Ailleurs, la maladie commence par l'ictus du ramollissement ou de l'hémorrhagie, et c'est ensuite que se développe la cérébrosclérose progressive, chez le sujet déjà hémiplégique. Les symptômes de la cérébrosclérose constituent le tableau tardif de l'hémiplégique qui, sans nouvelle attaque, perd la mémoire, devient émotif, s'*affaiblit du côté sain*, voit son intelligence diminuer.

Le diagnostic est ici assez facile, les symptômes de la cérébrosclérose étant bien distincts de ceux du foyer cérébral avec hémiplégie, resté sans complication.

e) On est souvent troublé par les phénomènes cérébraux que présentent certains *urémiques chroniques* : ils ont des hémiplégies transitoires, qui guérissent et qu'on attribue à l'intoxication. Mais les ictus se répètent alors que l'insuffisance rénale n'est pas plus grande; en même temps, l'intelligence et la mémoire baissent; ils se *ramollissent*, au sens vulgaire du mot. Parfois aussi ces troubles psychiques subissent des temps d'arrêt remarquables, présentant même des rétrocessions extraordinaires, incompatibles avec l'idée du ramollissement vrai, toujours progressif. Ce sont là des cérébroscléreux; ils constituent le cinquième type clinique de la cérébrosclérose.

f) Je crois qu'il faut attribuer à la cérébrosclérose beaucoup d'*épilepsies* survenues à un âge avancé, qui sont des épilepsies symptomatiques, des épilepsies d'artérioscléreux.

J'ai insisté sur l'importance clinique des *vertiges* dans l'histoire de l'artériosclérose et montré qu'il y a un degré élevé de ce vertige qui est l'attaque épileptiforme en dehors de toute urémie et même du pouls lent permanent.

L'attaque des cérébroscléreux peut débuter par une aura sensitive ou vasomotrice dans un membre ou jeter d'emblée le sujet dans la perte de connaissance et l'amnésie.

Il faut penser à cette cause, toutes les fois que l'épilepsie apparaît au delà de quarante ans et qu'on ne peut pas la rapporter à une lésion syphilitique.

g) Enfin, j'ai vu récemment un cas de cérébrosclérose qui doit être rare et qui répondait à un type *bulbaire*. La maladie débuta sous la forme du syndrome *labio-glosso-laryngé* : paralysie du facial (surtout inférieur), de l'hypoglosse et du masticateur. Le malade eut une

première atteinte légère, rapidement guérie, qui fut prise pour une banale paralysie périphérique du facial, puis un deuxième ictus un peu plus long; en cherchant bien, on trouvait aussi un certain degré d'amnésie et de diminution intellectuelle.

Le diagnostic se fera toujours par les poussées transitoires au lieu de la marche implacable de la maladie de Duchenne, et par les symptômes extrabulbaires.

Le *pronostic* est basé sur l'évolution de la maladie : évolution progressive vers l'infirmité ou la mort, mais avec des rémissions remarquables et des guérisons trompeuses des poussées et des ictus successifs.

Deux *terminaisons* sont particulièrement à craindre : 1° l'attaque de ramollissement ou d'hémorrhagie; 2° l'établissement progressif du gâtisme et de la cachexie cérébrale.

Nous ramènerons à six les principes du *traitement*.

a) L'*iodure alcalin*, que tous ces malades ont pris ou prennent, m'a toujours paru d'une *inefficacité* absolue.

L'iodure garde ses indications à certains degrés et dans certaines formes (respiratoire ou circulatoire) de l'artériosclérose et de la sclérose multiple disséminée. Mais, quand la localisation est faite sur le cerveau, je crois qu'il n'a plus aucune utilité.

Il n'y a que la forme comitiale dans laquelle on peut donner 0 gr. 50 centigr. par jour d'iodure de sodium associé à 1 ou 2 grammes de bromure.

b) Non seulement inefficace, mais le plus souvent dangereuse, est la *strychnine* (teinture de noix vomique, gouttes amères de Baumé). Elle est formellement contre-indiquée toutes les fois que les réflexes tendineux sont exagérés, et c'est le cas le plus fréquent.

c) Je crois au contraire avoir vu de bons résultats de la médication *hydrargyrique*, en dehors de toute preuve d'une syphilis antérieure. Je commence donc en général le traitement par des injections de la solution suivante (Brousse) :

Bi-iodure d'hydrargyre....	0 gr. 10 centigr.
Iodure de sodium.........	0 — 20 —
Cacodylate de soude.........	0 — 50 —
Eau bouillie...............	Q. S. pour 10 c.c.

On en injecte 1 c.c. tous les jours pendant cinq ou dix jours; après un repos de cinq ou dix jours, on recommence une nouvelle série de piqûres, et ainsi pendant deux ou trois mois, suivant la tolérance et les effets.

S'il n'y a ni amélioration ni arrêt dans l'aggravation de la maladie, il ne reste qu'à renoncer à ce moyen. S'il y a au contraire une amélioration, même légère, ou seulement un arrêt manifeste dans l'aggravation, on reprend le traitement deux fois par an (à l'automne et au printemps), durant trois mois chaque fois.

d) En dehors des périodes de cure hydrargyrique, je crois très utile la médication *tonique* et *toni-cérébrale* en particulier. La solution suivante m'a paru rendre des services :

Acide phosphorique médicinal	5 grammes.
Phosphate acide de soude....	10 —
Eau bouillie.................	300 c.c.

A prendre : 2 cuillerées à soupe par jour, aux repas. — Les quantités prescrites durent dix jours, après lesquels le malade se repose pendant une période égale.

e) Si le traitement hydrargyrique a été mal supporté ou inefficace, on peut essayer de la *révulsion* : on fera des pointes de feu tous les dix jours à la nuque et au haut de la colonne vertébrale, ou bien l'on mettra un cautère à la nuque, qu'on fera couler trois ou quatre mois.

f) La partie *la plus importante* du traitement est certainement le *régime* et l'*hygiène*.

Le malade doit vivre à la campagne, loin des agitations, préoccupations, travaux intellectuels, émotions; faire de l'exercice, mais sans abus : pas de surmenage physique; éviter les insolations et aussi les infections et les intoxications.

Il ne prendra ni tabac ni alcool, sous aucune forme, pas même de vin pur ni d'élixirs ou vins médicinaux; ne pénétrera jamais dans un endroit clos où l'on fume.

Comme alimentation, le matin, à sept heures, il prendra un premier bol de lait (un quart de litre) dans lequel on verse une cuillerée à café du mélange suivant :

Bicarbonate de soude......	50 grammes.
Sulfate de soude.........	} āā 25 —
Phosphate de soude......	}

A dix heures, on lui fait boire un deuxième bol de lait et un verre à bordeaux d'une eau alcaline légère. A midi, déjeuner ordinaire, sans gibier ni aliments faisandés ou de conserve. A quatre heures du soir, il absorbe un troisième bol de lait et un verre d'eau minérale; à sept heures, un dîner léger, exclusivement lacto-végétarien; enfin, à dix heures, un quatrième bol de lait et de l'eau minérale.

Il convient en outre d'assurer une selle quotidienne et d'administrer un purgatif tous les huit ou quinze jours.

En été, une cure peut être utile dans une station hydrominérale purgative et diurétique.

DIX-SEPTIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904.

Traitement chirurgical de la cirrhose du foie.

M. Monprofit (d'Angers), *rapporteur*. — Les principales interventions préconisées contre les cirrhoses vasculaires sont : la *paracentèse*, qui est destinée à évacuer simplement le liquide de l'ascite symptomatique, et qui ne doit pas nous arrêter, car elle constitue plutôt un mode de traitement médical; la *laparotomie*, suivie de drainage du péritoine, qu'on peut considérer comme une intervention d'exception; l'*anastomose porto-cave*, ou opération de la « fistule d'Eck », proposée en 1902 par M. Tansini et exécutée pour la première fois chez l'homme en 1903 par M. Vidal (de Périgueux) (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 351); l'*omentopexie*, enfin, intervention parfaitement réglée à l'heure présente. C'est de cette dernière que nous devons surtout nous occuper, parce que nous devons aujourd'hui un nombre suffisant d'observations pour pouvoir formuler des conclusions à son sujet.

M. Talma (d'Utrecht) a eu le premier l'idée de traiter les cirrhoses vasculaires en fixant l'épiploon à la paroi de l'abdomen, de façon à créer des anastomoses entre les veines de cet organe, dépendance du système porte, et celles de la paroi, dépendance du système cave (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 435-436); mais c'est en réalité M. Kümmel (de Hambourg) qui, en 1887, a fait la première opération d'omentopexie, sans le vouloir, il est vrai : l'épiploon avait pénétré entre les points de suture et était resté fixé dans la plaie, après une laparotomie pratiquée chez un malade atteint de cirrhose avec ascite, qui avait fait croire à l'existence d'un kyste hydatique.

Au point de vue du manuel opératoire, c'est l'incision *oblique* de l'abdomen, longeant le rebord costal, qui a fourni les meilleurs résultats à la plupart des auteurs; toutes les incisions peuvent du reste être employées, suivant les préférences de chacun. Quant à l'omentopexie proprement dite, on a fixé l'épiploon à la face profonde du péritoine, d'après le procédé classique de Morison, ou bien entre le péritoine et les muscles, comme M. Schiassi le préconise (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 145-146), ou enfin sous la peau de la paroi abdominale, selon le procédé de Pascale, aujourd'hui abandonné même par son auteur. Actuellement, nous avons donc à choisir entre la méthode de Morison, où la fixation du grand épiploon est intrapéritonéale, et celle de Schiassi, où elle est extrapéritonéale. Pour moi, jusqu'à nouvel ordre, et bien que M. Schiassi et ses imitateurs aient obtenu de beaux résultats, je m'en tiens au procédé classique, qui est le plus simple; mais si l'avenir démontre qu'il vaut mieux recourir à la fixation extrapéritonéale, je me rallierai sans regret à cette technique, que la statistique ne justifie pas encore, à mon sens, d'une façon formelle.

Les suites opératoires de l'omentopexie sont celles de toute laparotomie. Il y a lieu de recourir ici à un pansement abdominal *très compressif*, en raison de la possibilité d'un rapide retour de l'ascite.

Sur les 224 observations de la statistique que nous avons pu établir, on compte 84 décès, 129 guérisons opératoires, et 11 résultats inconnus. Pour ce qui est des 84 faits mortels, l'issue fatale a été 42 fois consécutive à l'intervention; dans les 42 autres cas elle a été déterminée soit par la cachexie antérieure, soit par une autre affection coexistant avec la cirrhose.

Sans parler de la péritonite, qui résulte presque toujours d'une faute de technique, les complications d'ordre chirurgical de l'omentopexie sont l'*éventration* et la *compression de l'intestin* par l'épiploon, qu'il s'agisse du duodénum ou du côlon transverse.

D'après M. Bunge, l'éventration serait plus fréquente avec les procédés de fixation extrapéritonéale. Cela ne me paraît pas démontré, et, à mon avis, ce qu'il faut éviter surtout, c'est la *suppuration* de la plaie, car presque toujours telle est la cause de l'éventration. Afin de se mettre à l'abri de celle-ci, dans les cas d'ascite très abondante, on doit faire une bonne suture abdominale, ne pas compliquer la forme de l'incision, et surtout *ne pas drainer*.

En ce qui concerne la compression de l'intestin, il n'y a, pour l'éviter, qu'à soigner la fixation épiploïque et à l'exécuter avec méthode, en étalant largement l'organe et en ne l'étendant pas outre mesure.

Si nous examinons maintenant les résultats éloignés, nous voyons que, sur 129 guérisons opératoires, la récidive a été constatée dans 25 cas; 26 malades ont été améliorés, 70 ont guéri complètement, 8 n'ont pu être suivis.

La mortalité opératoire correspond à une proportion de 37 % environ; la guérison complète a été obtenue dans un peu moins du tiers des cas; dans l'état actuel de la statistique, on compte donc presque autant de guérisons complètes, à la suite de l'omentopexie, que de décès. Cela revient à dire que le cirrhotique a une chance sur deux de survivre, grâce à l'intervention, car la cirrhose atrophique avancée, non traitée par le bistouri, est pour ainsi dire incurable.

J'ajoute que la proportion des guérisons devient en réalité bien plus considérable, si l'on tient compte des améliorations. Ce qui est certain, c'est que le nombre des bons résultats augmentera encore, et très notablement, dès qu'on pourra opérer dans de meilleures conditions, l'état général du malade étant moins mauvais.

Pour conclure, on peut affirmer que la nécessité de l'intervention chirurgicale chez les cirrhotiques est bien démontrée, et qu'il ne tient qu'aux médecins de faire profiter désormais de cette nouvelle conquête de notre art les cirrhoses vasculaires au début.

M. Schwartz (de Paris). — J'ai fait 3 fois l'omentopexie pour ascite symptomatique d'une cirrhose du foie. Ma première opération remonte à dix-huit mois environ; il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans, déjà ponctionné à cinq ou six reprises pour une ascite symptomatique d'une cirrhose atrophique; le résultat opératoire a été excellent et la survie a été de quinze à seize mois, le malade ayant succombé brusquement il y a deux mois à un dépérissement progressif, après avoir d'ailleurs négligé complètement les conseils qui lui avaient été donnés : il a persisté à boire, et sa cirrhose a continué son évolution. Dans les 2 autres cas, j'ai trouvé un épiploon informe, avec une cirrhose très avancée; l'un de mes opérés est mort d'infection dans les quarante-huit heures, et l'autre a succombé, au bout de huit jours, aux progrès de l'insuffisance hépatique.

J'ai pratiqué en outre l'omentopexie chez un jeune homme, paludéen, qui présentait, avec une ascite considérable, un foie très petit et une rate énorme; malgré cette intervention, il a fallu ultérieurement ponctionner 3 fois le malade. M. Rieffel s'est alors décidé à faire la splénectomie et le patient est mort.

Enfin, dans un cas de cirrhose hypertrophique, j'ai drainé la vésicule biliaire. Le résultat opératoire a été bon, mais je ne puis apprécier le résultat définitif, car le malade a été opéré au mois de mars dernier et il n'est pas guéri de sa cirrhose.

M. Jayle (de Paris). — L'ascite de la cirrhose est, à mon avis, due à l'irritation péritonéale déterminée par la lésion hépatique, et non pas à l'hypertension portale, comme j'ai pu m'en assurer dans une autopsie datant de onze ans, chez un malade atteint de cirrhose atrophique avec ascite considérable. Le traitement de l'ascite doit donc viser la péritonite chronique; d'ailleurs, l'omentopexie ne saurait être considérée comme constituant à elle seule l'opération de Talma; beaucoup de chirurgiens, en effet, ont, indépendamment de l'omentopexie, visé directement le péritoine enflammé chroniquement, en cherchant à l'irriter par un véritable grattage.

M. Brunswic Le Bihan (de Tunis). — J'ai pratiqué l'omentopexie dans 6 cas de cirrhose paludique avec ascite; la guérison opératoire a été obtenue dans tous les cas, mais les résultats thérapeutiques n'ont pas été satisfaisants, car l'ascite s'est reproduite et les malades ont fini par succomber.

M. Willems (de Gand). — J'ai eu 4 fois recours à l'omentopexie; chez un de mes opérés seulement l'intervention a été suivie d'une amélioration réelle; pour 2 autres le résultat a été absolument négatif; enfin le quatrième a succombé très rapidement. Je crois que M. Monprofit a été un peu optimiste dans l'appréciation des résultats définitifs, un certain nombre des faits publiés ne présentant pas une précision suffisante pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

On a trop insisté, à mon avis, sur le rôle de l'hypertension portale, au point de vue de la pathogénie de l'ascite, et je pense qu'il y a lieu d'attacher une certaine importance à la *théorie antitoxique*, récemment défendue par plusieurs auteurs.

Chez un enfant de cinq ans, j'ai eu, il y a trois ans et demi, l'occasion d'intervenir pour une hypertrophie du foie, avec splénomégalie; l'omentopexie a été suivie d'une guérison parfaite.

J'ai également eu à opérer une femme dans des conditions exceptionnelles : il existait sur le péritoine un semis de granulations diffuses, et je fis l'omentopexie, sans grand espoir; l'ascite ne s'est pas reproduite, mais la malade a succombé à la cachexie.

M. Tuffier (de Paris). — J'ai tenté 4 fois de faire l'omentopexie. Dans un premier cas, l'épiploon était tellement rétracté que je n'ai pu pratiquer sa fixation. Chez 2 autres malades j'ai eu 2 insuccès. Enfin, dans le quatrième cas, l'omentopexie a déterminé une amélioration, mais on a constaté ultérieurement que le liquide de l'ascite était de nature tuberculeuse.

M. Lejars (de Paris). — Je regrette que le rapporteur n'ait pas envisagé les résultats de la cholécystostomie dans le traitement de la cirrhose hypertrophique.

Quant à l'omentopexie, sur 4 interventions de ce genre que j'ai pu faire, une est trop récente pour que j'en tienne compte; 2 autres ont eu un résultat plutôt mauvais. La quatrième observation est plus intéressante; l'opération date de deux ans et demi, et, sans être guéri complètement de sa cirrhose, mon malade est très amélioré.

En ce qui concerne l'action thérapeutique de l'omentopexie, je me demande si ce n'est pas plutôt la laparotomie elle-même qui est la cause des effets obtenus.

M. H. Delagénière (du Mans). — Au point de vue chirurgical, toutes les cirrhoses ont une origine infectieuse dont le point de départ est l'intestin. Pour être complet, le traitement chirurgical devra donc chercher à arrêter l'infection d'une part et à s'opposer d'autre part aux accidents qui pourront être la conséquence de cette infection. On conçoit que les opérations tentées dans ces conditions doivent être variables. J'en ai expérimenté trois : la cholécystostomie temporaire simple (6 cas), l'omentopexie simple (1 cas), la cholécystostomie temporaire associée à l'hépatopexie (2 cas), la cholécystostomie temporaire associée à l'hépatopexie et à l'omentopexie (1 cas).

Ces 10 observations m'ont donné 9 guérisons opératoires et une mort, précisément dans le cas où je n'ai fait qu'une simple opération de Talma. De l'étude des 9 autres faits, je puis conclure que :

1° La cholécystostomie temporaire simple est susceptible de fournir des résultats thérapeutiques excellents, surtout dans les cirrhoses hypertrophiques (un de mes opérés survit depuis cinq ans) et dans la cirrhose mixte; même dans la cirrhose atrophique, ils sont loin d'être négligeables, car j'ai obtenu plus de deux ans de survie chez la seule malade que j'ai traitée de la sorte;

2° La cholécystostomie temporaire, associée à l'hépatopexie, m'a donné, dans 2 cas de cirrhose mixte, des survies respectives de huit ans et de deux ans;

3° La cholécystostomie temporaire, associée à l'hépatopexie et à l'omentopexie, paraît être le moyen le plus efficace; j'y ai eu recours, il y a quatre ans, dans un cas de cirrhose atrophique et l'opérée vit encore.

M. Villar (de Bordeaux). — Je suis intervenu 4 fois pour des cas de cirrhose du foie. Chez une femme de soixante-neuf ans, l'omentopexie a été suivie d'un résultat excellent. Ma deuxième observation a trait à un homme, qui a guéri opératoirement, mais que je n'ai pas revu, de sorte que j'ignore quel a été le résultat thérapeutique. Une troisième omentopexie a été suivie de mort au vingtième jour. Dans un quatrième cas, j'ai fait un drainage vaginal; la malade a fini par succomber.

M. Mauclaire (de Paris). — J'ai pratiqué ma première omentopexie dans des conditions très mauvaises, pour ainsi dire *in extremis*, et le malade a succombé au bout de vingt heures. J'ai fait également cette opération chez une jeune femme, que je considérais comme atteinte d'une péritonite tuberculeuse, et qui en réalité présentait un foie très petit : pensant alors à une cirrhose, j'ai pratiqué la fixation de l'épiploon, ce qui n'a pas empêché l'ascite de se reproduire; la malade a succombé six semaines après l'opération.

M. Bardesco (de Bucarest). — Je puis vous faire connaître les résultats de 8 omentopexies pratiquées soit par M. Leonte, soit par moi-même. Nous avons observé 2 morts rapides, 1 mort après trois mois; pour un quatrième malade, le résultat définitif est resté inconnu; dans les 4 autres cas, la guérison s'est maintenue respectivement vingt-huit, vingt-trois, seize et quinze mois.

M. Malherbe (de Nantes). — J'ai eu 2 fois l'occasion de recourir à l'omentopexie. Dans mon premier fait, il s'agissait d'un homme atteint de cirrhose hypertrophique, que j'ai opéré il y a deux ans environ; je fixai simplement l'épiploon, avec deux fils de catgut, entre le péritoine et les muscles abdominaux; la guérison opératoire fut obtenue sans incident, mais j'ai appris que, après une amélioration passagère, le malade avait succombé au bout de quatre mois. Ma deuxième opération a été d'abord suivie d'une amélioration notable; ici encore, l'ascite a fini par se reproduire, et je crois que le patient, dont je n'ai pas eu de nouvelles, a succombé lui aussi.

M. Vidal (de Périgueux). — Il me paraît évident qu'on ne peut suffisamment expliquer la pathogénie de l'ascite cirrhotique par l'hypertension portale; par conséquent, il ne semble pas qu'on puisse chercher à guérir d'une façon certaine cette ascite par l'omentopexie. En revanche, cette opération, en diminuant l'hypertension portale, exerce une action indiscutable sur les hémorrhagies ; je crois donc que l'indication réelle de l'omentopexie vise ces hémorrhagies graves, et, pour ma part, j'ai vu des hématémèses cesser complètement, à la suite de l'opération de Talma, alors que l'ascite se reproduisait.

M. Roux (de Lausanne). — J'ai fait 5 omentopexies pour des cirrhoses proprement dites; un de mes opérés semble guéri, un deuxième paraît amélioré; quant aux 3 autres, ils sont morts exactement comme si on n'avait rien fait. Je vous avoue que, devant ces résultats, je ne suis plus guère tenté d'avoir recours à cette opération.

M. Depage (de Bruxelles). — Je n'ai pratiqué qu'une fois l'omentopexie, avec un résultat peu satisfaisant; dans ce cas, en effet, j'ai observé une légère amélioration, mais elle a été suivie de la reproduction de l'ascite, qui a nécessité une ponction au cours de laquelle la malade a succombé dans une syncope.

M. Reynès (de Marseille). — Je puis vous citer 2 faits d'omentopexie. Dans le premier, la guérison opératoire a été très simple, mais le résultat thérapeutique a été absolument nul. Le deuxième malade, opéré par M. Pluyette, est mort au bout de quarante-huit heures; le cas était d'ailleurs particulièrement mauvais, et cet insuccès ne me semble pas devoir être inscrit au passif de l'omentopexie.

Résultats définitifs de l'excision de l'estomac pour cancer.

M. Kocher (de Berne). — On peut affirmer que, d'une façon générale, les résultats du traitement opératoire du cancer des différents organes ont été très notablement améliorés dans ces dernières années. Pour le cancer du sein, notamment, il y a beaucoup de chirurgiens qui ont actuellement 40 % de guérisons.

J'ai pensé qu'il était intéressant de vous communiquer les résultats que m'a donnés l'excision de l'estomac. J'ai pratiqué 99 gastrectomies partielles pendant ces vingt-trois dernières années; j'écarte 2 observations dans lesquelles il ne s'agissait pas d'une ésion cancéreuse. Parmi les 97 opérations restantes, 52 ont été faites de 1881 à 1898, et 45 dans ces six dernières années; les résultats définitifs ont été récemment vérifiés pour toutes.

Pour mes 45 dernières interventions, la mortalité immédiate est tombée de 44 % à 17 %, et encore je puis ajouter que la mortalité opératoire proprement dite n'a été que de 5 %, les autres cas de mort étant dus à des complications pulmonaires qui existaient déjà avant l'intervention.

20 de mes opérés vivent encore, et, sauf un, tous jouissent d'une bonne santé, digérant très bien, avec un fonctionnement parfait de l'estomac. La survie est, il est vrai, inférieure à deux ans pour 10 d'entre eux; elle dépasse deux ans pour 2, trois ans pour 1, cinq ans pour 3, six ans pour 1, sept, onze et seize ans pour les 3 autres.

Décapsulation et fixation du rein.

M. Ceccherelli (de Parme). — J'ai fait procéder dans ma clinique à une série d'expériences qui montrent toute l'importance de la décapsulation rénale. La reproduction de la capsule est obtenue au bout d'un mois environ et s'accompagne de la formation d'adhérences solides. Au point de vue de la fonction rénale, ces expériences ont permis de constater que la quantité de la sécrétion urinaire est diminuée dans les premières vingt-quatre heures qui suivent l'opération; elle augmente ensuite progressivement, et, au dixième jour, elle devient supérieure à la normale.

Je me suis attaché à contrôler par la clinique ces résultats expérimentaux.

J'ai pu m'assurer ainsi que la décapsulation est une opération très bénigne, et je n'ai eu à déplorer aucun cas de mort.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, les urines sont très condensées; puis la sécrétion augmente jusqu'à dépasser au bout de quelque temps la diurèse normale.

Je pratique systématiquement la décapsulation dans chaque néphrorrhaphie, qui acquiert ainsi un réel élément de succès, en raison des adhérences donnant une solide fixation.

D'autre part, il est certain que les adhérences vasculaires consécutives à la décapsulation déterminent des modifications de la circulation rénale qui peuvent exercer une influence des plus favorables sur certains états pathologiques du rein.

De l'origine portale de certains accidents graves consécutifs à des interventions sur la région du hile du foie.

M. Villard (de Lyon). — J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois, notamment à la suite d'opérations sur le canal cholédoque, des accidents d'une extrême gravité qui me paraissent devoir être mis sur le compte d'une compression de la veine porte par un tamponnement à la Mikulicz. C'est à la suite d'une intervention sur le cholédoque pour lithiase que j'ai observé ces accidents pour la première fois; j'avais fait une compression énergique et, lorsque je fus

appelé auprès de la malade, qui était déjà dans un état très grave, je me mépris sur les causes des accidents : croyant à une hémorrhagie interne, j'augmentai encore la compression; or, l'autopsie me montra que la mort avait très vraisemblablement été déterminée par la compression de la veine porte. Dans 2 autres cas, je me suis trouvé en présence d'accidents analogues, que j'ai vu cesser après la suppression de la compression par le tamponnement.

Cholécystentérostomie en Y.

M. Monprofit. — J'ai pensé qu'il y aurait peut-être avantage à faire pour la cholécystentérostomie quelque chose d'analogue à ce que l'on fait pour la gastro-entérostomie avec le procédé en Y. Après section du jéjunum, j'ai suturé directement le bout distal au fond de la vésicule biliaire, et anastomosé le bout proximal comme dans la gastro-entérostomie en Y, espérant que, de la sorte, l'écoulement de la bile se ferait d'une façon parfaite. Je n'ai encore employé qu'une fois ce procédé; le résultat a été très satisfaisant.

Tumeurs hépatiques guéries par une simple laparotomie exploratrice.

M. Barnsby (de Tours). — Chez une femme atteinte d'ascite, la laparotomie m'a permis de constater un foie volumineux présentant trois bosselures de dimensions notables. Convaincu que j'avais affaire à un néoplasme malin du foie, je me contentai de refermer le ventre. L'opération date actuellement de trois ans, et la malade reste parfaitement guérie.

Dans un second cas, il s'agissait d'un homme chez lequel je soupçonnais l'existence d'un kyste hydatique, et qui avait été ponctionné 7 fois pour son ascite; la laparotomie, pratiquée il y a quatre ans, m'a montré également un foie volumineux que j'ai ponctionné sans succès, pour rechercher le kyste hydatique que j'avais diagnostiqué; ici encore, la simple laparotomie a été suivie d'une guérison qui depuis lors s'est maintenue, sans reproduction de l'ascite.

M. Fournier (d'Amiens) relate 2 observations de cholécystentérostomie pour fistules biliaires persistantes.

Dr Maurice Cazin (de Paris).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1904.

Le rhumatisme tuberculeux ankylosant.

M. Poncet (de Lyon). — Comme je l'ai déjà démontré, le rhumatisme tuberculeux peut affecter la forme d'arthrites sèches, plastiques, entraînant presque fatalement l'ankylose des jointures atteintes et méritant ainsi le nom de rhumatisme tuberculeux ankylosant que je lui ai attribué; c'est à cette variété que ressortissent le plus souvent, à mon avis, la spondylose rhizomélique (type Strümpell-Marie) et l'ankylose à type Bechterev.

Mais en dehors de ces formes généralisées, il en est d'autres où toutes les articulations ne sont pas intéressées, et l'on peut même décrire un rhumatisme tuberculeux ankylosant mono-articulaire. Tel le cas d'une jeune fille de vingt-deux ans, que j'ai observée avec M. R. Leriche, et qui a une ankylose osseuse du coude droit : celle-ci s'est produite lentement, progressivement, sans donner jamais naissance à aucune suppuration, à aucune fistule; sa nature est révélée par l'existence, chez cette malade, d'une carie sèche, tout à fait typique, de l'épaule gauche. Tel aussi le cas d'une femme dont le genou droit est ankylosé depuis une trentaine d'années, et qui est maintenant une tuberculeuse avérée. Citons encore une jeune femme de trente-deux ans, dont le père est mort de laryngite tuberculeuse, dont les deux maris ont été successivement emportés par la phtisie pulmonaire, qui a elle-même un sommet droit suspect, et qui offre des ankyloses polyarticulaires que rien, en dehors de l'imprégnation de son organisme par le virus tuberculeux, ne peut expliquer.

Nous pourrions multiplier les faits de même genre; il suffit, du reste, de dépouiller les observations, éparses dans la littérature médicale, concernant les formes irrégulières du rhumatisme chronique dit déformant, pour en trouver un grand nombre : un des plus remarquables a été publié il y a une douzaine d'années par M. Variot (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 285). La conclusion qui en découle, au point de vue pratique, c'est qu'en présence d'une arthrite ou d'une polyarthrite plastique, ankylosante, il convient de songer à la possibilité d'une manifestation tuberculeuse, surtout si l'on ne constate par ailleurs aucune autre infection susceptible d'être incriminée comme cause des lésions articulaires.

M. Cornil. — Je suis d'autant plus disposé à accepter l'interprétation de M. Poncet sur l'origine tuberculeuse de certaines arthrites ankylosantes, qu'il existe des lésions viscérales reconnaissant la même origine, bien qu'on ne constate à leur niveau ni granulations, ni bacilles tuberculeux : je veux parler des scléroses du pancréas et des dégénérescences amyloïdes du foie et du rein qui, quoique histologiquement étrangères à la tuberculose, sont manifestement dues à l'action de la toxine tuberculeuse.

Rôle du trichocéphale dans l'étiologie de la fièvre typhoïde.

M. Blanchard lit, à propos d'une note de M. Guiart sur ce sujet, un rapport que nous résumons ainsi :

Ayant prélevé à plusieurs reprises les matières fécales de 12 dothiénentériques de l'hôpital maritime de Brest, l'auteur a trouvé chez 10 d'entre eux, d'une façon constante, des œufs de trichocéphale. En outre, chez un des deux malades restants, on reconnut, à l'autopsie, la présence de six trichocéphales vivants dans le cæcum.

M. Guiart a également examiné les matières fécales de 4 autres militaires en traitement au même hôpital pour des affections autres que la fièvre typhoïde; or, chez un seul de ces sujets, on rencontra, mais en très petit nombre, des œufs de trichocéphale.

De ces constatations, l'auteur conclut à la grande fréquence des trichocéphales dans l'intestin des typhoïdiques, et admet que ce sont ces parasites qui, en puisant dans la muqueuse intestinale le sang dont ils se nourrissent, inoculent du même coup le bacille d'Eberth dans cette muqueuse et font éclater l'infection. On comprend ainsi pourquoi, dans une population buvant une même eau contaminée, il y a en réalité si peu d'individus frappés : ce sont ceux qui hébergent des vers intestinaux et plus particulièrement des trichocéphales.

La conclusion qui se dégage de ces faits au point de vue pratique, c'est qu'en présence d'une entérite fébrile quelconque, on doit instituer le plus vite possible — et même avant le résultat du séro-diagnostic — le traitement anthelminthique par le thymol.

Prolapsus de la muqueuse vésicale à travers l'urèthre chez une femme.

M. Villar (de Bordeaux) communique, au nom de M. Lefour et au sien, l'observation d'une femme qui souffrait depuis longtemps de troubles de la miction et de douleurs lombaires, lorsque, au cours d'un voyage, elle fut prise de rétention d'urine. Quelque temps après, elle s'aperçut que quelque chose sortait par son urèthre. L'examen local permit, en effet, de constater l'existence d'une petite tumeur rouge, dépressible, dont la surface présentait l'aspect de la muqueuse vésicale. La partie prolabée fut réséquée par la taille sus-pubienne et l'opération fut suivie de guérison.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre 1904.

Hémiplégie transitoire pendant une diurèse médicamenteuse dans l'asystolie.

M. Achard. — J'ai décrit autrefois, avec M. L. Lévi (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 376), des paralysies transitoires d'origine cardiaque, dues principalement à des troubles de la circulation cérébrale. Tout récemment j'ai eu l'occasion d'observer, avec M. Ramond, un nouvel exemple de cet accident, chez une asystolique, pendant la diurèse — d'ailleurs modérée — survenue sous l'influence de la théobromine.

Cette circonstance étiologique permet de rapprocher ce fait des accidents cérébraux variés qui ont été constatés à l'occasion de la résorption des hydropisies, non seulement chez les cardiaques, mais chez les brightiques et les cirrhotiques. Le mécanisme de ces accidents est encore discuté : il semble qu'on doive surtout invoquer des troubles de la circulation encéphalique, notamment l'œdème signalé dans quelques autopsies.

Il s'agit ordinairement de symptômes diffus : coma, délire, vertiges, céphalée. Quand on est en présence de phénomènes localisés, on peut admettre que les troubles circulatoires prédominent en certaines parties de l'encéphale; car, d'une façon générale, dans l'urémie, on observe des accidents localisés, tels que l'hémiplégie, l'épilepsie partielle, l'aphasie, etc., qui s'expliquent à l'autopsie par l'existence de petites suffusions sanguines cortico-méningées des régions motrices correspondantes.

Glycométrie du liquide céphalo-rachidien.

M. Sicard. — Il résulte d'un certain nombre de recherches que j'ai faites avec M. Rousseau-Langewelt sur la teneur du liquide céphalo-rachidien en glycose chez les enfants, qu'à l'état normal ce liquide contient de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 centigr. de sucre ‰. Au cours du diabète, de la coqueluche, des tumeurs mésocéphaliques, il existe une hyperglycose manifeste (de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme et même davantage); par contre, dans les cas de méningite aiguë, cérébro-spinale ou tuberculeuse, on ne trouve plus que de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 centigr. de sucre par litre de liquide céphalo-rachidien.

Cette hypoglycose peut être mise à profit pour différencier les méningites vraies d'avec les syndromes méningés qui s'observent si souvent au cours des maladies infectieuses.

M. Achard. — On peut se demander si, dans les cas d'hypoglycose du liquide céphalo-rachidien, une partie du sucre n'a pas été absorbée par les leucocytes; ces éléments sont en effet très riches en glycogène dans les méningites.

Atrophie infantile prolongée.

M. Variot montre une petite fille âgée de deux ans et neuf mois, issue d'une tuberculeuse, et dont la taille ne dépasse pas 0 m. 68 centimètres; elle pèse seulement 13 livres. Malgré ces particularités, cette enfant est propre, intelligente et affectueuse; comme en outre elle ne présente aucun signe de rachitisme ou d'athrepsie, l'orateur croit devoir désigner sous le nom d'atrophie infantile prolongée la dystrophie dont elle est atteinte. Quant à l'origine de cette affection, il semble bien qu'elle doive être attribuée pour une part à la tuberculose de la mère et pour l'autre à l'insuffisance de l'allaitement maternel. Peut-être y aurait-il lieu de faire jouer aussi un rôle à la résorption de substances toxiques d'origine intestinale, ainsi que tendraient à le faire admettre les expériences récentes de MM. Charrin et Le Play (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 215).

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 15 octobre 1904.

Rupture traumatique du foie, traitée par un simple tamponnement à l'adrénaline et terminée par guérison.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. J. Schnitzler** a présenté une femme qui était tombée sous une voiture dont une roue lui avait passé sur l'abdomen, au-dessous de l'ombilic. Elle fut apportée à l'hôpital sans connaissance; à l'examen objectif, on constata du météorisme, de la matité dans les flancs et une grave anémie. Une laparotomie permit d'évacuer 2 litres de sang,

épanchés dans la cavité abdominale et provenant du foie, dont un volumineux fragment était détaché du lobe droit. La suture étant impossible, parce que le point saignant était inaccessible, l'orateur se contenta de tamponner la plaie hépatique avec de la gaze imbibée d'une solution d'adrénaline; l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt.

Pendant la convalescence, la malade eut une pneumonie due, selon M. Schnitzler, à un infarctus du poumon par des cellules hépatiques.

M. Lotheissen montre un homme de soixante ans, qui a eu également une rupture traumatique du foie. Le fragment, détaché du lobe hépatique droit, avait les dimensions d'une pomme; la plaie fut suturée et la cavité abdominale drainée; la guérison s'ensuivit. La mortalité, à la suite des traumatismes de ce genre, n'est pas inférieure à 80 %.

Des métastases ganglionnaires en cas de cancer de l'utérus.

M. Schauta communique les résultats de l'examen des ganglions pelviens et des ganglions abdominaux, qu'il a fait faire dans 60 cas de cancer utérin; cette étude a porté sur des milliers de coupes. La conclusion de ces recherches est que l'on peut distinguer, au point de vue des métastases ganglionnaires, quatre catégories de faits : ou bien il n'y a aucune métastase; ou bien les ganglions pelviens sont seuls atteints; ou bien les deux groupes ganglionnaires sont dégénérés; ou bien enfin les ganglions abdominaux sont seuls cancéreux. Or, les cas les plus fréquents sont ceux qui réalisent la première (43 %) et la quatrième (35 %) éventualité. Dès lors, il serait inutile, d'après l'orateur, de poursuivre la recherche des ganglions, puisque le plus souvent ceux-ci sont sains ou tout à fait inaccessibles. La voie abdominale n'offre donc aucun avantage, car la voie vaginale permet également des extirpations étendues, et une amélioration des résultats éloignés ne peut être obtenue qu'en pratiquant des opérations plus précoces.

M. Schauta ajoute que sa nouvelle statistique donne une opérabilité de 44.5 % et une mortalité de 12.3 %.

M. Chrobak estime que l'opération abdominale est plus dangereuse que la vaginale; en outre, les malades se trouvent après celle-ci beaucoup mieux qu'après l'opération abdominale. Il pense, comme M. Schauta, que le progrès ne peut être cherché que par l'intervention de plus en plus précoce.

De l'influence de la sensation de couleur sur les sens.

M. Urbantschitsch fait une communication dans laquelle il relate un certain nombre de faits tendant à démontrer que les perceptions colorées sont susceptibles d'exercer une réelle influence sur les divers sens. C'est ainsi qu'en faisant porter à un sujet des verres colorés, on peut augmenter ou diminuer l'acuité auditive, faire varier l'intensité et la nature des sensations gustatives, etc. L'exposition de la peau à la lumière colorée produirait des effets analogues, de même aussi que l'impression purement subjective de couleur. Enfin, il existerait pour la plupart des individus une véritable « couleur de prédilection », spécialement apte à renforcer les perceptions sensorielles.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Contribution à l'étude de l'anémie dite pernicieuse progressive : trois cas d'anémie métaplastique, par MM. P.-E. Launois et P. Emile-Weil.

D'abord considérée, à la suite de la description de Biermer, comme une entité morbide autonome, l'anémie pernicieuse progressive tend de plus en plus à perdre cette dignité : devant l'accroissement continu du groupe des anémies graves symptomatiques (grossesse, hémorrhagies répétées, bothriocéphale, etc.), celui des anémies essentielles, mieux nommées cryptogénétiques, diminue chaque jour d'importance. Au point de vue hématologique, ces anémies peuvent d'ailleurs revêtir deux modalités distinctes : les unes sont *anaplastiques*, l'hématopoïèse y paraissant entièrement arrêtée; les autres sont *métaplastiques*, les organes sanguificateurs réagissant encore, mais leur réaction étant déviée et insuffisante. C'est à 3 observations de cette dernière catégorie qu'est consacré le présent mémoire.

L'histoire clinique des 3 malades en question est assez exactement superposable. Dans les 3 cas, il s'agit de sujets qui, au cours d'une santé apparemment bonne, furent pris d'une faiblesse rapidement croissante, avec pâleur verdâtre du teint, essoufflement plus ou moins marqué, troubles digestifs progressifs, consistant surtout en anorexie, souffles anémiques dans les vaisseaux du cou, épistaxis survenant dans les dernières phases de l'affection. La déglobulisation était intense : le taux des hématies tomba à 700,000 par millimètre cube dans un cas, à 500,000 dans un autre. La plupart des globules étaient volumineux et fortement chargés d'hémoglobine, d'où une valeur globulaire élevée (1.55 chez un des malades); la poikilocytose, la polychromatophilie, la présence de globules nucléés (mégaloblastes et normoblastes) achèvent de caractériser ces modifications sanguines. Quant aux globules blancs, de nombre sensiblement normal au début, mais avec diminution finale, ils offraient à considérer une inversion de la formule habituelle : les mononucléaires, surtout de grande taille, prédominaient sur les polynucléaires.

L'évolution de l'affection fut rapide et fatale : elle dura un trimestre environ dans 1 cas; pour les 2 autres, la mort survint respectivement deux mois et dix jours après le moment où les patients avaient été obligés d'interrompre leurs occupations.

L'autopsie put être pratiquée dans 2 de ces faits; elle révéla, comme cause de la mort, une thrombose cardiaque avec œdème pulmonaire consécutif. Pour ce qui est des lésions de date plus ancienne, elles se résument essentiellement en une sclérose portant sur la plupart des organes, et intéressant les gros vaisseaux plus encore que la trame parenchymateuse. Particulièrement marquées au niveau du foie et de la rate, elles consistaient, pour le premier de ces viscères, en un processus scléreux avec interversion des lobules dont les cellules étaient très altérées et atrophiées; pour le second, en une sclérose intense de la capsule et des artères, en une atrophie pulpaire par infiltration hémorrhagique et sclérose. Pas plus que la rate, les ganglions lymphatiques n'offraient de transformation myéloïde appréciable; par contre, ils étaient le siège d'une macrophagie considérable. La moelle des os avait réagi dans les 2 cas, mais son activité ne s'était manifestée que dans la série blanche (prolifération des myélocytes neutrophiles et éosinophiles).

Au total, si ces altérations n'expliquent guère *pourquoi* les modifications du sang se sont réalisées chez ces malades, elles montrent *comment* ces altérations ont pris naissance : l'activité hématopoïétique de la rate et de la moelle osseuse était à peu près nulle, tandis que la destruction des globules rouges était intense dans la rate, le foie, les ganglions lymphatiques.

Quant aux causes initiales du processus pathologique, elles demeurent obscures : un seul de ces malades — un homme de vingt-quatre ans — avait un passé pathologique chargé, où l'on relevait une fièvre typhoïde de l'enfance, une syphilis grave six ans auparavant, sans compter qu'il présentait une otite et des fistules sous-maxillaires suppurantes, liées à des caries dentaires; ce sont là des facteurs suffisants pour expliquer la genèse de la sclérose polyviscérale constatée à l'autopsie, et qui pouvait être considérée comme la base anatomique de l'affection. (*Rev. de méd.*, août 1904.) — F. F.

Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire, par MM. Lejars et Ménétrier.

On a depuis longtemps étudié les diverticules appendiculaires au point de vue anatomique et anatomo-pathologique. Les faits consignés dans le présent mémoire par MM. Lejars et Ménétrier démontrent que ces productions offrent un réel intérêt au point de vue pratique.

Le premier concerne un homme de trente-cinq ans, qui avait eu deux crises antérieures, larvées, d'appendicite. L'opération permit de réséquer sans peine un appendice, long de 6 centimètres environ, parsemé, sur presque toute son étendue, de nodosités jaunâtres, saillantes, hémisphériques, ayant les dimensions de grains de chènevis ou de raisin, et qui se présentaient comme de véritables hernies de la muqueuse et de la sous-muqueuse appendiculaires, à travers la couche musculaire interrompue à leur niveau et formant un véritable collet légèrement rétréci; si bien que tissu muqueux et sous-muqueux, offrant des traces manifestes d'inflammation ancienne, n'était séparé de la cavité abdominale que par le mince feuillet fibreux du péritoine.

Dans un second cas, l'appendice portait, près de son extrémité, un diverticule unique, hémisphérique et également privé de musculeuse, et qui paraissait près de se perforer. Le patient avait eu antérieurement une crise légère d'appendicite, qu'on avait laissée refroidir.

Chez un autre malade, les désordres étaient plus complexes; sur une coupe transversale, c'étaient en effet trois cavités accolées que l'on reconnaissait : une, au centre, correspondant à la lumière de la cavité appendiculaire primitive, dont les parois étaient le siège de lésions inflammatoires anciennes et cicatrisées; une deuxième, tapissée de muqueuse, située dans l'insertion du méso-appendice; une troisième, enfin, au point diamétralement opposé, pourvue d'un simple revêtement épithélial et occupant la couche sous-séreuse tout à fait superficielle.

Ailleurs, il s'agissait de trois ou quatre nodosités diverticulaires, au niveau du bord adhérent de l'appendice, entre les feuillets du méso; ailleurs encore, d'un prolongement en doigt de gant, si large et si long qu'on eût pu croire à une sorte de bifurcation appendiculaire.

La pathogénie de ces productions est aisée à établir : elles ne sont que l'expression d'un processus inflammatoire chronique. A la suite de lésions inflammatoires destructives, de nécroses partielles, les tuniques musculaires se trouvent interrompues en un point de leur parcours, et il est alors facile à la muqueuse de venir faire hernie jusque sous la couche péritonéale. Si l'on se rappelle, d'autre part, avec quelle perfection les cavités muqueuses sont susceptibles de se restaurer, même après les traumatismes les plus graves, il n'y a rien de surprenant que, dans certains cas, une fois la cicatrisation accomplie et la malformation constituée, ces diverticules appendiculaires puissent prendre, de par la netteté de la perte de substance musculaire et la continuité de la muqueuse dans les cavités principale et accessoire, tout l'aspect d'anomalies congénitales.

Au point de vue pratique, l'intérêt de ces faits est évident : l'étroitesse du collet des diverticules, leur disposition en cul-de-sac, en font de véritables recessus infectieux, tout prêts à donner naissance à de nouvelles crises, à des *appendicites diverticulaires*, tandis que la minceur de leur paroi les prédispose à la perforation précoce. En outre, la localisation fréquente de ces productions au bord adhérent de l'appendice permet d'expliquer les cas, d'ailleurs rares, où la migration du pus se fait dans le tissu sous-péritonéal de la fosse iliaque : il paraît légitime de les attribuer à une perforation méso-appendiculaire, et telle serait aussi l'origine des foyers purulents plus ou moins bien circonscrits que l'on trouve parfois entre les feuillets du méso-appendice. (*Rev. de chir.*, octobre 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Altérations des ongles consécutives à la scarlatine et à la rougeole, par M. E. Feer.

Au cours d'une grande épidémie de scarlatine, survenue à Bâle il y a seize ans environ, l'auteur avait eu l'occasion de constater, chez un certain nombre de malades, la présence de lésions unguéales d'un aspect particulier. Depuis lors, il a maintes fois retrouvé ces altérations chez les scarlatineux, et récemment encore, au cours d'une nouvelle épidémie qui vient de sévir dans ladite ville, il a été à même de se convaincre que les lésions dont il s'agit constituent une manifestation très fréquente et caractéristique de la scarlatine, à tel point qu'elles offriraient même une certaine valeur pour le diagnostic rétrospectif de cette affection.

Voici en quoi consistent les altérations en question : quatre ou cinq semaines après le début de la maladie, c'est-à-dire lorsque la desquamation est à peu près terminée, on voit apparaître, près de la racine des ongles de la main, sur la surface même de l'ongle, un sillon linéaire à direction transversale, parfois même un léger bourrelet. Au fur et à mesure que se fait la croissance de l'ongle, la « ligne scarlatineuse » avance vers le bord libre de l'ongle, évolution qu'elle parcourt dans l'espace d'environ six mois.

Cette altération unguéale est particulièrement marquée au niveau du pouce. D'une façon générale, elle est d'ailleurs d'autant plus nette que l'ongle est mieux développé; aussi est-elle surtout accentuée chez l'adulte; toutefois, chez les enfants au-dessus de dix ans, elle fait rarement défaut, tout au moins en ce qui concerne les pouces. Il convient en outre de faire remarquer que l'intensité de l'exanthème n'est pas sans excercer une certaine influence sur le développement de la ligne unguéale. Chez les enfants en bas âge, dont les ongles sont encore très minces, l'altération peut être à peine marquée, voire même manquer complètement, surtout si l'éruption scarlatineuse a, elle-même, été peu accentuée. Les cas de ce genre mis à part, les lésions unguéales sont généralement assez prononcées pour attirer l'attention du patient, et, si elles semblent avoir jusqu'à présent été méconnues par les médecins, c'est qu'elles se produisent à un moment où, la plupart du temps, le convalescent n'est plus soumis à l'observation médicale.

Ajoutons que la « ligne scarlatineuse » se montre également sur les ongles des gros orteils, mais qu'elle reste indistincte sur les autres orteils, en raison du faible développement de leurs ongles.

M. Feer estime que l'altération unguéale est intimement liée à l'éruption : la couche épithéliale proligère de la racine de l'ongle participerait au processus morbide qui intéresse la totalité de l'épiderme; le développement normal de l'ongle se trouverait interrompu, et c'est précisément cette interruption qui se traduirait par l'apparition du sillon ou du bourrelet en question. Mais on ne saurait, pour le moment, déterminer pourquoi la zone qui correspond à ce trouble trophique est tantôt déprimée, tantôt surélevée par rapport au reste de la surface unguéale. Quoi qu'il en soit, la différence de niveau est souvent assez accentuée pour être facilement perçue par le toucher. Il n'est pas rare de voir se former, sur cette ligne anormale, de légères érosions de la substance unguéale; souvent aussi, toute la surface qui est en deçà de la ligne scarlatineuse est quelque peu plus rugueuse que la partie périphérique de l'ongle.

L'auteur a également observé des lésions analogues à la suite de la rougeole. Dans cette dernière affection, elles sont toutefois moins marquées et moins fréquentes (sur 14 malades examinés dernièrement, 3 seulement en étaient atteints) que dans la scarlatine. La « ligne morbilleuse » se présente sous la forme d'une très légère proéminence, en deçà de laquelle la surface unguéale est souvent plus rugueuse et moins luisante que la périphérie de l'ongle.

D'après l'expérience de M. Feer, la connaissance du phénomène en question serait susceptible de faciliter le diagnostic rétrospectif de la scarlatine (celui de la rougeole présente, comme on le sait, moins de difficultés) à une époque où les symptômes aigus de la maladie et la desquamation ont depuis longtemps pris fin. C'est ainsi que, dans 2 cas de rhumatisme chronique, l'auteur fut à même de rattacher cette affection à une scarlatine ayant évolué respectivement un mois et demi et quatre mois auparavant, sans assistance médicale. On comprend que la constatation des lésions unguéales susmentionnées soit également susceptible de rendre de bons services lorsqu'il s'agit de reconnaître la nature scarlatineuse d'une néphrite dans les cas où la fièvre éruptive n'a pas été observée par un médecin.

En dehors de la scarlatine et de la rougeole, M. Feer n'a jamais eu à enregistrer une altération analogue dans d'autres affections générales. Sans doute, à la suite de lésions locales des doigts (érysipèle, eczéma, panaris, etc.), il n'est pas très rare de voir apparaître des lignes unguéales, mais en pareille occurrence elles ne portent que sur les doigts malades, tandis que dans la scarlatine tous les ongles sont atteints, avec prédominance des altérations au niveau des pouces. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 octobre 1904.) — L. CH.

Sur la toux provoquée par l'hyperthermie,
par M. Th. Fessler.

Appelé, il y a deux ans environ, à donner ses soins à un certain nombre de sujets atteints de fièvre intermittente, l'auteur remarqua que 4 d'entre eux commençaient à tousser pendant le stade de chaleur, au moment où l'élévation thermique arrivait à son maximum. Comme des affections concomitantes de l'appareil respiratoire ont souvent été signalées au cours de la malaria, M. Fessler crut d'abord avoir affaire à des complications bronchitiques; mais l'exploration minutieuse des poumons de ces malades permit de constater l'absence de tout signe physique de bronchite. Force était donc d'admettre que la toux survenant pendant l'accès de fièvre était, en réalité, déterminée par une cause autre qu'une lésion de la muqueuse respiratoire. Et, de fait, l'auteur a, depuis lors, eu maintes fois l'occasion de se convaincre que l'hyperthermie est susceptible, à elle seule, de provoquer de la toux, et cela sans qu'il y ait la moindre altération des organes respiratoires. C'est ainsi qu'il a observé un petit garçon de dix ans, atteint de troubles digestifs avec fièvre rémittente et qui tous les soirs, dès que la température commençait à monter, était pris d'accès de toux, de sorte que les parents de cet enfant craignaient qu'il ne s'agît d'une affection pulmonaire; or, le petit patient ne présentait absolument rien d'anormal du côté des organes thoraciques, et sa toux faisait tout simplement partie du syndrome fébrile. Il en fut de même chez une fillette de neuf ans, qui, pendant une attaque de rhumatisme articulaire aigu, se mettait à tousser toutes les fois que la fièvre (à type irrégulièrement intermittent) dépassait 39°; la toux cessait aussitôt que la température descendait au-dessous de 39°. M. Fessler a également observé un enfant qui, au cours d'une scarlatine, présenta pendant trois jours une hyperthermie dépassant 40° et accompagnée d'une toux violente, alors que l'examen physique permettait d'exclure, d'une façon absolue, toute lésion de l'appareil respiratoire.

En ce qui concerne la pathogénie de cette toux, l'auteur, tout en admettant que l'élévation de température peut irriter directement la muqueuse respiratoire par dessiccation, est cependant d'avis qu'il s'agit ici plutôt d'un trouble d'ordre nerveux. On sait, en effet, que l'hyperthermie détermine toute une série de désordres fonctionnels du côté du système nerveux, tels que céphalalgie, vertige, bourdonnements d'oreilles, délire, etc. Ces phénomènes sont surtout marqués chez les enfants, le système nerveux étant particulièrement sensible dans le jeune âge. Or, la plupart des cas où M. Fessler a eu l'occasion d'observer la toux pendant la fièvre se rapportaient à de jeunes sujets. Il convient, par conséquent, d'admettre qu'à côté de l'irritation des divers autres centres nerveux, le sang hyperthermique peut également irriter le centre de la toux, lequel siège dans le bulbe, au-dessus du centre des muscles inspirateurs.

Quoi qu'il en soit, le fait de l'existence possible, dans les affections fébriles, d'accès de toux sans la moindre lésion des voies respiratoires mérite d'être retenu. C'est là une notion qui peut, le cas échéant, faire éviter une erreur de diagnostic, notamment en temps d'épidémie d'influenza, lorsqu'on n'est que trop porté à mettre la toux sur le compte de la grippe.

D'autre part, il se peut que, même chez les phtisiques, la toux soit due, en partie du moins, à l'hyperthermie : dans la période hectique, c'est au moment de la fièvre que la toux est le plus pénible; par contre, dès que l'on parvient, au moyen d'applications froides, par exemple, à abaisser la température, les accès de toux diminuent d'intensité. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 septembre 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Empoisonnement mortel par l'acide borique,
par M. Ch. L. Best.

Considéré longtemps comme dépourvu de toute propriété toxique, l'acide borique est, en réalité, susceptible de donner lieu à des phénomènes d'intoxication. C'est ainsi que des accidents plus ou moins inquiétants ont été signalés à la suite d'irrigations rectales au moyen d'eau boriquée (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 16 et 1902, p. 232). D'autre part, M. Best a trouvé dans la littérature médicale la relation de 5 cas d'empoisonnement grave (dont 4 avec issue fatale), survenus soit à la suite de lavages prolongés des plaies avec des solutions saturées d'acide borique, soit après application de ce même antiseptique en poudre. L'auteur a eu, de son côté, l'occasion d'observer un fait de même genre.

Il s'agissait d'un homme de trente-six ans, qui, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris d'une adénite inguinale suppurée. On procéda à l'excision des ganglions malades et, après avoir lavé la plaie avec de l'eau salée, on la bourra d'acide borique pulvérisé et on en sutura les lèvres, sans drainage; puis on appliqua un pansement au collodion. Or, le soir du troisième jour, on vit apparaître, sur le cou, la poitrine et les épaules, un érythème diffus et légèrement papuleux. Le lendemain, l'éruption s'étendait au dos et aux cuisses, en même temps que l'on constatait une cyanose très marquée, avec sueurs visqueuses, refroidissement des extrémités, prostration générale et vomissements incoercibles. La température qui, au moment de l'admission du malade, était de 36°9, s'éleva à 38°2; le pouls passa de 68 à 138 pulsations à la minute et devint faible et irrégulier; le nombre des respirations monta de 16 à 38. Le patient commença bientôt à délirer et ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva une dégénérescence graisseuse du foie et des reins, ainsi que des ecchymoses sous-péricardiques; de plus, dans le voisinage de la cavité remplie d'acide borique, les tissus étaient décolorés et abondamment infiltrés d'un liquide séreux. Les ensemencements pratiqués avec le sang du cœur et avec divers viscères restèrent stériles.

M. Best estime que, dans ce fait, la mort ne saurait être attribuée qu'à une intoxication par l'acide borique, le malade en question ayant présenté tous les symptômes caractéristiques de cet empoisonnement (vomissements abondants, exanthème sous forme de papules, pouls faible et irrégulier, etc.). Il convient, d'autre part, de faire remarquer que le résultat négatif des ensemencements pratiqués avec le sang permet de rejeter l'hypothèse d'une septicémie, seule affection qui soit susceptible de simuler une intoxication à forme aussi grave. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 septembre 1904.) — L. CH.

Situation insolite d'un ovaire, par M. L. Schooler.

L'observation relatée dans le présent mémoire a trait à une femme de vingt-quatre ans, qui, une quinzaine de jours après une fausse couche de trois mois, fut admise à l'hôpital pour une tumeur occupant le côté gauche de l'abdomen. Comme la malade se plaignait de douleurs assez vives, accompagnées d'une légère hyperthermie, et que la tumeur avait brusquement augmenté de volume, on se décida à pratiquer une laparotomie. On fit l'incision sur la ligne médiane, en la commençant quelque peu plus haut qu'on ne le fait en vue d'une ovariotomie ordinaire. Les doigts ayant été introduits dans la plaie, on fut à même de se rendre compte que l'utérus avait été attiré en haut et à gauche, et que la trompe, deux fois plus grosse qu'à l'état normal, formait une sorte de cordon dur et tendu entre la matrice et la rate hypertrophiée et déplacée, mais complètement immobilisée dans sa position anormale. On agrandit l'incision afin de rendre la rate accessible à la vue; noire et luisante, elle rappelait un caillot sanguin ancien, tout en étant de consistance plus ferme, et son volume était au moins six fois plus considérable qu'à l'état normal. L'exploration manuelle de la base de la tumeur ne laissa subsister aucun doute sur l'identité de l'organe en question, et l'examen microscopique ultérieur d'un fragment excisé après ouverture de la capsule ne fit que confirmer le diagnostic. Or, chose curieuse, au niveau du pôle inférieur de cette rate hypertrophiée, le tissu splénique se trouvait complètement adhérent à l'ovaire et au pavillon de la trompe; l'union entre ces organes était telle-

ment intime qu'une inspection minutieuse pouvait seule permettre de différencier les divers tissus. La trompe, le ligament de l'ovaire et l'extrémité supérieure du ligament large étaient tendus et durs. Il fut décidé de sectionner les parties adhérentes entre deux ligatures et de refermer l'abdomen; l'incision de la rate donna lieu, toutefois, à une hémorrhagie qui nécessita un tamponnement. La guérison se fit sans encombre et la patiente quitta l'hôpital au bout d'une quinzaine de jours. Un mois après, elle fut prise de phénomènes d'occlusion intestinale, qui se dissipèrent dès le lendemain. En l'examinant à cette occasion, on fut à même de constater que les dimensions de la rate avaient diminué au moins de la moitié. Cinq semaines environ plus tard, une nouvelle occlusion intestinale, déterminée par des adhérences multiples du côlon descendant, nécessita une seconde intervention chirurgicale, au cours de laquelle on put se rendre compte que l'utérus avait récupéré sa position normale et qu'il en était de même pour la rate; celle-ci, au lieu d'être d'un noir foncé comme lors de la première opération, présentait la coloration habituelle du tissu splénique.

Avant cette seconde intervention, M. Schooler avait cru pouvoir admettre l'hypothèse d'une rate flottante (il n'existait pas le moindre antécédent de paludisme); aussi fut-il fort surpris par les constatations faites au cours de la dernière laparotomie, car il est difficile de comprendre pourquoi l'organe en question a repris et a, depuis lors, gardé sa position normale.

Quoi qu'il en soit, le fait même de l'existence d'adhérences intimes entre des organes normalement aussi éloignés et aussi peu mobiles que la rate et l'ovaire paraît assez singulier pour mériter d'attirer l'attention. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, octobre 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Deux cas d'insuffisance aortique consécutive à un traumatisme, par M. C. Trevisanello.

Les cas de rupture valvulaire consécutive à un traumatisme ou à un effort — ce « traumatisme interne » dû à l'augmentation de la pression artérielle — ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il soit sans intérêt de résumer les 2 faits relatés par M. Trevisanello, et observés dans le service de M. Maragliano, à Gênes.

Le premier concerne un docker de quarante-neuf ans, passablement intempérant, mais ne paraissant pas avoir souffert de ses excès de boisson, qui reçut un jour, sur le quai, un choc violent, d'un wagonnet, au niveau du flanc droit et de la moitié correspondante du thorax. Il tombe sans connaissance. Après dix jours de repos au lit, toute trace de l'accident paraît avoir disparu. Cependant, quand cet homme veut reprendre son travail, il doit y renoncer, les efforts quelque peu prolongés provoquant de la dyspnée et des palpitations. Il se fait admettre à la clinique médicale, et l'on constate tous les signes d'une insuffisance aortique à la phase d'hyposystolie : augmentation de volume du cœur, pointe déplacée en bas et en dehors, pulsations carotidiennes, souffle rude au second temps, au foyer aortique, double souffle crural, pouls capillaire, tracé sphygmographique de Corrigan, etc.

Le second malade, un menuisier de quarante-deux ans, également intempérant et ayant eu de plus, quelques années auparavant, une poussée d'arthrite chronique polyarticulaire d'une durée totale de dix-huit mois, est pris brusquement, une nuit, à l'occasion d'un mouvement brusque pendant le coït, d'une violente douleur épigastrique irradiant le long du sternum, avec sensation d'étouffement, puis dyspnée, angoisse, dépression. Sous l'influence de révulsifs légers et de calmants, ces phénomènes s'amendèrent au bout d'une dizaine de jours, mais, dès que le convalescent voulut reprendre son métier, la douleur reparut, accompagnée de dyspnée et de palpitations. Ici encore, le cœur était augmenté de volume, les carotides « dansaient », et l'on percevait à l'auscultation de la base du cœur le souffle au second temps caractéristique de l'insuffisance aortique.

Que, dans l'un et l'autre cas, la lésion cardiaque ait été causée par le traumatisme, la chose n'est pas douteuse, puisque des deux hommes, exerçant tous deux un métier pénible, pouvaient s'y livrer sans difficulté avant l'accident, et en furent incapables aussitôt après. Faut-il en conclure que leur cœur était parfaitement sain? Ceci est fort contestable, et l'auteur, qui ne croit guère à la possibilité de la rupture de valvules intactes, pense que l'alcoolisation à laquelle les deux patients étaient soumis, non moins que le rhumatisme chronique dont le second avait souffert, laissent supposer l'existence d'une altération préalable du système cardio-vasculaire, ayant permis à une violence somme toute banale de créer une rupture valvulaire, accident plutôt rare. (*Gazz. degli Osped.*, 21 août 1904.) — F. F.

Sur la participation du cœur à la chorée, par M. G. Tretti.

C'est surtout à l'étude d'un trouble cardiaque signalé tout récemment chez les choréiques par M. V. Tedeschi (de Padoue), que M. Tretti consacre le présent mémoire. Ce trouble consiste essentiellement en ce que le choc de la pointe, perçu par la palpation, ne correspond pas à la zone apicale de matité, telle que la percussion permet de la délimiter, mais en est séparé par une distance qui, dans certains cas observés par l'auteur, n'était pas moindre de 4 centimètres. Variable comme la plupart des manifestations cardiaques de la chorée, ce « signe de Tedeschi » offrirait des variations considérables, chez le même sujet, selon la phase de la maladie; d'une façon générale, il serait d'autant plus marqué que les phénomènes musculaires sont eux-mêmes plus intenses : apparaissant avec eux, atteignant son maximum d'amplitude à l'acmé de l'attaque choréique, il décroîtrait et finirait par disparaître avec le retour du petit malade à la santé. Quant à la fréquence de ce symptôme, M. Tedeschi l'avait rencontré 34 fois sur 43 cas; M. Tretti l'a observé 4 fois sur 6; c'est donc une proportion de 60 à 75 %.

Au reste, cet écart entre le choc de la pointe et le siège de sa matité, s'il est particulièrement commun dans la chorée et y atteint un degré remarquable, n'est pas absolument propre à cette affection : on peut même le noter chez des enfants normaux. Il en va d'ailleurs de même des autres troubles fonctionnels dont l'ensemble constitue le « cœur choréique » : arythmie, souffles extracardiaques, variabilité des dimensions de l'aire cardiaque d'un moment à l'autre. Cela étant, M. Tretti, s'inspirant des idées de M. Tedeschi, croit que la chorée n'intervient que pour une assez faible part dans la constitution de ce syndrome cardiaque, et cette part tient essentiellement à l'émotivité bien connue des choréiques, peut-être aussi au surmenage imposé au cœur par les mouvements désordonnés dont sont affectés ces patients; pour le reste, c'est à l'âge des malades (dysharmonie de croissance du cœur et du corps dans l'enfance et l'adolescence) et à la chlorose fréquente chez les jeunes choréiques qu'il conviendrait d'imputer le développement de cet ensemble symptomatologique. (*Pediatria*, août 1904.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'addition de citrate de soude au lait contre la dyspepsie des nourrissons allaités artificiellement.

Partant de cette considération qu'il est possible de retarder la coagulation du lait par la présure — cause principale de la dyspepsie des enfants élevés au biberon — grâce à l'addition au lait de certains sels, M. le docteur A. E. Wright, ancien professeur à l'Ecole de médecine militaire de Netley, a eu, il y a plus de dix ans déjà, l'idée d'employer dans ce but le citrate de soude, que Griesbach et Pekelharing ont utilisé pour empêcher la coagulation du sang et qui est inoffensif à petite dose, contrairement aux fluorures et aux oxalates dont MM. Arthus et Pagès ont découvert les propriétés anticoagulantes à l'égard du lait. La proportion adoptée empiriquement par M. Wright était de 0 gr. 06 centigr. de citrate pour 30 grammes de lait, soit 2 ‰.

S'inspirant de ces recherches, un autre confrère anglais, M. le docteur F. J. Poynton, médecin adjoint de l'University College Hospital et de l'hôpital des Enfants-Malades de Great Ormond-Street, à Londres, a depuis un an employé ce traitement d'une façon systématique, en particulier chez les enfants atteints de gastro-entérite.

En vue de rendre la méthode d'une application commode en pratique, M. Poynton fait usage d'une solution aqueuse de citrate de soude à 1.5 %. En ajoutant 4 grammes de cette solution à deux cuillerées à soupe de lait, on obtient la quantité à donner par repas à un enfant de quatre semaines par exemple; le peu d'eau servant de véhicule ne présente pas d'inconvénients : il ne modifie pas sensiblement la proportion de citrate que doit renfermer le lait. En outre, une dose aussi minime de citrate de soude n'entraîne pas la coagulation de la caséine, et elle ne précipite pas les sels de chaux normaux du lait d'une façon appréciable. Si la solution doit être conservée pendant une huitaine de jours, il est utile d'y ajouter quelques gouttes d'eau chloroformée, afin de prévenir le développement des moisissures.

La dose de citrate qu'il convient d'administrer par vingt-quatre heures varie suivant certaines conditions, telles que l'âge ou l'état de santé de l'enfant; généralement, quelques tâtonnements sont nécessaires pour déterminer l'*optimum*. Parfois, il faut commencer par une proportion de sel beaucoup plus considérable que celle qui vient d'être indiquée, surtout lorsqu'il existe un degré assez marqué de dyspepsie; le lait citraté n'a d'ailleurs aucune efficacité contre les gastro-entérites graves : seuls les cas légers ressortissent à son usage. Employé dans ces conditions, il a donné à M. Poynton des résultats fort encourageants : dans les 50 cas où il y a eu recours, notre confrère n'a eu qu'à s'en louer.

De son côté, M. le docteur G. Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades de Paris, vient d'expérimenter ce mode de traitement chez des enfants allaités artificiellement et tolérant mal le lait, en vue de faire disparaître les accidents gastro-intestinaux, tels que diarrhée, vomissements, etc. La proportion adoptée par notre confrère est sensiblement la même que celle que prescrit M. Poynton : 5 grammes de citrate de soude pour 300 grammes d'eau distillée, dont on ajoute une cuillerée à soupe à chaque prise de lait. Les résultats obtenus par M. Variot ont également été très satisfaisants.

Traitement de la fracture obstétricale du fémur par l'extension continue.

Dans les fractures obstétricales du fémur, on se contente habituellement de placer le membre en flexion extrême et de le maintenir, au moyen d'un certain nombre de tours de bande, contre le tronc qui sert ainsi d'attelle. Cette pratique n'est cependant pas exempte d'inconvénients : dans ces conditions, en effet, il n'est guère possible de tenir l'enfant dans l'état voulu de propreté, ou bien, si l'on persiste à lui donner son bain quotidien, il faut tous les jours renouveler le bandage. De plus, la pression exercée sur les organes abdominaux n'est guère favorable, si minime soit-elle. Enfin, il est assez difficile de maintenir les deux fragments en place. Cela étant, un confrère exerçant dans l'Uruguay, M. le docteur E. Riese (de Fray-Bentos), a recours à la méthode de l'extension continue qui, pour l'adulte, est considérée comme le traitement de choix. Voici comment notre confrère procède à la confection de l'appareil :

Une bande de sparadrap adhésif, large de deux travers de doigt, est d'abord appliquée le long de la face externe de la cuisse, de façon à dépasser en haut la région de la fracture; puis on ramène le pied vers le thorax en fléchissant le genou à angle très obtus; on applique alors la bande adhésive contre la jambe en évitant la malléole externe, qu'on laisse en arrière; on termine en fixant la bande sur la face interne du membre inférieur, tout en ayant soin de ménager une sorte de boucle au niveau de la plante du pied. L'extension continue s'obtient en adaptant à cette boucle un lien élastique attaché d'autre part au corps de l'enfant : un tube en caoutchouc passant autour du cou remplit parfaitement le but. Il importe seulement de disposer l'appareil de telle façon que la traction s'opère rigoureusement dans l'axe du fragment supérieur du fémur.

Dans le cas où M. Riese a eu recours au procédé dont il s'agit, il a obtenu une consolidation parfaite en seize jours.

SEPTIÈME CONGRÈS FRANÇAIS

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Paris du 24 au 27 octobre 1904.

La tension artérielle dans les maladies.

MM. Bosc et **Vedel** (de Montpellier), *rapporteurs.* — L'étude de la tension artérielle dans les maladies comporte deux grandes divisions : les syndromes *avec hypertension* et les syndromes *avec hypotension.*

Pour les premiers, il convient tout d'abord de fixer la pression minima à laquelle commence l'hypertension. Encore qu'il soit impossible d'établir, à cet égard, un chiffre univoque — la moyenne de la pression radiale étant très variable suivant l'âge du sujet et la résistance en quelque sorte congénitale du système cardio-vasculaire —, des recherches multiples nous permettent de dire qu'il y a réellement hypertension toutes les fois que le sphygmomanomètre marque à la radiale un chiffre supérieur à 18 centimètres de mercure chez l'adulte, à 20 ou 21 centimètres chez le vieillard.

La fréquence des syndromes avec hypertension est d'autant plus considérable que les mécanismes susceptibles d'élever le chiffre de la tension sont très nombreux. Les trois facteurs de la régulation de la pression à l'état normal — c'est-à-dire l'augmentation de la masse du sang, l'action plus énergique du muscle cardiaque, les modifications des petits vaisseaux périphériques — peuvent intervenir, mais ce sont les modifications de la résistance périphérique qui jouent le rôle essentiel dans la production de l'hypertension, soit que la cause agisse directement sur les vaisseaux, soit que cette action s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux.

Les syndromes avec hypertension peuvent être sous la dépendance de causes mécaniques, réflexes ou toxiques.

Les premières n'interviennent que dans un nombre restreint de cas et produisent surtout des hypertensions passagères, car, si elles sont peu intenses, la régulation ne tarde pas à s'établir, et si elles sont dues à des lésions définitives du cœur ou des vaisseaux, elles aboutissent assez rapidement à une hypotension par fatigue du myocarde.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux causes réflexes et, en particulier, aux hypertensions d'origine cérébrale, en prenant pour type une émotion brusque. Il importe, toutefois, de tenir compte que, sous l'influence d'excitations nerveuses répétées et prolongées, il peut se produire un trouble général de la nutrition susceptible d'aboutir à une véritable auto-intoxication persistante et à la sclérose vasculaire : on est alors en présence d'une hypertension permanente, de mécanisme complexe.

Les causes toxiques sont d'origine endogène ou exogène. Les auto-intoxications, accompagnées d'hypertension, résultent d'une augmentation de toxicité des produits des échanges normaux, avec rétention consécutive par insuffisance des organes éliminateurs ou modificateurs. Cette altération de la vie cellulaire constitue la diathèse bradytrophique qui, tout en étant héréditaire, peut aussi être réalisée de toute pièce chez un individu normal, sous l'influence de la sédentarité, de la constipation, du surmenage, de l'intoxication d'origine gastrique, etc. Ces faits permettent de comprendre l'existence des *dyspepsies avec hypertension*, sur lesquelles M. Chryssovergis a récemment attiré l'attention (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 185-187). Les modifications pathologiques des glandes à sécrétion interne, modifications qui peuvent être liées uniquement à l'évolution de la vie (puberté, ménopause), conduisent au même résultat, en diminuant les oxydations. Ces causes agiront avec d'autant plus d'intensité qu'il existera déjà, et parfois dès le jeune âge, une hérédité bradytrophique accentuée avec hypertension et sclérose vasculaire.

Il importe de faire remarquer que les poisons d'origine exogène n'agissent pas autrement que les poisons endogènes. C'est ainsi que, en dehors du spasme vasculaire produit par l'action directe du plomb, le saturnisme aboutit à une nutrition retardée tellement marquée que ses manifestations sont identiques à celles de la goutte avec son uricémie, ses poussées périarticulaires, et sa sclérose généralisée entraînant une hypertension excessive.

Quelle que soit la nature de l'agent toxique, endogène ou exogène, le processus morbide peut aboutir à des accidents d'intoxication aiguë calqués sur le même type (urémie, éclampsie, encéphalopathie saturnine), de sorte qu'il n'y a point lieu de faire intervenir un facteur univoque, comme l'hypertension, pour expliquer la ressemblance symptomatique de ces accidents : l'unicité du mode d'action des causes toxiques en donne une raison suffisante.

Les poisons d'origine microbienne, en exerçant une action plus aiguë et immédiatement dégénérative et destructive, déterminent surtout des syndromes avec hypotension. Celle-ci peut, toutefois, être précédée d'un stade d'hypertension, et, d'autre part, certaines toxines (produits du staphylocoque doré, toxine pyocyanique, malléine) semblent posséder des propriétés nettement hypertensives. Qu'ils soient, d'ailleurs, hypo ou hypertensifs, les poisons microbiens entraînent — et la scarlatine en est un exemple frappant — des phénomènes inflammatoires qui continuent à évoluer longtemps après que la cause primitive a disparu, et qui aboutissent à une artériosclérose généralisée avec localisations plus ou moins marquées sur le cœur, les reins ou le cerveau.

Peu satisfait de la théorie de l'intoxication, M. Vaquez s'est demandé s'il ne conviendrait pas, au lieu de faire intervenir des produits métaboliques, de rattacher les syndromes avec hypertension à l'action d'une seule substance hypertensive. En tenant compte, d'une part, des effets de l'extrait surrénal sur la tension et, d'autre part, de la fréquence des lésions des capsules surrénales dans les infections et les intoxications, il a été amené à penser qu'il peut y avoir dans les syndromes avec hypertension et, en particulier, dans les néphrites atrophiques, un hyperfonctionnement des glandes surrénales, au même titre que dans l'état morbide décrit par MM. Sergent et Bernard sous le nom d'*hyperépinéphrie.* Pour notre part, sans vouloir prétendre que les lésions des capsules surrénales n'ont rien à voir dans l'évolution des syndromes avec hypertension forte, nous estimons que ces lésions doivent être envisagées non comme une cause directe de l'hypertension, mais plutôt comme une réaction de défense contre les poisons hypertenseurs.

L'évolution des lésions dans les syndromes avec hypertension se fait suivant trois phases. Elle débute par une phase de *spasme* ou *fonctionnelle*, qui peut être de longue durée, mais au cours de laquelle se marque déjà un processus inflammatoire périvasculaire purement histologique : cette phase correspond à ce que M. Huchard a désigné sous le nom de *présclérose* et qui mériterait mieux la désignation de *préfibrose.* Le deuxième stade est en rapport avec une *fibrose généralisée* portant sur les petits vaisseaux et déterminant une méiopragie progressive des organes : c'est la phase de *fibro-capillarite* décelable à l'autopsie et à l'examen clinique attentif. La dernière période est marquée par la propagation de la fibrose aux gros vaisseaux, c'est-à-dire par une *artériosclérose généralisée* avec développement, précoce ou tardif, de l'*athérome.*

Nous devons aussi mentionner les *hypertensions partielles*, qui sont, le plus souvent, dues à des artérites et sur lesquelles nous ne pouvons pas nous appesantir, faute de documents assez nombreux et précis.

En ce qui concerne la symptomatologie, il convient de se demander si l'hypertension est susceptible de produire directement, par elle-même, des troubles graves localisés ou généralisés, tels que l'*hémianopsie homonyme*, l'*aphasie transitoire*, l'*amaurose*, la *céphalée*, le *glaucome*, les *crises convulsives* de l'urémie et de l'éclampsie. M. Vaquez fait remarquer que l'amaurose et l'hémianopsie homonyme, ainsi que l'aphasie transitoire, se présentent avec les mêmes caractères, coïncident avec l'hypertension et disparaissent avec cette dernière. Mais n'est-il pas possible d'attribuer à la fois l'exagération de l'hypertension et les accidents en question à une aggravation momentanée de la cause toxique qui tient le syndrome entier sous sa dépendance ? Toutes les causes qui agissent dans ces cas sont, en effet, vaso-constrictives et développent des spasmes que l'on a pu constater à l'ophtalmoscope, de sorte que ces symptômes et l'hypertension relèvent d'un même mécanisme, mais sans qu'il y ait relation de cause à effet entre celle-ci et ceux-là.

Les mêmes raisons nous empêchent d'admettre la nature hypertensive des paroxysmes convulsifs de l'urémie, de l'éclampsie, du saturnisme. Et, du reste, si la théorie purement mécanique des convulsions urémiques ou éclamptiques était vraie, on ne saurait s'expliquer l'action rapide de la saignée sur ces convulsions : une saignée de 400 grammes ne modifie guère la tension artérielle, mais il s'élimine avec le sang une quantité assez notable de poison pour calmer tout au moins l'excitabilité corticale.

On peut se demander si, dans les cas de sclérose généralisée avec lésions rénales, les crises d'hypertension ne peuvent pas être déterminées par la rétention d'une substance non toxique par elle-même, mais hypertensive. D'après quelques auteurs, la rétention du chlorure de sodium dans l'organisme serait susceptible de produire cet effet. Pour notre part, nous ne saurions souscrire à cette opinion, et il nous paraît juste de croire que ce n'est pas seulement aux variations dans l'élimination du chlorure de sodium que sont dus les troubles d'hypertension, mais qu'il faut aussi compter avec les substances qui suivent les mêmes lois de rétention ou d'élimination que ce sel.

Etant donnée la multiplicité des causes primitives et secondaires de l'hypertension, on comprend que les indications thérapeutiques à remplir seront toujours complexes et que la prophylaxie et l'hygiène générale devront jouer un rôle important dans le traitement. La connaissance de la cause primordiale de l'hypertension est essentielle, surtout dans les intoxications récentes où sa suppression précoce pourra entraîner une guérison définitive. Dans les cas où il n'est pas possible de supprimer immédiatement la cause et dans ceux où elle a imprégné fortement l'organisme, nous ne voyons guère, en fait de traitement spécifique, que l'organothérapie qui exerce une action antitoxique incontestable. Pour les maladies infectieuses aiguës et subaiguës, ordinairement hypotensives à leur période d'état, le traitement doit être continué après la guérison apparente, afin d'empêcher, ou de faire disparaître dès leur début, les scléroses productrices d'hypertension. La médication doit être encore plus énergique dans les maladies qui, comme la scarlatine, sont fortement hypertensives et sclérogènes dès leur période d'état.

Le régime alimentaire tient incontestablement une des plus grandes places dans la thérapeutique de l'hypertension. On doit non seulement proscrire les excès de table, mais encore éviter toutes les causes susceptibles d'augmenter le spasme ou de provoquer et d'aggraver le développement de la sclérose. Dans les cas d'insuffisance rénale, le régime lacté devra être prescrit. En général, la diète lactée exclusive, indiquée surtout dans les hypertensions fortes avec lésions profondes du rein et du cœur, est bien supportée, à la condition d'être alternée avec un régime lacto-végétarien ou avec le régime carné achloruré. La constipation devra être combattue par des laxatifs répétés ; on administrera, en outre, des purgatifs salins, qui constituent une médication éliminatrice active, au même titre que les sudorifiques et les diurétiques.

Lorsqu'aux phénomènes spasmodiques il s'ajoute de la sclérose des petits vaisseaux, il convient d'éviter toutes les causes susceptibles de provoquer des à-coups d'hypertension dangereux sur des vaisseaux fragiles (émotion, efforts, coït, etc.). Il importe aussi de ne pas oublier que les purgatifs drastiques, comme l'eau-de-vie allemande, doivent être administrés, en pareille occurrence, avec quelques précautions, le malade restant couché deux ou trois heures après l'absorption, de façon à éviter tout réflexe d'origine stomacale ou une syncope due à l'anémie cérébrale.

Dans le traitement de l'hypertension permanente, la médication antispasmodique et directement hypotensive présente une valeur simplement palliative. Il est indispensable de viser à la résolution des lésions scléreuses. A cet effet, on aura recours à l'iodure de sodium *à faibles*

doses (de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 centigr. par vingt-quatre heures), en ayant soin d'interrompre le traitement par des périodes de repos, au cours desquelles on donnera des alcalins, des désinfectants intestinaux et du sulfate de soude, de façon à faciliter l'élimination de l'iodure.

Lorsque le processus morbide est entré dans la phase d'artériofibrose avec athérome, la médication résolutive, tout en restant sans effet sur les altérations définitives, peut encore être utile pour arrêter ou faire régresser les lésions scléreuses en évolution au niveau des petits vaisseaux de nouvelle formation. Mais ce qui importe surtout en pareille occurrence, c'est de tenir compte de la fragilité des artérioles et de prévenir leur rupture et l'hémorrhagie, en empêchant les poussées d'hypertension.

Avant de passer en revue les *syndromes avec hypotension*, il convient de s'entendre sur la valeur de ce terme : on peut dire que les chiffres de 12 à 13 centimètres de mercure expriment une hypotension nette; ceux de 10 à 11 une hypotension marquée; ceux de 8 à 9 une hypotension forte et ceux de 6 à 7 une hypotension extrême.

Dans les états pathologiques, l'hypotension peut dépendre de facteurs multiples, que nous grouperons en causes mécaniques, nerveuses et toxi-infectieuses.

Parmi les causes mécaniques, il suffira de rappeler les hémorrhagies abondantes ou répétées, les déperditions exagérées de liquide par telle ou telle voie naturelle (diarrhées abondantes, vomissements incoercibles, sueurs profuses, polyurie marquée), les épanchements pleuraux et surtout péricardiques, qui créent un obstacle à la circulation pulmonaire, etc.

En ce qui concerne l'action du système nerveux sur l'hypotension, un rôle très important doit être attribué aux troubles vasomoteurs dont l'origine est, en général, sous la dépendance des centres nerveux. Et, de fait, parmi les causes nerveuses de l'hypotension, une place très considérable est occupée par les affections cérébrales.

Mais, de toutes les influences hypotensives, celles qui s'imposent le plus à l'attention du praticien se rapportent aux causes toxiques, l'intoxication étant prise dans son sens le plus large et comprenant les poisons chimiques, organiques, autochtones et microbiens.

Si quelques rares toxines microbiennes sont susceptibles, à un moment donné, d'élever la tension artérielle, la plupart, au contraire, abaissent la pression, en agissant à la fois, mais avec une prédilection plus ou moins marquée, sur la fibre cardiaque, sur les petits vaisseaux et sur le système nerveux. Toutefois, l'état actuel de nos connaissances sur l'hypotension dans les maladies toxi-infectieuses est loin d'être tel que l'on puisse en déduire des conclusions précises pour le pronostic et la thérapeutique. C'est ainsi que l'hypotension habituellement enregistrée dans la *fièvre typhoïde* ne doit pas être appréciée isolément, mais rapprochée des autres moyens d'information et, en particulier, de l'examen du cœur et du pouls. Il n'en reste pas moins que, dans nombre de cas, le praticien sera fort utilement renseigné par les chiffres de la tension radiale, même en ce qui concerne le pronostic : connaissant la marche habituelle de la tension dans la dothiénentérie — hypotension assez irrégulière (15 à 12) à la période d'état, avec diminution à la défervescence (13 à 10) et relèvement à oscillations fréquentes —, on doit se méfier des écarts trop grands, qui sont de nature à faire redouter une complication importante. Lorsque, au cours de la maladie, la tension plus ou moins abaissée s'élève subitement à 16, 17 ou 18 centimètres, il y a lieu de craindre une hémorrhagie intestinale.

Pour la *variole*, l'hypotension serait précoce et son maximum répondrait à la période de suppuration (Reynaud et Cotte). Une hypotension à 11 centimètres, dès les premiers jours, indiquerait une forme grave, et les chiffres de 9 ou au-dessous impliqueraient presque toujours une issue fatale.

Dans la *grippe*, l'hypotension serait liée à la gravité de l'infection (Reynaud). MM. Jourdin et Fischer, en étudiant particulièrement la grippe à forme pulmonaire, ont constaté que la convalescence est d'autant plus longue que la pression reste plus longtemps abaissée, la température étant redevenue normale.

La *pneumonie* s'accompagne également d'hypotension. Si dans les cas bénins la tension ne descend guère au-dessous de 14 et regagne la normale vers le vingtième jour, dans les formes plus graves elle s'abaisse jusqu'à 10 et ne revient à la normale que vers le trentième jour; dans les cas mortels, elle est diminuée d'emblée et descend au-dessous de 9 (François et Reynaud). Il importe, toutefois, de tenir compte des autres phénomènes locaux et généraux pour pouvoir porter un pronostic fatal, même en présence d'une hypotension très marquée.

En ce qui concerne les *pleurésies*, la tension n'est abaissée que dans les cas où l'épanchement est considérable. La persistance de l'hypotension après la thoracentèse semble devoir faire craindre la reproduction du liquide. Si la tension atteint 18 à 20, le brightisme est à redouter; par contre, dans les cas où elle est abaissée à 14-11, il y aura lieu de songer à la *tuberculose*. Dans cette dernière affection, le caractère hypotensif prend, en effet, une importance considérable et peut se marquer avant l'apparition de tout signe physique certain. C'est dire que la constatation de cette hypotension est susceptible de rendre d'excellents services pour le diagnostic différentiel de la tuberculose d'avec les processus morbides qui peuvent la simuler ou dont elle emprunte le masque. On ne doit, cependant, pas oublier qu'il est des tuberculeux à tension normale, voire même avec hypertension légère : ce sont ceux chez lesquels il existe soit de l'arthritisme et surtout de la goutte, soit de l'artériosclérose ou un emphysème prononcé.

Au point de vue thérapeutique, parmi les moyens généraux qui paraissent le plus efficaces pour rétablir la pression en défaut, l'hydrothérapie tient le premier rang. A cet égard, le bain froid paraît être l'agent le plus actif; le bain progressivement refroidi, ainsi que les enveloppements humides, agit dans le même sens, mais avec moins d'énergie. Le bain chaud exerce également une influence très nette sur la pression sanguine; l'un de nous l'a employé systématiquement, chez l'enfant, dans le traitement des maladies infectieuses hypotensives: ce moyen est particulièrement indiqué dans les cas où l'état du cœur, l'hémorrhagie et le très jeune âge constituent une contre-indication à l'usage du bain froid.

Si, le plus souvent, l'hypotension n'étant qu'un symptôme, son traitement spécial se confond avec le traitement général de la maladie, il est cependant une médication qui, de l'avis quasi unanime, réalise le traitement rationnel de cet état morbide, en combattant simultanément tous les facteurs qui contribuent à le produire. Nous voulons parler des *grandes injections salines*, dont nous avons antérieurement étudié les effets (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 268, 291 et 346, et 1900, p. 269).

Quant à l'adrénaline, son action sur la tension est extrêmement fugace, sans compter que son emploi expose à toute une série d'accidents qui doivent inspirer une grande prudence.

M. Vaquez (de Paris), *co-rapporteur*. — Entrevue par Senhouse-Kirkes et définitivement établie par Traube, la notion de l'élévation excessive de la pression sanguine a, dans ces dernières années, acquis une très grande importance; aussi nous a-t-il paru utile de consacrer spécialement notre rapport à l'étude du diagnostic, de la signification clinique, de la pathogénie et du traitement de l'hypertension artérielle.

La mesure de la pression par le simple palper donne lieu à de grossières erreurs : habituellement, on la juge, en effet, plus basse qu'elle n'est en réalité dans les artères petites, plus haute dans les artères distendues, dont les parois résistent mal à une forte impulsion de la colonne sanguine. Aussi le *diagnostic* clinique de l'hypertension repose-t-il sur d'autres signes, dont Traube a très bien établi la valeur. Et d'abord, qu'il s'agisse d'hypertension transitoire au cours de l'éclampsie ou de la colique de plomb, ou d'hypertension permanente ou variable, dans le mal de Bright, l'accentuation du deuxième bruit aortique pourra en être le signe révélateur. Il est bon, toutefois, de ne pas oublier que ce symptôme peut relever d'autres causes que de l'hypertension. A notre avis, on n'est autorisé à affirmer la réalité de l'hypertension — qu'elle se révèle ou non au moment de l'examen sphygmomanométrique — que dans les cas où l'accentuation du deuxième bruit aortique s'accompagne d'hypertrophie du ventricule gauche, décelée par la percussion. Les signes fournis par l'auscultation ne sont alors qu'accessoires. L'hypertrophie du cœur gauche a souvent comme corollaire l'existence d'un bruit de galop : quel que soit son rythme, du moment qu'il a son siège vers le ventricule gauche et qu'il est bien caractérisé par l'interposition d'un bruit particulier, à caractère presque tactile de soulèvement, dans le silence diastolique, ce « galop cardiaque » est révélateur d'une hypertrophie du cœur gauche et de l'hypertension artérielle.

Mais il est une autre modification à laquelle les auteurs n'ont pas jusqu'ici attaché une grande importance, et qui, d'après notre expérience, mérite de prendre place parmi les phénomènes liés à l'hypertension. Nous avons en vue le redoublement du premier bruit du cœur. Ce signe, qui se différencie du bruit de galop en ce qu'il est constitué par deux tons très rapprochés, d'égale sonorité, d'égale valeur et d'égale durée, peut être invariable dans le rythme respiratoire ou être plus marqué au moment de l'expiration.

Quant aux modifications du rythme du pouls, elles n'ont que des rapports très incertains avec l'hypertension, celle-ci pouvant s'accompagner d'accélération, tout comme de ralentissement du pouls.

La *signification clinique* de l'hypertension est très importante, tant en raison de sa valeur diagnostique par rapport au mal de Bright que ce symptôme accompagne d'ordinaire et qu'il précède peut-être, qu'à cause du pronostic immédiat ou éloigné qui y est attaché; et, de fait, condition pathogène de maladies déterminées, l'hypertension est souvent, au cours de ces maladies ou avant même qu'elles se soient développées, la cause immédiate de nombreux accidents, voire de la mort.

D'après nos observations personnelles, on peut réduire l'évolution, extrêmement variable, de l'hypertension à trois principaux types : l'*hypertension transitoire*, l'*hypertension instable* et l'*hypertension permanente*.

La première apparaît au cours d'accidents aigus, généralement douloureux, de l'abdomen et, en particulier, de l'estomac. L'hypertension de la colique de plomb en est le meilleur exemple. Lorsque la colique s'accompagne de complications cérébrales, la tension présente une élévation considérable, mais celle-ci n'en reste pas moins fugace et, si elle se manifeste avant l'apparition des troubles cérébraux, elle diminue en même temps que leur guérison s'effectue. La persistance de l'hypertension constitue un signe de haute gravité.

L'hypertension oscillante ou instable mérite d'autant plus d'attirer l'attention que, faute de connaître sa très grande fréquence, on sera porté à attribuer aux interventions thérapeutiques les plus diverses des rémissions qui, en réalité, sont spontanées. Il est, en effet, très habituel de constater, chez un malade qui vient à l'hôpital avec une tension élevée, un abaissement, parfois presque complet, de la pression, sous la seule influence du repos au lit et d'une alimentation rationnelle. Mais, le plus souvent, cet abaissement n'est que transitoire. C'est que très fréquemment, et peut-être même toujours, surtout dans ses stades de début, l'hypertension procède par accès, lesquels présagent ou accompagnent les accidents cérébraux ou thoraciques plus ou moins graves.

Quant à l'hypertension permanente, elle peut s'établir plus ou moins tardivement à la suite des stades précédents et se fixer alors soit à des chiffres moyens (20 à 22), soit à des chiffres plus élevés (26 à 28). Dans le premier cas, elle peut rester fort longtemps méconnue ou ne se révéler que par des symptômes accessoires (bourdonnements d'oreille, glaucome, etc.). Toutefois, même en pareille occurrence, l'hypertension peut s'accompagner de phénomènes plus tangibles, pour peu que la lésion rénale donne déjà des signes apparents ou qu'il y ait des complications du côté de l'appareil vasculaire (angine de poitrine) ou pulmonaire (dyspnée paroxystique, œdème, etc.). Lorsque l'hypertension permanente atteint les chiffres élevés de 26 à 28, voire même 30 centimètres de mercure, elle ne reste pas longtemps silencieuse : des accidents graves d'emblée, la mort

subite même, en sont parfois les premières et dernières manifestations.

Que l'hypertension soit transitoire, oscillante ou durable, du fait même de son existence résulte toute une série d'accidents identiques dans leur mode d'apparition et dans leur évolution clinique, et cela quelle que soit l'affection première que cette hypertension accompagne ou révèle. Comme nous l'avons indiqué antérieurement (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 45), il y a lieu de distraire de l'albuminurie, de la néphrite, de l'intoxication urémique, éclamptique ou saturnine, certains accidents (amaurose, hémianopsie, aphasie transitoire, accès convulsifs, hémiplégie transitoire, mort subite, etc.) qu'on avait jusqu'ici coutume d'expliquer par l'intervention de ces affections, et qui, en réalité, sont fonction, non de la maladie causale, mais de l'hypertension.

Il est une autre catégorie de manifestations morbides, dont le rapport avec l'hypertension peut être considéré comme probable, quoique non encore définitivement démontré. Il en est ainsi notamment pour l'œdème aigu du poumon et l'angine de poitrine.

Les relations de l'*angor pectoris* avec l'élévation de la tension sont variables suivant la cause de la maladie. Dans les cas où la sténose coronarienne est le phénomène anatomique initial, la pression artérielle reste normale. Lorsque le malade présente de l'hypertension, soit permanente, soit instable, on peut admettre que l'angine de poitrine est fonction de cette hypertension et qu'elle est provoquée par la vasoconstriction périphérique.

Les mêmes considérations s'appliquent également à l'œdème aigu du poumon. On sait, du reste, que ces deux ordres d'accidents ont la même signification clinique, qu'ils peuvent se succéder l'un l'autre ou alterner, et que leurs rapports avec les affections coronarienne, vasculaire ou rénale sont les mêmes.

A côté de tous ces phénomènes morbides, qui surviennent au cours de crises vaso-constrictives paroxystiques, il en est d'autres qui apparaissent lorsque l'hypertension est de date déjà ancienne et qu'elle s'accompagne de lésions athéromateuses profondes des vaisseaux et d'une hypertrophie cardiaque manifeste. Ce sont les dilatations des gros vaisseaux et du cœur, avec insuffisance fonctionnelle des orifices. En ce qui concerne particulièrement la dilatation aortique, elle est tellement fréquente au cours de l'hypertension que certains cliniciens, comme Potain, ont pu penser que l'aortite chronique est un des facteurs possibles de l'élévation de la pression, alors que, en réalité, c'est l'hypertension qui est, au contraire, le phénomène initial.

Quant aux modifications des urines — l'albuminurie notamment — qui coïncident avec l'hypertension, nous avons été à même de nous convaincre qu'elles sont soumises à ce phénomène plutôt qu'elles ne le font naître. La relation, non encore signalée, de la *glycosurie* et de l'hypertension artérielle mérite une mention particulière. D'après Potain, l'hypertension artérielle peut être révélatrice du diabète. Or, maintes fois nous avons cherché à évaluer la tension artérielle chez les diabétiques, et nous ne l'avons jamais trouvée élevée. Par contre, chez 2 de nos malades, que nous avons observés plusieurs années et qui étaient atteints de néphrite chronique par hypertension, nous fûmes surpris de voir survenir des poussées soudaines et parfois persistantes de glycosurie.

Au point de vue pathogénique, l'hypertension ne saurait, à mon avis, être considérée comme un phénomène secondaire, d'apparition tardive, de simple valeur symptomatique : elle me semble, au contraire, jouer un rôle primordial dans l'apparition des phénomènes morbides qui de la colique de plomb vont à la néphrite saturnine, comme dans ceux qui caractérisent l'éclampsie puerpérale et le mal de Bright.

Pour la plupart des auteurs, l'hypertension serait d'origine endogène et résulterait, au cours des affections rénales, de la rétention de produits nocifs accumulés dans l'organisme. D'autres ont surtout incriminé des poisons d'origine exogène, tels que le tabac, le plomb et l'alcool. Depuis quelques années, toutefois, c'est dans une autre voie que l'on tend à diriger les recherches sur la pathogénie de l'hypertension. On s'est demandé, en effet, si l'élévation, habituelle ou paroxystique, de la tension ne serait pas due à la présence dans le sang d'une substance hypertensive élaborée par les glandes à sécrétion interne, notamment par les capsules surrénales. Une constatation anatomique que nous avons eu l'occasion de faire (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 45) semble devoir confirmer cette hypothèse, et, depuis lors, toute une série de travaux cliniques et expérimentaux ont mis en évidence, d'une part, la possibilité de reproduire à volonté l'athérome par des injections répétées d'adrénaline (Josué, Rzentkowski), et, d'autre part, la fréquence des lésions des capsules surrénales au cours de l'hypertension (Aubertin et Ambard) et de l'athérome artériel (Josué, Lœper, Gouget).

L'abaissement spontané de la pression artérielle dans les cas d'hypertension transitoire ou instable mis à part, on peut dire que ce symptôme est le plus souvent rebelle à toute intervention thérapeutique. Le repos, le séjour au lit et une alimentation appropriée constituent d'ordinaire les moyens nécessaires, et parfois suffisants, qui favorisent l'abaissement de la tension artérielle. La rémission de l'hypertension, sous l'influence de ces prescriptions hygiéniques et diététiques, est d'un bon pronostic et présage une évolution plus lente des accidents. Par contre, tout malade chez lequel le repos et l'alimentation rationnelle sont impuissants à diminuer la tension, peut être considéré comme gravement menacé, et c'est précisément en pareille occurrence que la médication hypotensive est surtout inefficace.

Cette médication comprend principalement l'emploi des iodures alcalins et celui des nitrates et des nitrites. Or, en ce qui concerne les iodures, ils visent plutôt les lésions organiques (sclérose artérielle) qui accompagnent l'hypertension. Il n'en est pas de même pour les nitrites, dont quelques-uns, et notamment le nitrite d'amyle, exercent une action hypotensive réelle. Il importe, toutefois, de savoir que l'hypotension consécutive à l'inhalation de nitrite d'amyle est suivie d'une phase hypertensive ; aussi n'est-il pas rare de voir des sujets qui, après avoir été momentanément soulagés par les premières inspirations, sont repris, au bout de quelques minutes, d'accidents douloureux, parfois extrêmement violents. Il convient, par conséquent, de n'user du médicament qu'à doses minimes et en inhalations de courte durée.

Quelques auteurs ont avancé que l'ingestion de nitrite d'amyle déterminerait des phénomènes hypotenseurs analogues, moins marqués, mais plus persistants. Pour notre part, nous avons fait ingérer jusqu'à XI gouttes de ce médicament sans noter la moindre modification dans la rapidité du pouls ni dans la tension artérielle.

Lorsque l'hypertension devient menaçante par son élévation même, que l'on redoute l'apparition d'accidents cérébraux, ou qu'enfin ceux-ci se sont manifestés, la ponction lombaire, préconisée récemment par M. McVail (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 356), est tout indiquée. Nous l'avons pratiquée avec succès chez 3 sujets atteints d'urémie à forme cérébrale avec hypertension.

D'autre part, en présence d'une crise subite d'hypertension, susceptible de provoquer des accidents également soudains et parfois presque aussitôt mortels, comme l'œdème aigu du poumon, nous n'hésitons pas à recourir à une injection de morphine à la dose de 0 gr. 01 centigramme.

M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg). — Je voudrais attirer l'attention sur les hypertensions partielles que MM. Bosc et Vedel n'ont fait que mentionner dans leur rapport et qui méritent, cependant, d'être mieux connues. Pour ma part, en étudiant la tension vasculaire chez des sujets atteints de maladies du système nerveux, j'ai eu l'occasion de me convaincre que, dans les affections médullaires et, en particulier, dans le tabes, il peut y avoir une hypertension localisée aux artères des membres inférieurs, alors que la pression mesurée à la radiale ou à la temporale reste normale. Cette hypertension partielle, qui est indépendante de toute artérite, doit être envisagée comme un réflexe vasomoteur ayant son point de départ dans les racines postérieures. Et, de fait, des recherches expérimentales m'ont montré que l'irritation de ces racines détermine une élévation de la tension artérielle, tandis que leur section amène un abaissement de la pression. Or, les mêmes phénomènes se retrouvent, en somme, dans le tabes : en examinant à cet égard une soixantaine de tabétiques, j'ai pu constater qu'à la période préataxique correspond l'hypertension, qui persiste encore au début de la période ataxique, tandis que dans les phases plus avancées de la maladie (paralysies, troubles trophiques) on trouve de l'hypotension.

M. J. Teissier (de Lyon). — Je ne crois pas que l'on puisse, en clinique, fixer les limites auxquelles commencent l'hypo ou l'hypertension d'une manière aussi univoque que prétendent le faire les rapporteurs. Et d'abord, il faut, dans ces sortes de mensurations, tenir compte de l'élément subjectif, qui fait assez sensiblement varier les résultats avec chaque observateur. Il importe aussi de faire la part des variations de la tension artérielle, dues à des différences de climat ou d'altitude. Il convient également de ne pas oublier que, pour le même individu, la tension peut être *instable*, ce qui n'a, d'ailleurs, aucun rapport avec le *pouls instable*.

Mais le point le plus important dont les rapporteurs ne semblent pas avoir suffisamment tenu compte, c'est la relativité de l'hypo et de l'hypertension : les chiffres qui indiquent une hypertension dans une maladie déterminée peuvent, au contraire, témoigner de l'hypotension lorsqu'il s'agit d'une autre affection. Prenons comme exemples le diabète et la tuberculose pulmonaire. M. Vaquez vient de dire qu'il n'a jamais retrouvé dans le diabète l'hypertension qui avait été signalée dans cette affection par Potain. C'est que, en effet, le diabète maigre, fréquemment compliqué de tuberculose — celui que l'on observe surtout dans la clientèle hospitalière —, est caractérisé plutôt par de l'hypotension, tandis que dans le diabète gras on a affaire à de l'hypertension. Or, si une tension de 17 centimètres de mercure peut être considérée comme de l'hypotension dans le diabète gras, où elle sera d'un pronostic fâcheux, présageant une complication grave du côté du poumon ou du rein, le même chiffre aura une toute autre valeur dans la tuberculose pulmonaire : là il représentera une hypertension témoignant de l'évolution favorable des lésions vers la fibrose.

D'autre part, il me paraît difficile de faire jouer à l'hypertension un rôle primordial et de l'accuser de tous les méfaits, alors que, jusqu'à présent, il avait été admis qu'elle est une simple conséquence de l'auto-intoxication, de l'imperméabilité rénale. Sans doute, je ne prétends pas que toute hypertension soit nécessairement d'origine dyscrasique, toxique : il y a des hypertensions réflexes, comme M. Mendelssohn vient d'en signaler des exemples, et j'ai, moi-même, indiqué l'hypertension relative de la pédieuse comme signe d'un état irritatif des vaisseaux artériels sous-diaphragmatiques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 128 et 391). Mais j'estime que l'on ne saurait faire trop de réserves en ce qui concerne les hypertensions soi-disant héréditaires. Pour ma part, toutes les fois que j'ai eu à enregistrer une tension élevée chez de jeunes sujets, j'ai été à même de me convaincre que leurs parents étaient morts de mal de Bright ou de diabète ; ces jeunes gens avaient donc hérité d'une dyscrasie ou d'une lésion rénale, à peine ébauchées, il est vrai, mais suffisantes pour retentir sur le système vasculaire.

M. Bard (de Genève). — Comme M. Teissier, j'estime que la tension artérielle, dans les maladies, n'a qu'une valeur relative, variable suivant la nature de l'affection et qui doit toujours être appréciée, non pas d'une manière isolée, mais concurremment avec les autres symptômes morbides. Il importe, d'ailleurs, de faire remarquer que les indications fournies par la sphygmomanométrie mesurent la tension maximale, et non pas la tension moyenne. Or, à côté de l'hypertension maxima, de brève durée, il serait intéressant d'étudier l'hypertension moyenne soutenue. Toutefois, si les procédés habituels ne permettent pas d'apprécier la tension moyenne, il est cependant une méthode — récemment étudiée par un de mes élèves, M. Rilliet — qui est de nature à suppléer à cette insuffisance de nos moyens d'investigation et qui consiste dans l'emploi combiné des appareils destinés à relever la pression arté-

rielle, d'une part, et la tension capillaire, d'autre part.

M. Mossé (de Toulouse) fait remarquer, à propos des deux cas d'hypertension avec glycosurie, relatés par M. Vaquez, que cette glycosurie pouvait être sous la dépendance des troubles de l'état général et qu'il importe, en pareille occurrence, de rechercher si le foie n'a pas subi une augmentation de volume.

M. Bosc. — M. Teissier n'admet pas l'existence de l'hypertension héréditaire. Notre désaccord me semble, pourtant, plus apparent que réel, car M. Teissier fait, lui aussi, intervenir l'hérédité (dyscrasie héréditaire) pour expliquer les hypertensions considérables que l'on constate parfois chez de jeunes sujets. Que la transmission héréditaire porte sur les humeurs ou sur le système vasculaire, toujours est-il qu'elle joue ici un grand rôle.

M. Cornil (de Paris). — Il me paraît rationnel de faire intervenir dans l'hérédité plutôt les lésions du système vasculaire que les modifications des humeurs, sur lesquelles nous n'avons que des notions très vagues.

M. François-Frank (de Paris). — On a prétendu que l'hypertension artérielle permanente pouvait être déterminée par la constriction vasculaire. Cette opinion me semble être en désaccord complet avec les données physiologiques : phénomène musculaire, la constriction vasculaire ne peut pas persister au delà d'un certain laps de temps. L'organisme réagit, d'ailleurs, contre l'hypertension par toute une série de moyens de défense, soit mécaniques, soit agissant par l'intermédiaire de produits hypotensifs fournis par les glandes à sécrétion interne.

M. Lamy (de Paris). — Il résulte de recherches que j'ai instituées, depuis trois ans, sur la pression artérielle dans la tuberculose des séreuses, que, pour la pleurésie sérofibrineuse des adultes, relevant de la tuberculose, il y a lieu de distinguer deux catégories de malades : chez les uns, la tension artérielle est inférieure à la normale, restant au-dessous de 13 centimètres de mercure, tandis que chez d'autres, de beaucoup moins nombreux (4 cas sur 20), la pression demeure normale, c'est-à-dire qu'elle se maintient au-dessus de 13 ou 14 centimètres. Or, si dans la première catégorie on constate des signes nets de tuberculisation des sommets, ces signes font, au contraire, défaut chez les sujets à tension normale, la tuberculose restant, chez eux, limitée à la plèvre. Cela étant, il nous semble que la détermination de la tension artérielle mérite de prendre place parmi les moyens de recherche de la tuberculose concomitante du sommet dans les pleurésies sérofibrineuses.

M. Pawinski (de Varsovie). — D'après de nombreuses observations que j'ai eu l'occasion de recueillir, l'augmentation de la tension artérielle constitue un phénomène caractéristique des troubles dus à la ménopause. Cette hypertension se produit tant à la *période préclimatérique*, chez des femmes à menstruation encore régulière, que chez celles dont les règles ont complètement cessé. On peut, toutefois, observer aussi un abaissement de la tension, surtout chez les femmes dont les règles étaient fréquentes et très abondantes. On retrouve le même phénomène chez des femmes atteintes d'*hyposthénie cardio-vasculaire*, caractérisée non seulement par des modifications de l'activité du cœur et des vaisseaux, mais encore par des troubles nerveux de nature dépressive.

Au point de vue thérapeutique, il convient de faire remarquer que le traitement ioduré est généralement mal supporté par ces malades. Les nitrites donnent des résultats plus encourageants, mais c'est surtout le régime lacto-végétarien, associé aux purgatifs et à l'opothérapie ovarienne, qui réussit le mieux.

M. Moutier (de Paris). — A propos du traitement de l'hypertension artérielle, je tiens à faire connaître les bons résultats que nous avons observés, avec M. Challamel, dans 50 cas d'hypertension permanente soumis à la d'arsonvalisation. Chez 18 de ces malades, le retour de la pression à la normale a été obtenu en une seule séance. Il est bon, toutefois, d'ajouter qu'il s'agissait de patients qui suivaient, en même temps, un régime alimentaire approprié. Bien que la plupart de ces malades fussent des vieillards, le traitement n'a jamais donné lieu au moindre accident.

M. Verstraeten (de Gand). — J'ai été à même de constater que, chez 92 % des sujets atteints d'artériosclérose décelable à l'examen du pouls, l'altération de l'artère radiale est plus marquée à droite qu'à gauche; elle est également accentuée des deux côtés dans 6 % des cas, tandis que dans 2 % des faits elle est, au contraire, plus marquée à gauche qu'à droite. Or, dans le premier groupe, il s'agit de droitiers, la seconde catégorie ne comprend que des sujets ambidextres, et la troisième, des gauchers. Ces faits prouvent bien que l'artériosclérose, comme l'a dit M. Marchand (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 132-133), est le résultat de l'action mécanique d'un effort fonctionnel exagéré des artères.

M. Bernheim (de Nancy). — J'ai remarqué que, lorsqu'on compte le pouls à haute voix, il suffit de compter plus vite que le rythme du pouls pour voir celui-ci s'accélérer. Dans les cas de tension moyenne, cette accélération du pouls, produite par la numération accélérée, varie de 6 à 15 pulsations par minute; elle est moins marquée quand il y a hypertension. D'autre part, avec une tension moyenne, cette *suggestion accélératrice* survient dès que l'on commence à compter plus vite et cesse aussitôt après l'épreuve, tandis que dans les cas d'hypertension l'effet de la numération accélérée ne se manifeste qu'au bout de deux ou trois minutes et persiste de une à trois minutes après que la numération a pris fin.

On peut également obtenir un ralentissement du pouls par sa numération ralentie. Cette *suggestion ralentissante* produit un ralentissement réel du pouls, qui est, en moyenne, de six pulsations et demie à la minute pour les cas de tension normale, de quatre pulsations et demie dans l'hypertension. Comme pour l'accélération du pouls, l'effet de la suggestion se manifeste et disparaît immédiatement ou au bout d'un certain laps de temps, suivant que l'on a affaire à une tension moyenne ou à de l'hypertension.

M. J. Teissier. — Les faits relatés par M. Bernheim confirment les données de physiologie pathologique, d'après lesquelles un pouls fixe correspond à une pression artérielle élevée, un pouls instable à une tension artérielle basse (tuberculose).

Dr L. Cheinisse (de Paris).

(*A suivre.*)

DIX-SEPTIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 17 au 22 octobre 1904.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie.

M. Tuffier, *rapporteur*. — Avant d'envisager la valeur séméiologique de l'examen des divers éléments constitutifs du sang, je dois mentionner les résultats obtenus par l'étude de la *concentration moléculaire* à l'aide de la cryoscopie, méthode qui, surtout en Allemagne, a été appliquée par les chirurgiens au diagnostic des affections du rein et à la recherche des diverses indications opératoires que celles-ci comportent. Lorsque, par exemple, l'élévation de la concentration moléculaire du sang démontre une insuffisance fonctionnelle persistante des reins, la néphrectomie, d'après M. Kümmell, ne doit pas être pratiquée (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 197). Malheureusement, cette méthode ne paraît pas donner, en pathologie rénale, des résultats constants : non seulement l'élévation de la concentration moléculaire n'indique pas forcément une lésion bilatérale (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 325), mais encore, en cas d'insuffisance, voire d'urémie confirmée, le point de concentration moléculaire peut être normal, et même au-dessous de la normale. Dans ces conditions, lorsque ce point est normal ou abaissé, on ne peut en tirer aucune conclusion absolue; quand il est élevé, il doit seulement mettre le chirurgien en garde et l'inviter, avant de décider une néphrectomie, à ne négliger aucun moyen de se rendre compte des conditions de la dépuration rénale et de l'état de chaque rein.

On a cherché à tirer, de l'étude de la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang, des indications ou des contre-indications opératoires. Pour M. von Mikulicz, il serait dangereux d'opérer des malades ayant un taux d'hémoglobine inférieur à 38 %; d'autres déconseillent l'opération si ce taux est au-dessous de 50 %, ou tout au moins ils préfèrent, dans ce cas, l'anesthésie locale à l'anesthésie générale; d'autres enfin, comme MM. Bloodgood et Cabot, abandonnent toute idée d'anesthésie générale quand le chiffre est inférieur de 40 %. On connaît cependant des cas — chez des hémorrhoïdaires, notamment — où le chirurgien est intervenu avec succès malgré un abaissement du taux de l'hémoglobine au-dessous de 20 %. On doit donc seulement retenir que, lorsque la quantité d'hémoglobine est très diminuée, il faut se méfier de l'anesthésie générale, et, s'il est possible, remonter ce taux, avant l'opération, par un traitement médical approprié.

L'étude du globule rouge sous ses différentes formes ne fournit que peu de renseignements pour le diagnostic chirurgical. Il n'en est pas de même de celle du globule blanc, beaucoup plus fertile en déductions pratiques.

Certains auteurs ont décrit la réaction iodophile des leucocytes chez les malades atteints de suppuration. D'après les conclusions de M. Locke, basées sur l'étude clinique de 800 cas, l'iodophilie aurait une grande importance diagnostique, en ce qu'elle permettrait de déceler l'existence d'un foyer de suppuration. Toutefois, il est démontré que la présence de cette réaction n'entraîne pas forcément ce diagnostic; M. Galli, en effet, l'a constatée chez des sujets sains; on l'a rencontrée dans le rhumatisme blennorrhagique non suppuré, et M. Mauté l'a vue faire défaut au cours des suppurations.

C'est surtout la numération des globules blancs qui est susceptible de rendre des services pour le diagnostic des suppurations viscérales. A ce point de vue, l'examen du sang a pu faciliter le diagnostic des abcès du foie, de la rate, du cerveau, celui des abcès périnéphrétiques, périprostatiques, mais c'est principalement pour le diagnostic des suppurations péritonéales que la leucocytose a une grande importance. Pour l'appendicite, en particulier, M. Curschmann, M. Cazin (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 129 et 361), d'autres auteurs encore, ont cité des cas où la leucocytose était le *seul signe* indiquant la présence du pus, contrôlée d'ailleurs par l'opération. S'il y a discordance entre la température et la leucocytose, je crois que c'est de cette dernière qu'il faut tenir compte au point de vue de l'intervention chirurgicale.

En ce qui concerne le diagnostic des ruptures viscérales consécutives aux contusions de l'abdomen, M. Cazin a montré par des recherches expérimentales que les lésions graves des viscères abdominaux déterminent une augmentation considérable et extrêmement rapide des leucocytes (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 351). Dans les expériences que nous avons pratiquées, M. Mauté et moi, pour vérifier ces résultats, nous avons pu également constater qu'il n'y avait pas de modification sanguine dans les cas où nous n'avions déterminé aucune rupture viscérale.

La numération des leucocytes peut faciliter le diagnostic de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, lorsqu'une hyperleucocytose vient à se manifester au lieu de l'hypoleucocytose qui accompagne toujours cette affection. Les 3 faits personnels que j'ai observés ne peuvent que m'engager à accorder une grande valeur à cet examen.

MM. Hayem et Alexandre ont étudié, il y a déjà quelques années, l'hématologie des tumeurs malignes, et depuis lors ce sujet a préoccupé également un certain nombre d'observateurs, sans qu'on soit d'ailleurs arrivé à des conclusions formelles. Toutefois, il est permis de songer au cancer, lorsque, chez un malade apyrétique, on constate à la fois une diminution marquée et progressive du nombre des globules rouges, un abaissement à peu près parallèle de la quantité d'hémoglobine, et une hyperleucocytose moyenne avec polynucléose.

On a signalé une augmentation du nombre des éosinophiles chez les sujets atteints d'un kyste hydatique. Malheureusement, il est prouvé actuellement que les kystes hydatiques peuvent exister sans déterminer aucune modification sanguine, et surtout que l'éosinophilie se rencontre fréquemment en dehors de l'échinococcose. C'est ainsi qu'on a constaté ce symp-

tôme dans beaucoup d'affections cutanées, dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et par le camphre, dans l'asthme, au cours de certaines maladies infectieuses chroniques comme la syphilis et la lèpre, chez les sujets simplement porteurs de vers intestinaux, aussi bien que dans diverses tumeurs, plus particulièrement dans le lymphosarcome et le lymphadénome.

Les affections gynécologiques ont largement bénéficié des ressources de l'hématologie, non seulement pour le diagnostic, mais aussi au point de vue des indications opératoires. Cependant, ici plus qu'ailleurs, de grosses collections suppurées existent parfois sans que le nombre des leucocytes du sang soit en aucune façon modifié.

En résumé, on peut dire que l'hématologie mise à la disposition de la chirurgie est susceptible de lui rendre de précieux services. Sans avoir la prétention de supplanter les renseignements de la clinique, elle fournit actuellement des notions que nous n'avons pas le droit de négliger quand nous avons à nous prononcer sur la nature, la cause, le pronostic et le traitement des maladies.

M. Fargas (de Barcelone). — Je me suis occupé spécialement de la valeur de la leucocytose dans les affections gynécologiques. Je crois pouvoir conclure de cette étude que la leucocytose reste normale dans les processus tuberculeux; elle ne s'élève pas non plus au-dessus de la normale pour les affections dont l'évolution n'a pas de retentissement sur l'état général. Dans les cas de suppuration, au contraire, elle peut, en augmentant dans des proportions notables, aider beaucoup au diagnostic.

M. Sonnenburg (de Berlin). — Depuis trois années, j'ai fait méthodiquement l'examen du sang dans les affections abdominales. Mon assistant, M. Federmann, a pratiqué notamment la numération des leucocytes dans 500 cas d'appendicite. Les premières observations sur ce sujet ont pu sembler quelque peu contradictoires, comme il arrive au début de l'application de toutes les méthodes nouvelles. Cependant nous pensons pouvoir énoncer quelques règles, basées sur les courbes leucocytaires, établies parallèlement aux courbes thermiques.

L'augmentation du nombre des leucocytes est proportionnelle à l'intensité de l'infection; elle est constante au début de l'appendicite, et devient progressivement plus considérable jusqu'au troisième jour; à ce moment, dans les cas bénins, le nombre de leucocytes commence à diminuer; si au contraire il continue à augmenter, cela indique que l'infection se propage; s'il diminue, bien que les autres symptômes restent graves, le pronostic est également mauvais, car on peut en conclure que l'organisme offre une faible résistance à l'infection; il en résulte, par conséquent, des indications opératoires formelles. L'examen du sang me paraît donc absolument nécessaire dans tous les cas d'appendicite.

M. Cazin (de Paris). — Dans l'appendicite, l'examen du sang fournit, comme nous l'avons démontré, M. Gros et moi (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 141-145), un élément capital, au point de vue du diagnostic des lésions et de l'indication opératoire, lorsqu'il donne un résultat *positif*, en indiquant l'existence d'une leucocytose élevée et *persistante*; il peut, en effet, suffire à montrer la nécessité d'une intervention immédiate, malgré tous les autres symptômes. Quand la recherche de la leucocytose fournit un résultat *négatif*, on ne peut, au contraire, s'appuyer sur ce seul signe pour conclure d'une façon formelle à l'absence de suppuration, attendu qu'il est des cas où le nombre des leucocytes reste peu élevé, malgré l'existence d'un abcès. L'hyperleucocytose ne doit d'ailleurs en aucune façon être regardée comme un signe pathognomonique, et je ne crois pas qu'aucun de ceux qui la recherchent néglige pour cela l'étude des autres symptômes.

Pour les perforations traumatiques de l'intestin, j'ai eu l'occasion, comme le rappelait le rapporteur, de vous communiquer l'année dernière les expériences que j'ai faites à ce sujet et les conclusions qu'on pouvait en tirer; je n'y reviendrai donc pas.

La numération des leucocytes n'a pas donné les résultats qu'on espérait pour le diagnostic des perforations typhoïdiques de l'intestin (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 2); la leucocytose, en effet, n'apparaît pas assez rapidement, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'attendre, pour opérer, qu'on l'ait constatée, si l'on observe tous les signes d'une perforation. Comme l'intervention n'a guère de chances de sauver le malade que si elle est précoce, on ne doit pas la refuser, même quand la leucocytose n'est pas très élevée.

Dans les affections gynécologiques, enfin, plus encore que dans l'appendicite, il n'y a lieu de tenir compte de la recherche de la leucocytose que si elle donne un résultat positif; d'un résultat négatif, on ne saurait conclure à l'absence d'une suppuration, car un pyosalpinx ancien, par exemple, peut parfaitement ne pas déterminer une augmentation importante du nombre des globules blancs du sang.

M. Reynier (de Paris). — Je suis convaincu de l'utilité des renseignements que l'examen du sang est susceptible de fournir. J'ai pu, en effet, avec M. Cazin, voir un fait bien démonstratif, chez un enfant qui présentait une leucocytose élevée et persistante, et que j'allais opérer lorsqu'il se produisit une chute de la leucocytose, en même temps qu'une selle purulente prouvait l'ouverture d'un abcès dans l'intestin. Dans un autre cas, où la numération indiquait seulement un taux de 14,000, je n'ai pas opéré, j'ai continué le traitement médical, et mon malade a parfaitement guéri sans suppuration. Mais en revanche, chez un patient pour lequel j'affirmais l'existence d'un gros abcès, le nombre des leucocytes n'était que de 12,000; malgré cela, je suis intervenu et l'événement a confirmé mon diagnostic.

M. Silhol (de Marseille). — L'examen du sang me paraît être un guide auquel on peut absolument se fier dans l'appendicite. Il ne faut d'ailleurs pas se borner à la numération des globules blancs, mais tenir compte aussi du taux de l'hémoglobine, dont la diminution rapide, avant tout autre signe, donne une indication précieuse sur la gravité de l'infection.

M. Sébileau (de Paris). — J'ai eu l'occasion de constater, avec MM. Wicart et Pautrier, combien l'examen du sang peut aider au diagnostic, souvent si difficile, des complications suppuratives des otites moyennes, des abcès encéphaliques en particulier. La ponction lombaire, il est vrai, nous fournit déjà des renseignements importants, mais qui ne sont cependant pas toujours suffisants.

Les examens pratiqués par mes assistants ont porté sur 45 cas, comprenant 3 otites moyennes aiguës sans complications, 30 mastoïdites simples, 2 thrombophlébites suppurées du sinus latéral, 5 méningites suppurées, 5 abcès du cerveau. Le nombre des globules n'a dépassé 12,000 à 15,000 que dans les thrombophlébites suppurées — où il a atteint jusqu'à 25,000 —, et dans les méningites suppurées, où il a varié entre 25,000 et 45,000.

M. Hallion (de Paris). — L'examen du sang après dissolution des globules rouges dans une solution d'acide acétique présente l'avantage de permettre une numération plus rapide des globules blancs, qui persistent seuls sur la préparation. D'autre part, au lieu de recueillir seulement 2 millimètres cubes de sang, comme on le fait d'habitude, il y a avantage à en prélever 20 millimètres cubes, de façon à éviter la coagulation qui se produit si facilement lorsqu'on se sert des petites pipettes ordinaires.

Sur la fixation des tendons dans le traitement des paralysies.

M. Tilanus (d'Amsterdam). — Il est des cas où la fixation des tendons me paraît appelée à rendre des services, lorsque la transplantation tendineuse ne peut être pratiquée. Cette méthode consiste à sectionner le tendon du muscle paralysé et à en fixer le bout périphérique, directement ou indirectement, au périoste d'un point osseux approprié.

J'ai pratiqué 8 fois cette opération, à savoir : dans 2 cas de pied creux talus, où j'ai fixé des tendons artificiels de soie entre le tibia et le tendon d'Achille; dans 1 de paralysie totale sans difformité (fixation, sur le tibia, du tendon du muscle extenseur commun des orteils); dans 4 de paralysie presque totale avec pied bot varus, où j'ai fixé sur le tibia le tendon du muscle extenseur commun des orteils et sur le péroné les tendons des péroniers; enfin dans 1 de pied bot valgus (fixation, au tibia, du tendon du jambier antérieur). Les résultats de ces 8 opérations ont été satisfaisants.

Radiothérapie des cancers.

M. Tuffier. — J'ai essayé la radiothérapie dans toute une série de cas de cancers superficiels ou profonds. Pour ces derniers, je dois dire que le résultat a été constamment nul. Il n'en est pas de même pour les cancers de la peau, qui sont réellement modifiés d'une façon très heureuse — voire même parfaitement guéris — par la radiothérapie. Celle-ci ne doit donc être appliquée qu'aux épithéliomas cutanés. Il n'en résulte pas d'ailleurs que tous les épithéliomas de la peau doivent être ainsi traités. L'indication de la radiothérapie résulte surtout, à mon avis, de l'étendue des lésions et de la gravité de l'état général.

M. Reboul (de Nîmes). — J'ai appliqué la radiothérapie au traitement d'un certain nombre de cancers, et, comme M. Tuffier, je n'en ai obtenu de bons résultats que dans les épithéliomas cutanés.

L'action du radium sur les tissus vivants.

M. Czerny (de Heidelberg). — Mon assistant M. R. Werner a obtenu la décomposition de l'ovolécithine en l'exposant pendant deux ou trois jours à l'action de 0 gr. 010 milligrammes de bromure de radium. Si l'on fait une injection intracutanée d'une solution de cette lécithine, on obtient exactement les mêmes effets qu'en se servant du radium. L'intensité de cette action dépend plus de la concentration et du degré de la décomposition que de la quantité de lécithine injectée. Quelques heures après l'injection de solutions concentrées, chez le lapin, la peau devient rouge et gonflée; au bout de trois ou quatre jours, il se forme des boules remplies de sérosité; ensuite on voit apparaître une nécrose typique, analogue à celle que produit l'action directe du radium.

Cela étant, M. Werner se propose de chercher à obtenir un sérum antilécithinique et d'en étudier l'action sur des tissus assez riches en lécithine, tels que les néoplasmes, les glandes, etc.

Résultats du traitement antinéoplasique.

M. Doyen (de Paris). — La récapitulation générale des résultats que m'a donnés le traitement du cancer au moyen de ma méthode comprend actuellement : 42 guérisons confirmées le 30 septembre 1904; 46 cas en observation, dont beaucoup paraissent favorables; 20 cas qui n'ont pu être suivis; 128 mauvais cas, où le traitement n'a donné aucun résultat, ayant été commencé trop tard ou interrompu en dehors de ma volonté, avant qu'il eût pu produire des effets durables. Je retranche des cas de guérison les observations de 6 malades morts accidentellement, alors que leur guérison paraissait acquise; je ne compte donc comme guéris que les malades survivants. Pour la plupart d'entre eux, il est facile de connaître l'état antérieur au traitement antinéoplasique, en s'adressant aux médecins qui les ont soignés auparavant. D'ailleurs, presque toutes mes opérations ont été suivies de l'examen microscopique des tumeurs.

M. Reynès. — Au point de vue de la pathogénie du cancer, M. Doyen admet que le *Micrococcus neoformans* suffit à déterminer toutes les variétés de tumeurs : lipome lorsqu'on l'inocule dans le tissu adipeux, chondrome quand on s'adresse au cartilage, épithélioma si l'inoculation porte sur le tissu épithélial. Je me demande si notre collègue a pu expérimentalement démontrer ces faits.

M. Poirier (de Paris). — Je ne crois pas que les propriétés curatives du sérum anticancéreux soient véritablement établies, pas plus d'ailleurs que la réalité d'un microbe spécifique, dont l'existence n'a pas été confirmée jusqu'à présent par d'autres bactériologistes.

M. Doyen. — J'ai publié antérieurement les résultats des expériences qui m'ont permis d'obtenir chez le chien des lipomes, et chez la souris des épithéliomas à terminaison mortelle.

Paraffinome et paraffinage des cavités pathologiques.

M. Delangre (de Tournai). — On doit distinguer, à mon avis, deux variétés de paraffinome : le *paraffinome d'inclusion*, dû à la

paraffine injectée en excès, mal modelée ou ayant fusé à distance par suite d'une technique défectueuse; le *paraffinome d'irritation*, dû au travail de réaction organique, qui donne lieu à une formation hypertrophiante du tissu conjonctif d'enkystement, où dominent les cellules géantes à noyaux multiples.

D'autre part, j'ai été amené à combler 2 cavités osseuses par le paraffinage. Dans le premier cas, il s'agissait d'une cavité tuberculeuse du cubitus, que j'ai remplie de paraffine iodoformée à 1 %, après l'avoir ouverte largement et soigneusement nettoyée; puis j'ai suturé la plaie; la guérison a été obtenue rapidement et le malade a pu reprendre ses occupations quinze jours après mon intervention. Chez mon deuxième opéré, j'ai comblé de la même façon une cavité de la partie moyenne du tibia et le résultat a été aussi satisfaisant que dans le cas précédent.

Traitement du cancer du sein par l'ovariotomie.

M. Thiéry (de Paris). — Je n'avais pas voulu jusqu'à présent recourir de propos délibéré à l'ovariotomie pour le traitement du cancer du sein, mais j'ai eu l'occasion d'observer, il y a deux ans, un fait que je tiens à vous communiquer. Il s'agissait d'une femme ayant un cancer du sein du côté droit, une récidive d'un cancer du sein de l'autre côté, et des masses ovariennes indiquant une généralisation. Cédant aux instances de la malade et de sa famille, j'ai pratiqué l'ablation bilatérale des ovaires, et constaté au cours de l'opération un semis épithéliomateux sur l'intestin. La guérison opératoire fut obtenue. Je m'attendais à apprendre à bref délai que cette femme avait succombé à la généralisation cancéreuse. Or, elle est au contraire restée guérie, et j'ai pu m'assurer que les lésions mammaires avaient rétrocédé. Je suis donc maintenant absolument convaincu de l'influence de la castration sur l'évolution du cancer du sein.

M. Pozzi (de Paris). — On peut se demander si les lésions ovariennes n'étaient pas simplement des formations papillaires et non cancéreuses, et si la suppression de l'ascite, par l'ablation de ces tumeurs, n'a pas agi suffisamment sur l'état général pour déterminer l'amélioration constatée.

M. Reynès. — L'observation de M. Thiéry vient s'ajouter au fait que je vous ai communiqué l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 350). Voici ma malade, qui est actuellement opérée depuis dix-huit mois; vous pouvez constater qu'elle ne présente pas de récidive.

De l'emploi de l'acide phénique pur dans le traitement du cancer des os.

M. Mencière (de Reims). — J'ai eu l'idée d'appliquer au traitement du cancer des os une méthode que j'emploie avec succès contre les ostéo-arthrites tuberculeuses, et qui consiste à pratiquer une ablation large, suivie d'un lavage de la cavité à l'acide phénique pur. J'ai eu recours à ce procédé chez une femme de trente ans, atteinte d'un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Après l'énucléation de la tumeur, il restait une cavité du volume d'une orange, que je lavai successivement à l'acide phénique pur et à l'alcool. L'opération date actuellement de huit mois et la guérison se maintient.

Epithélioma non adamantin du maxillaire supérieur, guéri depuis dix ans.

M. J. Reverdin (de Genève). — Je désire vous communiquer un cas de cancer du maxillaire, opéré depuis dix ans, sans trace de récidive. Il s'agit d'un malade qui, à l'âge de dix-huit ans, vint me consulter pour une tumeur du maxillaire supérieur, dont le début remontait déjà à plus de dix-huit mois. Comme la deuxième prémolaire manquait du côté du néoplasme, je pensai avoir affaire à une tumeur kystique bénigne, résultant d'un trouble de développement dentaire. Je pratiquai une résection partielle du maxillaire pour enlever la tumeur, dont je confiai l'examen à M. Malassez. Il me fut répondu que le néoplasme était un épithélioma pavimenteux, non adamantin, de nature essentiellement maligne. Malgré le pronostic très grave qui résultait de ce diagnostic, le malade vit toujours sans récidive, ainsi que j'ai pu le constater au mois de juillet dernier.

Extirpation de la carotide primitive, de la jugulaire interne et du pneumogastrique dans l'ablation d'un cancer branchiogène.

M. Ceci (de Pise). — En extirpant une tumeur maligne d'origine branchiale, chez un homme de soixante ans, j'ai dû réséquer la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumogastrique. Il se produisit une dyspnée subite, mais la respiration redevint normale dès que j'eus enlevé une ligature placée sur le nerf phrénique. L'opération n'a entraîné aucun trouble notable, sauf un myosis considérable du côté opéré, qui disparut au bout de quelques jours. La guérison se fit sans incident.

Dans un autre cas, après la ligature de la carotide seule, j'ai vu au contraire une hémiplégie apparaître du côté opposé. D'ailleurs, il est *a priori* naturel que la ligature simultanée de la veine jugulaire et de la carotide primitive ait des conséquences moins graves que la ligature isolée d'un seul de ces vaisseaux. En effet, la ligature simultanée de la veine et de l'artère proportionne la diminution de la sortie du sang à la diminution de son arrivée et par conséquent maintient mieux l'équilibre de la circulation cérébrale.

Résection pour tuberculose costale par le procédé à tranchée préliminaire.

M. Roux. — Je n'ai jamais vu, chez l'adulte, une tuberculose costale guérir par la simple résection du foyer malade; toujours, en effet, des fistules intarissables se forment à la suite de cette opération. C'est pour cela que je crois l'injection iodoformée dans l'abcès d'origine costale préférable à toute intervention sanglante. Mais, lorsqu'il y a déjà une fistule, le traitement iodoformé ne donne pas de meilleurs résultats que l'opération.

J'emploie depuis quelques années une méthode dont je n'ai qu'à me louer. Elle consiste à isoler d'abord le foyer malade au moyen d'une cicatrice définitive placée en tissus sains; pour cela, je pratique, dans un premier temps, une tranchée de 2 ou 3 centimètres de largeur de chaque côté du point malade; quand ces tranchées isolatrices sont comblées par du tissu cicatriciel, on extirpe le foyer tuberculeux. On évite ainsi de laisser au fond de la plaie opératoire, comme on le fait habituellement, des tranches osseuses résultant de la résection costale; or, ce sont ces tranches qui s'infectent toujours secondairement et deviennent le point de départ des fistules.

M. Depage. — J'ai pratiqué une opération analogue, dans des cas de tuberculose sternale ou costale, en ayant soin de protéger contre l'infection tuberculeuse, à l'aide d'un lambeau cutané, les sections osseuses restant au fond de la plaie; j'ai pu ainsi obtenir des guérisons parfaites.

De l'emploi de la chambre pneumatique de Sauerbruch pour parer aux dangers du pneumothorax.

M. Mayer (de Bruxelles). — J'ai repris et étendu les recherches de M. Sauerbruch (de Breslau) sur les moyens d'éviter les dangers du pneumothorax dans l'ouverture large de la cavité thoracique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 115-116 et 317-318). Dans une chambre hermétiquement close, on obtient par un courant d'air un vide relatif constant de 10 à 12 millimètres de mercure. Si l'on place dans cette chambre le chien ou l'homme à opérer, la tête restant hors de la chambre, le cou entouré d'une manchette en caoutchouc, on peut ouvrir largement le thorax sans atélectasie du poumon.

M. Delagénière. — En chirurgie pulmonaire, je crois que la production d'un pneumothorax, loin d'être redoutable, constitue au contraire une condition favorable.

M. Cranwell (de Buénos-Ayres). — Je suis tout à fait de l'avis de M. Delagénière; j'ai pratiqué un certain nombre d'interventions sur le poumon, sans être gêné par le pneumothorax.

M. Hallion. — Il y a intérêt, dans le pneumothorax, à limiter autant que possible les mouvements respiratoires, pour diminuer les risques d'infection de la plèvre; à cet effet, il me paraît préférable de faire respirer de l'oxygène plutôt que de l'air.

M. Michaux (de Paris). — Il est très utile, dans les opérations sur le poumon, de maintenir celui-ci en place. Aussi est-il à souhaiter que nous puissions avoir recours à un appareil qui réalise ce but.

Ce qu'il faut demander aux appareils pour mal de Pott.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Les appareils usuels pour mal de Pott ont le défaut de viser uniquement à l'extension du rachis en agissant sur les tronçons extrêmes (tête et bassin). Or, cette extension est, d'une part, mal tolérée, et, d'autre part, en la supposant même conservée intégralement, elle ne saurait nous garantir sûrement contre le déplacement des vertèbres intermédiaires malades, surtout après plusieurs mois de séjour dans l'appareil.

C'est à la pression directe de ces vertèbres que nous avons demandé ce qu'on n'obtenait pas à l'aide de l'extension des deux extrémités du rachis, et cela en ouvrant, dans la partie dorsale des appareils, au niveau des vertèbres atteintes, une fenêtre grande comme la main, par laquelle on introduit méthodiquement, entre la gibbosité et l'appareil, de 15 à 20 carrés d'ouate de 1 centimètre d'épaisseur, maintenus au niveau du plan des montants de la fenêtre par une bande de mousseline gommée humide.

Il suffit de renouveler la compression tous les deux ou trois mois en ajoutant chaque fois trois ou quatre carrés d'ouate.

Ce n'est pas seulement avec l'appareil plâtré, mais encore avec l'appareil en celluloïd ou un appareil orthopédique quelconque, que cette action locale et efficace sur la gibbosité peut être exercée : dans ces appareils, on pratique une fenêtre dorsale avec un volet qu'on referme par un tour de clef.

Origine traumatique de certaines affections de l'estomac.

M. Monprofit. — L'origine traumatique de certaines affections de l'estomac est connue depuis longtemps, et a été signalée par beaucoup d'auteurs; je crois, cependant, qu'on pourrait incriminer cette cause de gastropathies beaucoup plus souvent encore; pour ma part, je l'ai notée déjà un bon nombre de fois.

Je puis vous citer en particulier le cas d'un homme qui reçut un coup violent dans la partie supérieure de l'abdomen : à la suite de ce traumatisme, se développèrent des accidents caractérisés par de l'intolérance gastrique et des vomissements qui durèrent plusieurs mois. Lorsque je vis ce malade, il était très amaigri et présentait, avec une tumeur à l'épigastre, tous les signes d'un cancer de l'estomac. Je pratiquai la laparotomie et trouvai un estomac dilaté avec un pylore hypertrophié, environné d'une gangue inflammatoire, de résidus hémorrhagiques dans les épiploons et sous la séreuse : je fis la gastro-entérostomie postérieure en Y et les fonctions gastriques se rétablirent d'une façon parfaite. Depuis un an, la santé de cet homme n'a fait que s'améliorer et l'embonpoint est complètement revenu.

De la gastro-entérostomie dans les troubles gastriques des névropathes.

M. Brin (d'Angers). — Sur 19 gastro-entérostomies m'ayant donné 17 guérisons opératoires, je compte 15 résultats parfaits, au point de vue du résultat fonctionnel, et 2 échecs. Or, ceux-ci concernent des cas où je n'avais pas trouvé de lésions stomacales. L'une de mes malades, hystérique avérée, a été opérée une seconde fois par M. Monprofit; le résultat a été aussi mauvais, car les troubles gastriques ont persisté.

La gastro-entérostomie est donc tout à fait inutile chez les névropathes sans lésions, et la laparotomie peut rester pour eux simplement exploratrice, dès qu'un examen soigneux de l'estomac montre qu'il n'existe aucune lésion appréciable. J'ai eu l'occasion d'appliquer cette manière de faire à un patient qui, à la suite de cette laparotomie exploratrice, a présenté une augmentation de poids importante et une amélioration notable.

Hématocèle périsplénique consécutive à une rupture traumatique de la rate.

M. Morestin (de Paris). — Chez un homme qui, consécutivement à un violent traumatisme,

présentait une volumineuse collection liquide sous-phrénique, l'ouverture de l'abdomen, pratiquée sur le bord externe du muscle grand droit, donna issue à un flot de liquide hématique. L'exploration ne me permit pas tout d'abord de déterminer le point de départ de l'hémorrhagie. Je me bornai à établir un drainage, qui fut suivi d'une fistule persistante. Six mois plus tard, je me décidai à intervenir de nouveau; j'enlevai des caillots adhérents et je pus me rendre compte que l'hémorrhagie avait eu son origine au niveau de la rate, dont je ne crus pas devoir pratiquer l'ablation. La persistance de la fistule me força à intervenir une troisième fois et à faire une résection du rebord costal, celui-ci me paraissant créer un obstacle à la rétraction de la poche.

M. Cazin. — Il n'est pas toujours facile de déterminer le point de départ des collections hématiques sous-diaphragmatiques d'origine traumatique. J'ai eu tout récemment l'occasion d'opérer un jeune homme qui, à la suite d'un traumatisme violent, datant de trois semaines, présentait une énorme collection sous-phrénique déterminant une voussure considérable dont le point culminant se trouvait au niveau du creux épigastrique. Je fis une laparotomie médiane qui donna issue à 8 ou 10 litres de liquide hématique en voie de transformation purulente. J'explorai la cavité : elle était nettement limitée en haut par le diaphragme, latéralement et en bas par des adhérences au milieu desquelles on ne pouvait songer à rechercher le point de départ de l'hémorrhagie déterminée par le traumatisme.

Traitement des ruptures de la cicatrice après la laparotomie.

M. Reynier. — Je tiens à appeler votre attention sur la conduite qu'il convient de tenir en cas de rupture de la cicatrice consécutive à la laparotomie, avec issue de l'intestin au dehors, après l'ablation des fils. Lorsqu'on se trouve appelé immédiatement auprès du patient, il est évident qu'il n'y a qu'à réintégrer l'intestin après l'avoir soumis à un lavage aseptique. Il n'en est pas de même lorsque l'accident date déjà de quelques heures. J'ai suivi à tort cette manière de faire chez un de mes opérés, dont la cicatrice s'était rompue pendant la nuit précédente; le malade a succombé à une péritonite généralisée. Chez un opéré de M. Savariaud, auquel pareil accident était arrivé, je me suis borné à protéger la masse intestinale herniée avec une compresse aseptique vaselinée, et à recouvrir le pansement d'une bande de caoutchouc exerçant une compression énergique; l'intestin s'est réduit progressivement, et il ne reste plus qu'une éventration que j'opérerai ultérieurement.

M. Pozzi. — Je ne suis pas de l'avis de M. Reynier sur la conduite à tenir dans l'éventualité d'éventration post-opératoire. J'en ai observé 6 cas, tous traités par la réduction, avec un seul décès, concernant un malade pour lequel j'avais été appelé trop tard; dans les 5 cas suivis de guérison, la réduction a été opérée dans les quatre ou cinq heures qui ont suivi l'accident. Je pense que, chaque fois qu'elle est possible, on doit toujours faire cette réduction, suivie d'une suture extrêmement solide, en ayant soin d'établir un drainage capillaire avec des bandelettes de gaze entourées de baudruche stérilisée.

Il est certain que, lorsqu'il opérera l'éventration du second des malades dont il vient de nous parler, M. Reynier trouvera des adhérences intestinales étendues et résistantes, qui rendront son intervention très grave.

M. Roux. — Comme M. Pozzi, j'essaierai toujours de réduire l'intestin. Cependant, dans un cas où j'ai été appelé seulement douze ou treize heures après l'accident, survenu au vingt et unième jour, j'ai trouvé la masse intestinale tellement souillée de corps étrangers septiques, que je n'ai pas osé réintégrer entièrement l'intestin, et que je me suis contenté de suturer partiellement la paroi.

Pour éviter cet accident, il faut absolument, à mon avis, rejeter les sutures continues, et faire exclusivement des sutures à points séparés avec de la soie et non pas avec des fils résorbables.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand). — Je crois qu'on peut presque toujours réduire l'intestin. C'est ainsi que j'ai agi chez un malade auquel j'avais fait un anus iliaque; l'accident s'était produit pendant la nuit, et l'intestin, au contact de l'anus artificiel, était naturellement très infecté; malgré cela, j'ai fait la réduction, après un lavage soigné, et l'opéré a parfaitement guéri. J'ai procédé de même dans un autre cas avec un égal succès.

M. Brin. — Dans un cas d'éventration aiguë au quatrième jour après une hystérectomie abdominale, j'ai trouvé l'intestin adhérent, étranglé dans la plaie pariétale; je ne pouvais donc pas hésiter à le réduire.

Traitement chirurgical des colites graves.

M. Pauchet (d'Amiens). — En présence d'une colite chronique grave, rebelle à tout traitement médical, il ne faut pas hésiter à avoir recours à l'intervention chirurgicale. Si la laparotomie permet de constater un ulcère limité, on en fera la résection ou l'excision. Si la lésion est inaccessible ou mal limitée, on mettra le côlon au repos, soit par un anus cæcal, dans les cas extrêmement graves, soit par une iléo-sigmoïdostomie large, à l'aide de sutures, soit enfin par l'iléo-sigmoïdostomie faite au bouton et complétée par une exclusion unilatérale.

L'intervention est surtout indiquée, en dehors de la classe aisée, chez les sujets qui ne peuvent suivre un traitement médical prolongé et qui accusent des douleurs violentes, avec constipation opiniâtre, altération de l'état général, crises aiguës simulant l'occlusion ou l'appendicite.

Sur 12 malades que j'ai opérés, 2 n'ont obtenu aucun résultat fonctionnel, 5 sont totalement guéris, 5 sont très améliorés. La constipation cesse presque toujours; les douleurs s'exagèrent pendant les premiers temps, puis disparaissent progressivement; l'état général s'améliore dans la très grande majorité des cas.

M. Michel (de Nancy). — J'ai eu l'occasion de pratiquer une iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale du cæcum, du côlon ascendant et du côlon transverse dans un cas de constipation opiniâtre datant de vingt-cinq ans, avec colite muco-membraneuse rebelle à tout traitement, chez une femme de cinquante-sept ans, qui a parfaitement guéri.

Des néoplasmes tolérés du gros intestin et de leur rôle dans l'obstruction intestinale aiguë.

M. Bousquet. — Souvent les néoplasmes du gros intestin sont remarquablement tolérés au point de vue fonctionnel, si bien qu'ils peuvent passer inaperçus pendant plusieurs mois ou même plusieurs années. D'autre part, la présence de ces néoplasmes sur le tube digestif altère fort peu l'état général des sujets qui en sont atteints.

Le calibre considérable du gros intestin et le développement lent de la tumeur qui, prenant naissance dans les tuniques externes, ulcère tardivement la muqueuse, expliquent cette longue période de tolérance.

Après être ainsi restés plus ou moins longtemps à l'état latent, ces néoplasmes occasionnent — parfois brusquement — des accidents d'obstruction intestinale suraiguë.

Dans de rares circonstances, on a trouvé au niveau de la partie supérieure du néoplasme un corps étranger, tel qu'un fragment osseux, que l'on a accusé d'être la cause de l'obstruction. Tout phénomène d'ordre irritatif, l'ulcération de la muqueuse par exemple, nous paraît devoir occasionner le même résultat en provoquant un spasme brusque.

D'après ce que nous avons pu observer, le rôle de ces néoplasmes dans l'obstruction intestinale suraiguë serait beaucoup plus fréquent que ne l'enseignent les classiques. Aussi, chez les sujets ayant dépassé l'âge de quarante ans, la possibilité d'un néoplasme du gros intestin devra toujours être présente à l'esprit, au cas d'obstruction intestinale aiguë.

M. Demoulin (de Paris). — Il est en effet assez fréquent d'observer chez les vieillards des néoplasmes méconnus du gros intestin. Il suffit qu'un corps étranger, constitué dans l'immense majorité des cas par des matières fécales durcies, vienne s'engager dans la lumière de l'intestin, ou au niveau du rétrécissement néoplasique, pour que les phénomènes d'occlusion se manifestent.

Laparotomie pour invagination intestinale chez un enfant de quatre mois.

M. Buscarlet (de Genève). — J'ai été appelé à intervenir chez un enfant de quatre mois pour une invagination intestinale dont le diagnostic était rendu évident par le toucher rectal. Je pratiquai la laparotomie; j'eus assez de peine, à cause des adhérences, à libérer la portion d'intestin invaginée. Les anses grêles, distendues, faisaient saillie hors de la plaie et furent difficiles à réduire; je ne pus obtenir cette réduction qu'avec le procédé de la compresse. L'opération avait été assez longue, et, après un soulagement momentané, l'enfant a succombé.

Sur le cancer de la partie supérieure du rectum.

M. Girard (de Genève). — Je désire vous entretenir d'une variété de cancer, siégeant à la partie supérieure du rectum. La lésion n'est accessible ni par le toucher rectal, ni par la palpation abdominale, de sorte que le diagnostic en est très difficile, d'autant plus que les phénomènes d'obstruction se produisent très rarement. C'est dans ces cas que souvent les premiers symptômes résultent de l'envahissement de la vessie; il est alors trop tard pour pratiquer une opération radicale, et l'on doit se borner à établir un anus iliaque. Chez 2 malades, j'ai vu les choses se passer ainsi, et ce sont des phénomènes de cystite, avec perforation ultérieure dans la vessie, qui ont permis le diagnostic de cancer rectal.

Résultats éloignés de la résection du rectum pour cancer.

M. Depage. — Je puis vous communiquer les résultats éloignés de 30 résections du rectum pratiquées par moi de 1891 à 1902. La mortalité opératoire a été de 6 % et le nombre des guérisons définitives de 23 %; 2 de mes opérés restent guéris depuis deux ans, 1 depuis trois ans, 1 depuis cinq ans, 1 depuis six ans, 1 depuis neuf ans, 1 depuis onze ans.

Les résultats ont été d'autant plus favorables que le cancer était moins étendu. Il y a donc un intérêt considérable pour les malades à se soumettre à l'opération le plus tôt possible.

De l'appendicite.

M. Brunswic Le Bihan. — On a dit que l'appendicite était exceptionnelle chez les Arabes. Je ne suis pas de cet avis; s'il est vrai qu'elle est réellement rare chez les nomades de l'intérieur, qui se nourrissent très sobrement, il n'y a *a priori* aucune raison pour qu'elle ne se produise pas chez les Arabes citadins, qui sont des mangeurs de viande.

Il est toutefois incontestable que le médecin a moins souvent l'occasion d'observer cette affection en Tunisie qu'en Europe, tout d'abord parce que les indigènes n'ont pas toujours recours à ses soins et aussi parce que l'appendicite des Arabes paraît avoir une physionomie spéciale, moins *péritonéale* que chez nous.

J'ai eu l'occasion d'observer d'assez nombreux cas d'appendicite; j'en ai opéré 12 à l'hôpital de Tunis; ces 12 cas présentaient un type commun : *appendicite suppurée rétro-cæcale.* Il se pourrait que ce ne fût là qu'une série particulière, mais j'ai pu vérifier sur le cadavre une disposition anatomique assez curieuse. Sur 35 sujets, 26 avaient un appendice nettement rétro-cæcal qui, chez 21 d'entre eux, était appliqué sur la fosse iliaque par le péritoine, sans méso, de sorte que la face postérieure de l'appendice était immédiatement en contact avec le tissu cellulaire sous-jacent.

M. Reboul. — J'ai eu l'occasion d'opérer, dans ces derniers temps, 4 cas d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée. 2 de mes opérés sont morts : l'un avait été vu par moi quatre jours seulement après le début des accidents et opéré immédiatement; l'autre avait été opéré, au contraire, aussi hâtivement que possible, quelques heures après les premiers symptômes. Des 2 malades qui ont guéri, l'un a été opéré vingt-quatre heures après la première manifestation de l'appendicite, l'autre au troisième jour, ce qui prouve que, même à ce moment, la laparotomie peut encore donner de bons résultats.

Dans les cas de ce genre, il faut drainer lar-

gement les divers foyers. Le drainage du cul-de-sac péritonéal inférieur doit être fait par la voie rectale, pré-rectale ou vaginale. D'abondantes injections sous cutanées de sérum artificiel, avant et après l'intervention, aideront beaucoup à obtenir la guérison.

M. Pauchet. — L'appendicite aiguë se complique souvent d'un foyer pelvien, constituant un prolongement inférieur d'un abcès iliaque, ou formant un abcès indépendant, unique ou coïncidant avec un autre foyer iliaque.

Les abcès pelviens peuvent être ouverts par une simple incision iliaque droite, mais le drainage n'atteint pas la portion déclive de la poche. A ce point de vue, l'incision rectale est bien supérieure à la précédente; elle a toutefois le défaut de laisser parfois méconnu un foyer iliaque indépendant.

C'est pour cela que nous avons toujours recours à l'ouverture abdomino-rectale, c'est-à-dire à l'incision iliaque droite complétée par la perforation du rectum, faite de haut en bas à l'aide d'une pince dirigée par la plaie iliaque vers le Douglas, tandis que l'index droit ganté, introduit dans l'intestin, dirige le bec de l'instrument pour produire la perforation au point voulu.

M. Paul Delbet (de Paris). — J'ai eu cette année à traiter 6 cas d'appendicite; 5 ont été opérés avec succès; un seul malade n'a pas été opéré et il a succombé.

Il est indispensable d'enlever l'appendice dans les interventions pour appendicite; cet organe constitue, en effet, un nodule toxi-infectieux qu'il ne faut pas laisser.

Sur le décollement traumatique des épiphyses.

M. Kirmisson (de Paris), *rapporteur*. — La radiographie nous a permis de reconnaître que les décollements épiphysaires, loin d'être rares, constituent au contraire un traumatisme assez fréquent; déjà, en 1898, M. Poland a pu en réunir 700 observations, et, depuis lors, ce chiffre a singulièrement augmenté.

L'étiologie des décollements épiphysaires varie suivant les cas. Au niveau de l'extrémité inférieure du fémur, c'est presque toujours la torsion qui détermine cet accident (lorsque, par exemple, la jambe se trouve prise dans les rayons d'une roue de voiture). Pour l'extrémité supérieure de l'humérus, la lésion est due le plus souvent à une cause directe, dans une chute sur le moignon de l'épaule notamment. Mais, d'une façon générale, on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, les décollements épiphysaires sont produits par une cause indirectes.

Il s'en faut de beaucoup que tous ces décollements soient comparables entre eux au point de vue anatomo-pathologique. A côté des faits où la ligne de disjonction suit exactement la direction du cartilage épiphysaire, il en est de très nombreux où le traumatisme, en même temps qu'il a réalisé la disjonction de la diaphyse et de l'épiphyse, a détaché des fragments osseux plus ou moins importants. Cette circonstance a été invoquée pour nier l'existence des décollements épiphysaires, en les considérant seulement comme une variété spéciale de fracture; malgré les examens histologiques que l'on a fait également intervenir à ce propos, on ne saurait admettre une pareille manière de voir.

Ce sont les épiphyses inférieure du fémur, inférieure du radius, supérieure de l'humérus qui sont le plus souvent atteintes de décollement.

Au point de vue clinique, c'est surtout l'âge des malades et le siège de la lésion au voisinage d'une articulation qui feront penser à la possibilité d'un décollement épiphysaire. Il y a, en général, une mobilité anormale extrêmement prononcée, et, en étudiant attentivement le point qui est le centre de ces mouvements, on arrive à se convaincre qu'il ne correspond pas exactement à l'interligne articulaire, mais est situé immédiatement au-dessus ou au-dessous de lui, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse de luxation. D'autre part, lorsqu'on peut mettre les fragments en contact, on obtient une crépitation fine. Certains décollements existent sans déplacement, tandis que d'autres s'accompagnent de déplacements plus ou moins considérables, qui peuvent être irréductibles et nécessiter des opérations sanglantes.

Le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur entraîne parfois les complications les plus graves, notamment des lésions des vaisseaux et des nerfs conduisant à la gangrène et à l'amputation.

De même, le décollement de l'extrémité supérieure de l'humérus donne souvent naissance à des déplacements considérables, dont la réduction présente les plus grandes difficultés et nécessite parfois la résection de l'extrémité diaphysaire.

Quant aux conséquences du traumatisme, relativement à l'accroissement en longueur de l'os auquel préside le cartilage épiphysaire, elles sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne pourrait le supposer *a priori*, puisque M. Curtillet, dans sa thèse, n'a pu réunir que 24 exemples d'arrêt d'accroissement d'un membre à la suite d'un décollement épiphysaire. Mais on sait que toutes les épiphyses sont loin d'avoir la même importance au point de vue du développement : c'est au niveau des épiphyses « fertiles » (extrémité supérieure de l'humérus, extrémité inférieure des os de l'avant-bras, extrémité inférieure du fémur et extrémité supérieure des os de la jambe) qu'il faut s'attendre à rencontrer les arrêts de développement en longueur les plus prononcés.

M. Frœlich (de Nancy). — Je désire attirer votre attention sur certaines complications nerveuses des décollements épiphysaires. C'est ainsi que, chez un jeune enfant, j'ai vu un décollement de la tête du radius compliqué d'une lésion du nerf radial avec paralysie presque complète. De même, chez une petite fille de neuf ans, qui avait été traitée à la campagne pour une luxation de l'épaule, j'ai observé une parésie du cubital, et la radiographie m'a montré qu'il existait un décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus. Enfin, dans un autre cas de décollement de cette même épiphyse, il s'est produit une atrophie des muscles péri-articulaires et un raccourcissement de l'humérus.

M. Maunoury (de Chartres). — J'ai eu l'occasion de soigner un enfant de dix ans atteint d'un décollement traumatique de l'épiphyse supérieure de l'humérus, qui a présenté tous les caractères d'une luxation de l'épaule. La réduction s'est faite très aisément en donnant lieu à la secousse brusque et au bruit sec caractéristique. Mais la radiographie, prise après l'accident et après la réduction, a montré qu'il s'agissait d'un décollement épiphysaire et non d'une luxation.

M. Willems. — Pour les décollements de l'épiphyse inférieure de l'humérus, il faut bien se rendre compte que la radiographie ne peut guère donner de renseignements chez les enfants de moins de cinq ans, parce que la partie inférieure de la diaphyse humérale est encore cartilagineuse à cet âge. Il est probable que c'est la raison de la rareté apparente des décollements épiphysaires à ce niveau.

Les renseignements radiographiques sont, au contraire, très précieux quand il s'agit de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus.

M. Bardesco. — J'ai observé un garçon de quatorze ans qui, à l'âge de deux ans, avait subi un décollement de l'épiphyse inférieure du tibia, non suivi de réduction. J'ai pu constater une inflexion sus-malléolaire des os de la jambe et une difformité du membre inférieur, caractérisée par un raccourcissement des os de la jambe égal à 6 centimètres, avec allongement compensateur de 5 centimètres au niveau du fémur.

Dans un autre cas, il y avait eu décollement de l'extrémité inférieure du fémur chez un sujet de dix-sept ans, dont le pied avait été pris entre les rayons d'une roue en marche. Le malade a succombé à une embolie pulmonaire et l'examen microscopique a révélé un décollement vrai du cartilage de conjugaison, sans solution de continuité de l'os.

M. Coudray (de Paris). — Les recherches que nous avons faites, M. Cornil et moi (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 14), nous ont montré que la réparation des décollements vrais du bord épiphysaire du cartilage de conjugaison et des fractures de cartilage conduisait à l'abolition plus ou moins complète de la fonction ostéogénique normale de ce cartilage, et que, par conséquent, les raccourcissements doivent être la règle à la suite de ces traumatismes.

Nous avons vu souvent des fractures longitudinales du cartilage se réparer par un cal osseux qui réunit l'épiphyse à la diaphyse. Là encore un raccourcissement peut être la conséquence de la lésion.

La réparation des fractures diaphysaires *juxta-conjugales*, siégeant à 2 ou 3 millimètres du bord du cartilage, ne donne pas lieu aux mêmes troubles profonds de l'ossification et l'on comprend qu'il n'y ait pas de raccourcissement à la suite de ces traumatismes.

Malheureusement, en clinique, il est, sinon impossible, au moins très difficile de faire le diagnostic différentiel de ces deux ordres de lésions. Toutefois, la radiographie y aidera en montrant dans le décollement vrai des surfaces extrêmement lisses et régulières.

J'ai observé 2 cas de décollement de l'extrémité supérieure de l'humérus, méconnus et consolidés avec la déformation caractéristique, sans que la gêne de la fonction fût bien notable, de sorte qu'il n'y avait pas, à mon avis, d'indication opératoire.

M. Reboul. — Je puis vous citer 2 cas intéressants de décollement de l'épiphyse inférieure du fémur. Le premier concerne un enfant de sept ans, dont la jambe avait été prise entre les rayons d'une roue. L'examen local, confirmé par la radiographie, montrait que l'extrémité de la diaphyse faisait saillie dans le creux poplité. Par deux incisions latérales verticales, j'arrivai sur le foyer du décollement épiphysaire et je pus obtenir la réduction par des manœuvres d'extension et d'élévation de la jambe et de propulsion de la diaphyse en avant et en haut; deux sutures métalliques assurèrent le maintien de la réduction.

L'autre fait est relatif à un jeune homme de dix-sept ans qui, au cours d'un exercice d'équitation, se fit un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. Je tentai sans succès la réduction sous anesthésie, et je dus, cette fois encore, mettre à nu le foyer; je pus réduire le décollement après résection partielle d'une pyramide osseuse triangulaire partant du condyle interne et menaçant les organes du creux poplité. Malheureusement, il se produisit un sphacèle des parties molles et je fus obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse.

M. Broca (de Paris). — On doit distinguer deux types d'épiphyses, suivant que les insertions ligamenteuses sont épiphysaires ou sus-épiphysaires. Dans ce dernier cas, l'arrachement de l'épiphyse ne saurait se produire et le décollement traumatique ne peut avoir lieu que sous l'action d'un choc direct. Pour les épiphyses qui reçoivent des insertions ligamenteuses, le décollement, au contraire, peut être la conséquence d'un traumatisme indirect.

M. Monprofit. — Dans 2 cas de décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus, j'ai dû, cinq et six semaines après l'accident, faire une résection partielle de l'extrémité supérieure de la diaphyse, qui gênait les mouvements et menaçait de perforer la peau. Il y avait eu erreur de diagnostic au moment de l'accident, et, dans l'un de ces faits au moins, on avait cru à une luxation de l'épaule.

M. Walther (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'intervenir 3 fois pour des décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure de l'humérus, et j'ai toujours vu cet accident se présenter avec tous les signes d'une luxation ancienne de l'épaule.

Pour les cas anciens, on doit se borner à réséquer simplement la portion exubérante de l'os, et l'on conserve ainsi un humérus très suffisant, avec un raccourcissement, bien entendu. Pour les cas récents, on peut chercher à faire la réduction, mais on n'y parviendra pas toujours et il faudra alors mettre à nu le foyer et réséquer la portion osseuse qui empêche de réduire.

M. Roux. — J'ai observé plusieurs faits de décollement de l'extrémité supérieure de l'humérus, et une seule fois j'ai dû intervenir pour réséquer l'éperon osseux qui gênait la réduction. Dans tous les autres cas, le massage a suffi pour donner un résultat fonctionnel très satisfaisant.

M. Poncet (de Lyon). — J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'enlever l'éperon osseux dont il vient d'être question au sujet des décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure de l'humérus. J'ai retrouvé plusieurs de ces malades à l'âge adulte; le résultat était parfait et le fonctionnement du membre excellent.

M. Kocher. — Dans un cas de décollement

de l'épiphyse inférieure du fémur avec luxation de l'épiphyse en arrière, nous avons réduit le déplacement et mis un appareil. Or, le déplacement s'est reproduit complètement et nous ne nous en sommes aperçus qu'après avoir enlevé l'appareil. Je voulais faire une résection, mais l'opération n'a pas été acceptée; d'ailleurs, je dois dire que le fonctionnement du membre était très satisfaisant.

Diagnostic des abcès métastatiques du rein.

M. Van Stockum (de Rotterdam). — Les abcès métastatiques du rein peuvent s'observer aussi bien chez des individus dont les reins sont sains que chez les urinaires. Il est des cas où le diagnostic est particulièrement difficile : je veux parler des abcès parenchymateux déterminant à peine une légère augmentation du volume du rein, et dont l'existence reste bien souvent méconnue, sans qu'on puisse alors expliquer la fièvre constatée. C'est ainsi qu'à l'autopsie on reconnaît fréquemment la présence de ces abcès, quoique l'examen le plus minutieux n'eût révélé aucun signe de lésion rénale. Aussi je crois que, lorsqu'un malade présente une fièvre persistante et non expliquée, il faut toujours songer à ces abcès métastatiques du rein, et, quand il n'y a pas de tumeur rénale pouvant attirer l'attention du côté de cet organe, on doit examiner attentivement les urines, en tenant particulièrement compte de la polyurie, que j'ai régulièrement constatée dans les cas de ce genre.

Cystostomie d'urgence et prostatectomie chez un prostatique calculeux.

M. Fournier. — J'ai pratiqué, chez un prostatique de soixante-seize ans, une cystostomie qui m'a permis d'enlever 80 calculs vésicaux. Dix jours plus tard, je fis la prostatectomie et je constatai que l'urèthre était bourré de calculs dans sa portion prostatique; grâce au cathétérisme rétrograde, je pus rétablir la perméabilité du canal.

Je crois qu'il est bon de pratiquer d'abord la cystostomie, chez les prostatiques rétentionnistes, pour leur permettre de mieux supporter ensuite la prostatectomie. Dans les cas, comme celui que je viens de rapporter, où l'urèthre prostatique renferme des calculs adhérents, très difficiles à extraire ou à refouler, la cystostomie et la prostatectomie sont deux opérations nécessaires.

Résultats de la cure radicale de la hernie crurale par le procédé du clou.

M. Roux. — Le procédé que j'ai imaginé pour la cure radicale de la hernie crurale consiste, après avoir réséqué le sac herniaire, à clouer le ligament de Poupart sur la crête pectinéale avec une agrafe de tapissier en acier nickelé. Il faut avoir soin de récliner la veine fémorale en dehors pour éviter de la blesser, et de bien enfoncer l'agrafe dans le tissu osseux et non dans les parties molles.

On peut se demander si, au bout d'un certain temps, l'ostéoporose ne libère pas l'agrafe; je ne le crois pas, car je n'en ai pas observé d'exemple, à la condition que les pointes de l'agrafe soient assez longues.

Ce procédé a été accepté par quelques chirurgiens qui en ont été satisfaits. D'autres l'ont modifié et compliqué inutilement. Pour ma part, je l'ai employé 136 fois, depuis huit ans, sans mortalité; 56 de mes malades ont été opérés depuis plus de trois ans, et 2 seulement ont eu une récidive. Aucun n'a accusé le moindre trouble qui pût être mis sur le compte de l'agrafe.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — J'ai fait une enquête sur mes anciens opérés de hernie crurale, suivant le procédé que j'emploie couramment, et je n'ai trouvé que 2 récidives, l'une chez un tuberculeux, l'autre chez une femme qui avait eu trois accouchements.

Tumeurs lymphatiques du cordon et hernie inguinale.

M. Lucas-Championnière. — J'ai observé 2 cas de tumeurs lymphatiques du cordon, donnant tous les caractères de la hernie, sauf la sonorité. Dans le premier fait, il s'agissait d'un Havanais qui se présentait avec deux tumeurs inguinales pour lesquelles il portait un double bandage. Je l'opérai, pensant qu'il s'agissait de hernies, et, après avoir incisé la paroi antérieure du canal inguinal droit, je trouvai une grosse masse au milieu de laquelle il n'y avait pas de sac. Du côté gauche existait une tumeur semblable, siégeant en dehors du canal inguinal. L'ablation des deux tumeurs fut suivie de guérison sans incident.

Cette année, j'ai opéré un malade venant d'Haïti, qui présentait à gauche une petite hernie inguinale sur laquelle il portait un bandage, et à droite une grosse tumeur, pour laquelle tous les médecins qui l'avaient examiné avaient pensé à une hernie. Là encore il s'agissait d'une tumeur lymphatique, ainsi que j'ai pu le constater en opérant cet homme.

Phimosis et hernies chez l'enfant.

M. Péraire (de Paris). — Je crois que beaucoup de hernies considérées comme congénitales reconnaissent pour causes les vices de conformation préputiale. La coexistence des hernies et du phimosis est, en effet, très fréquente, et c'est manifestement sous l'influence des efforts de miction que, dans bien des cas, on voit apparaître une hernie; inversement, chez la plupart de ces enfants, le débridement du prépuce suffit pour amener la disparition de la hernie.

D'autres lésions plus ou moins analogues — l'hypospadias, les atrésies du méat, les hydrocèles de la tunique vaginale, les ectopies testiculaires — peuvent d'ailleurs jouer le même rôle que le phimosis.

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.

M. Richelot (de Paris). — Les motifs de la disgrâce actuelle de l'hystérectomie vaginale sont, avant tout, les progrès incontestables de la laparotomie. Ma pratique a évolué comme celle des autres chirurgiens, et j'ai profité pour ma part des perfectionnements de l'hystérectomie abdominale; mais j'ai gardé une place à l'hystérectomie vaginale et j'estime qu'elle demeure à l'occasion une ressource des plus précieuses.

Pour les fibromes, cette dernière opération est indiquée quand l'utérus est petit et mobile, lorsqu'il s'agit de ces utérus scléreux, douloureux et saignants qui nous obligent quelquefois à une opération radicale, principalement dans les cas où la paroi abdominale est épaisse et fait craindre que les manœuvres ne soient ardues au fond de la cavité pelvienne.

L'hystérectomie vaginale reste, à mon avis, la méthode de choix dans le traitement du cancer utérin; la voie abdominale n'a pas réalisé, en effet, les espérances qu'on avait fondées sur elle.

J'opère par la voie haute la majorité des annexites, mais j'ai conservé l'hystérectomie vaginale comme une ressource précieuse dans un certain nombre d'annexites bilatérales.

M. Faure (de Paris). — Je crois, comme M. Richelot, qu'il ne faut pas abandonner l'hystérectomie vaginale. Pour un certain nombre de petits fibromes, en effet, cette opération est si simple et si rapide qu'il n'y a aucun inconvénient à y avoir recours. Elle est de plus particulièrement indiquée pour les annexites virulentes, dont le refroidissement ne peut être obtenu. Dans le cas de cancer utérin, au contraire, dès qu'il s'agit d'une lésion dépassant les limites du museau de tanche, l'hystérectomie abdominale est préférable à l'opération vaginale, parce qu'elle permet de faire une ablation plus large et d'espérer ainsi une survie plus longue.

M. Walther. — J'avoue que, pour le cancer utérin, les résultats que j'ai obtenus soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, sans mortalité opératoire, ont été aussi déplorables au point de vue de la récidive, qui, pour toutes mes opérées, s'est produite très rapidement.

Dans les annexites suppurées, depuis 1890, j'ai toujours opéré par la voie abdominale, quelle que fût la virulence, et mes résultats ont été excellents, grâce aux très larges drainages que j'ai soin de faire en pareil cas. C'est donc seulement pour quelques faits exceptionnels que j'aurai recours à l'hystérectomie vaginale.

M. Sorel (de Dijon). — Mes résultats personnels, avec l'hystérectomie abdominale pour cancer, ont été désastreux.

Pour les suppurations pelviennes, je suis partisan de la laparotomie, sauf dans les cas où l'état général est très mauvais et la température élevée : la voie vaginale me paraît alors moins dangereuse.

M. Pozzi. — Au point de vue des fibromes, je crois que, même pour les petites tumeurs, il y a un grand intérêt à prendre toujours la voie abdominale, surtout chez les femmes jeunes, auxquelles on fait ainsi courir la chance de conserver l'utérus et les annexes, lorsque l'énucléation est possible.

Pour le cancer utérin, j'estime que, dans la grande majorité des cas, la néoplasie risque d'avoir atteint le voisinage des uretères, et que par conséquent il faut opérer par l'abdomen, si l'on veut faire une intervention complète. Dans un nombre de cas relativement restreint, la lésion cancéreuse se montre suffisamment limitée au col pour qu'on soit autorisé à utiliser la voie vaginale, moins dangereuse que la voie haute au point de vue de la septicité.

Dans les annexites suppurées, la colpotomie suffit le plus souvent à parer aux accidents immédiats et permet ainsi d'attendre le moment opportun pour pratiquer une opération radicale, qu'on fera avec avantage par la voie abdominale.

En résumé, je n'emploie plus l'hystérectomie vaginale que dans un petit nombre de cas de cancer.

Sur un procédé pour guérir l'anus vaginal.

M. Richelot. — J'ai employé dans un cas d'anus vaginal, consécutif à une hystérectomie faite par un de nos collègues, le procédé de traitement des anus contre nature que j'ai décrit il y a une quinzaine d'années (Voir *Semaine Médicale*, 1889, p. 173). Je fis d'abord, pour élargir la voie d'accès, une incision médiane et verticale de la paroi postérieure du vagin; je dédoublai la cloison recto-vaginale à droite et à gauche, en mobilisant les deux moitiés de cette paroi jusqu'à l'orifice intestinal, dont je décollai ensuite la demi-circonférence postérieure. Après avoir reconnu avec mes doigts la hauteur et l'épaisseur de l'éperon, et m'être assuré qu'il y avait adossement simple sans aucune interposition, je sectionnai l'éperon, préalablement circonscrit par deux pinces de Kocher, et suturai le double bord cruenté avec une aiguille à petite courbure latérale. Je fermai ensuite l'orifice anormal à l'aide d'un lambeau vaginal. Le succès n'a pas été immédiat, et la malade a quitté l'hôpital, conservant une fistulette.

M. Pozzi. — Je me demande s'il n'y aurait pas avantage à faire en deux temps l'opération que M. Richelot vient de décrire, en laissant à demeure les deux pinces de Kocher placées de chaque côté de l'éperon et en fermant l'anus anormal quelques jours après.

M. Richelot. — En procédant ainsi, c'est-à-dire en remplaçant les sutures par les pinces à demeure, on retombe dans l'entérotomie au moyen de l'instrument de Dupuytren, avec les inconvénients qu'on lui reproche.

Si je faisais l'opération en deux temps, je n'en continuerais pas moins à suturer les surfaces de section de l'éperon, quitte à attendre quelques jours pour fermer l'anus anormal.

M. Le Dentu (de Paris). — Je vous ai communiqué, il y a quelques années, un cas d'anus vaginal traité avec un plein succès par la section de l'éperon au moyen de l'entérotome de Dupuytren (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 430). Quant aux accidents que l'on a reprochés à ce dernier instrument, ne s'agit-il pas là d'une légende? Je me suis beaucoup servi de l'entérotome dans ces dernières années, et je ne peux pas le considérer comme dangereux; avec le plan incliné, il est facile d'éloigner l'intestin grêle au moment de l'application sur l'éperon.

Sur un cas de kyste tubo-ovarien.

M. Boursier (de Bordeaux). — J'ai opéré une femme de trente-six ans, qui, indépendamment d'une salpingite droite, présentait dans la moitié gauche du bassin une tumeur arrondie, rénitente, mobile, prise pour un kyste ovarien. La laparotomie me permit d'enlever un petit kyste de l'ovaire, surmonté d'une trompe dont l'extrémité externe se fusionnait avec lui; il s'agis-

sait donc d'un kyste tubo-ovarien. Du côté droit j'enlevai un hydrosalpinx avec ovarite scléro-kystique.

Grossesses tubaires récidivantes.

M. Lejars. — Chez une jeune femme qui avait été opérée, il y a six ans, pour une grossesse tubaire droite avec inondation péritonéale, j'ai eu à intervenir, au mois d'avril dernier, pour une nouvelle grossesse extra-utérine développée du côté gauche.

J'ai observé, en 1903, deux autres faits du même genre. L'un concerne une femme que j'avais déjà opérée il y a quatre ans pour une grossesse tubaire rompue. Dans l'autre cas, les deux accidents se sont produits dans la même année; j'ai opéré la malade une première fois au mois de janvier, et une deuxième fois au mois de mai.

Ces faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser; d'après les statistiques publiées, parmi les cas de grossesse extra-utérine que l'on opère, il y a 4 ou 5 % de grossesses tubaires récidivantes. Dans ces conditions, lorsqu'on opère une grossesse extra-utérine, il me paraît nécessaire de regarder soigneusement les annexes de l'autre côté et de les enlever si elles ne sont pas absolument saines. Cependant, je dois dire que, dans mes deux dernières observations, j'avais examiné les annexes du côté opposé à la grossesse, et je les avais respectées parce qu'elles m'avaient paru saines.

M. Bégouin (de Bordeaux). — J'ai perdu, par inondation péritonéale consécutive à une rupture de grossesse tubaire, une malade que j'avais opérée quelques années auparavant pour une première grossesse extra-utérine.

De l'allure clinique maligne de certains fibromes de l'ovaire.

M. Bégouin. — Les fibromes de l'ovaire se traduisent ordinairement par une symptomatologie simple et bénigne, sans atteinte de l'état général, alors même qu'ils sont compliqués d'ascite, ce qui est moins rare qu'on ne le croit.

La symptomatologie de ces tumeurs n'affecte cependant pas toujours une allure aussi anodine : il existe des faits assez nombreux où, à un moment donné de leur évolution, les fibromes, tout en restant peu volumineux et mobiles, sans altération de leur structure, s'accompagnent d'augmentation rapide et considérable du volume du ventre, d'amaigrissement progressif et très accusé, d'anorexie, de perte des forces, d'œdème des membres inférieurs, de double épanchement pleural, en un mot du tableau clinique de la cachexie que l'on est accoutumé à observer à la période terminale des tumeurs malignes.

J'ai observé un fait de ce genre et je puis vous en citer 12 autres semblables. Le diagnostic clinique d'avec le sarcome est presque impossible dans ces cas; aussi faut-il toujours opérer : si on ne le fait pas, les malades meurent rapidement; l'intervention, au contraire, donne des résultats immédiats et éloignés absolument parfaits.

Lymphangiome kystique de l'aisselle.

M. Reverdin. — J'ai observé une jeune fille qui, dans sa première enfance, avait déjà présenté une grosseur du volume d'une noix dans l'aisselle gauche. A la suite d'une chute de bicyclette, elle vit apparaître dans cette même région une tumeur qui grossit rapidement, et à côté de laquelle il y avait un petit ganglion, ce qui faisait penser à un abcès froid. L'intervention m'a montré que la tumeur était constituée par une poche à parois minces, adhérente de toutes parts au tissu graisseux de l'aisselle et, dans sa partie profonde, au paquet vasculo-nerveux; je n'ai pu réussir à disséquer complètement cette poche, à cause des adhérences. Elle renfermait une grande quantité de sérum sanguinolent. L'examen histologique de la partie réséquée a permis de constater qu'il s'agissait d'un lymphangiome kystique.

Contribution à la pathogénie du genu valgum des adolescents.

M. Frœlich. — J'ai étudié avec M. Weiss (de Nancy) la pathogénie du genu valgum des adolescents et de quelques autres lésions dites des adolescents. Dans 4 faits de genu valgum, des fragments du fémur enlevés pendant l'ostéotomie sus-condylienne renfermaient des microorganismes que l'analyse bactériologique montra être des staphylocoques blancs. On peut conclure de cette constatation, et de l'évolution particulière du genu valgum des adolescents, bien différente de la déviation rachitique du même nom chez l'enfant, que certains genu valgum des adolescents sont dus à des infections staphylococciques atténuées.

Des déviations osseuses analogues ont été constatées à la suite d'ostéomyélites suppurées typiques. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la même affection atténuée puisse leur donner naissance. Cette opinion, basée sur des constatations bactériologiques et cliniques, est plus plausible que celle qui attribue le genu valgum au rachitisme tardif : l'existence de ce dernier est loin d'être prouvée.

Nous poursuivons depuis cinq ans nos recherches sur la nature des affections dites des adolescents : dans 3 cas de coxa vara essentiels, dans 3 de tarsalgie, dans 1 de hallux valgus, dans 1 d'ongle incarné, dans 1 d'exostoses ostéogéniques multiples, nous avons trouvé, au niveau du col fémoral, du scaphoïde, de la tête du premier métatarsien, de la phalange unguéale, des staphylocoques blancs.

De tous ces faits, nous concluons également que certains cas au moins de ces affections osseuses de croissance sont de nature infectieuse (infection atténuée due aux staphylocoques blancs).

Nous attribuons à la même cause les douleurs dites de croissance, si fréquentes dans les genoux chez les adolescents qui grandissent vite.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Calot. — Je vais vous montrer 10 enfants que j'ai guéris d'une luxation congénitale de la hanche, simple ou double, et qui ne laissent rien à désirer au point de vue de la marche. J'ai tenu à vous présenter surtout des enfants très jeunes, pour prouver qu'on peut arriver à la guérison chez les tout petits, contrairement à l'opinion générale. Plusieurs de ces enfants ont été guéris en quatre mois avec un seul appareil.

Si la contention demande peut-être chez eux une plus grande attention, en revanche la réduction est d'une extrême facilité, ne nécessitant pas l'anesthésie. D'autre part, les guérisons anatomiques et fonctionnelles sont généralement plus complètes et plus belles, si l'on intervient avant les déformations osseuses graves que l'âge amène.

M. Redard (de Paris). — Je recommande depuis longtemps de traiter la luxation congénitale de la hanche à un âge peu avancé, dès que la difformité est reconnue.

J'ai opéré avec succès de très jeunes enfants, dans quelques cas sans anesthésie chloroformique. Les meilleurs résultats s'obtiennent surtout chez les enfants de deux à six ans; après dix ans, les résultats sont plus incertains.

Je crois qu'il est dangereux de conseiller pour tous les cas l'immobilisation dans un seul appareil contentif pendant trois à quatre mois. Il est légitime, cependant, afin d'éviter la raideur articulaire et l'atrophie, d'essayer de diminuer la durée de l'immobilisation, en se basant sur le degré de stabilité de la réduction, sur l'âge des opérés.

Dans les transpositions, chez les enfants âgés, dans les luxations bilatérales, on évite les raideurs articulaires en n'immobilisant que pendant une seule période de deux à trois mois.

M. Mencière. — J'obtiens la réduction mécanique et extemporanée de la luxation congénitale de la hanche à l'aide d'un levier spécial, qui m'a donné d'excellents résultats, notamment dans quelques cas où la réduction manuelle avait été tentée inutilement. Il est important de mettre le membre en flexion avant l'application du levier. J'insiste sur l'importance de cette condition, qui, rapprochant les points d'insertion des muscles rétractés, permet au levier de localiser toute la force déployée sur un seul obstacle, la capsule, tendue comme un voile au devant du cotyle et empêchant ainsi la réduction.

M. Redard. — Je pense que la réduction des luxations congénitales de la hanche peut être obtenue par de simples pressions manuelles, même dans les cas difficiles. Les appareils, en raison de la force considérable qu'ils développent, exposent à des accidents et ne doivent être utilisés, à mon avis, que dans quelques cas exceptionnels.

Inversion congénitale double de la voûte plantaire.

M. Dujon (de Moulins). — J'ai eu l'occasion d'observer et d'étudier une difformité du pied que je n'ai vue signalée nulle part. Il s'agit d'une inversion congénitale double de la voûte plantaire, chez un enfant d'un an. A ce moment l'ossification n'existe qu'au niveau de l'astragale, du calcanéum, du cuboïde et du troisième cunéiforme. La radiographie que je vous présente montre que chez cet enfant il y a une véritable luxation en bas du tarse antérieur, le cuboïde faisant une forte saillie à la voûte plantaire; le calcanéum, entraîné par son attache au cuboïde, est devenu obliquement descendant au lieu d'avoir sa position ordinaire, obliquement ascendante.

L'enfant a marché à quatorze mois. Il est actuellement âgé de deux ans et demi et marche presque aussi bien que les autres enfants.

M. Brin communique une observation de perforation spontanée de l'intestin grêle, en dehors de la fièvre typhoïde.

Dr Maurice Gazin (de Paris).

BULLETIN

Comme quoi l'Association française de chirurgie a violé ses statuts et son règlement.

La confection du présent numéro montre que nous sommes actuellement en pleine période de Congrès : le Congrès français de chirurgie n'était pas plus tôt terminé que commençait le Congrès français de médecine. Le fait n'est pas particulier à la France : c'est aussi en ce moment que se tiennent à Rome une série de Congrès médicaux ou chirurgicaux, entre autres celui de la Société italienne de médecine interne. Si la quantité des travaux communiqués aux réunions de cette nature reste toujours à peu près la même, on ne peut en dire autant de la qualité, car — il en est des Congrès comme des Expositions — des sessions trop rapprochées n'ont eu et ne peuvent avoir pour effet que de diminuer la valeur et l'utilité de la plupart des communications. D'ailleurs, nous avons à maintes reprises fait voir combien stériles étaient ces réunions, tant nationales qu'internationales; mais comme on ne sait exactement par quoi les remplacer, elles subsistent par la seule force de l'habitude.

Tout dernièrement, il est vrai, s'est fait jour un nouveau mode de contact entre médecins de pays différents : quelques confrères, plus ou moins épris d'opportunisme, ont pensé que sous le couvert de « l'entente cordiale », il y avait lieu d'opérer un plus grand rapprochement entre le Corps médical français et le Corps médical anglais : de là une excursion en commun de médecins français à Londres, où en l'espace de quatre ou cinq jours on a beaucoup banqueté et toasté avec des confrères anglais, qui ont fait à nos compatriotes une réception « cordiale ». « L'entente » a été aussi parfaite qu'on pouvait le souhaiter, et elle sera aussi « cordiale » lorsque les médecins anglais viendront à leur tour rendre visite aux médecins de Paris. Toutefois, qu'il nous soit permis de faire remarquer que quiconque a fait des voyages à l'étranger pour compléter son instruction technique, sans l'ostentation qui a caractérisé la récente caravane dont nous venons de parler, sait fort bien que ce n'est pas en faisant une visite en grand nombre et à date convenue qu'on peut se rendre compte de l'état des institutions et des pratiques hospitalières d'un pays ou d'une ville : les visites fixées d'avance ressemblent beaucoup à celles des ministres ou des chefs d'Etat, pour lesquelles il a été pris « par ordre » une série de dispositions qui, le plus souvent, ont pour but et pour effet de ne pas permettre aux visiteurs de voir les choses dans leur réalité. Ce n'est donc pas de ce côté que pourra venir la rénovation souhaitée par tant de bons esprits, qui considèrent les

« foires » médicales ou chirurgicales du printemps ou de l'automne comme sans utilité aucune pour le progrès des sciences médicales.

Si, de l'aveu pour ainsi dire général, les Congrès ne possèdent aucune vertu par eux-mêmes, il n'en ressort pas moins de ce qui vient de se passer au Congrès français de chirurgie qu'ils peuvent avoir des effets fâcheux, quand ils méconnaissent les limites de leurs droits et l'étendue de leurs devoirs. Depuis plusieurs années déjà, ce Congrès paraissait atteint d'anémie progressive, par suite de l'abstention accoutumée de la majorité des chirurgiens de Paris. Le président de cette dernière session a voulu en rehausser l'éclat en y invitant des chirurgiens étrangers de grande renommée et en obtenant du président de la République qu'il voulût bien honorer de sa présence la séance d'ouverture. Mais ce témoignage officiel du chef de l'Etat, que beaucoup disent s'être adressé plus à la personne du président du Congrès qu'au Congrès lui-même, vu qu'il était inusité depuis la fondation de l'Association française de chirurgie, n'était pas le « clou » de la réunion de cette année.

Sous l'influence de la grande presse et avant même la réunion du Congrès, une question avait surgi dans le public, laquelle n'était peut-être pas sans avoir produit une certaine impression parmi les membres du Congrès. Transportée du palais, où elle aurait dû rester jusqu'à la fin du procès, dans les journaux politiques, elle a trouvé un aliment naturel à propos d'une communication que le confrère en cause devait faire devant le Congrès sur « les nouveaux traitements du cancer ». Comme il était à prévoir, l'agitation du dehors s'est fait sentir jusque dans l'enceinte de la réunion scientifique : le mardi matin, jour fixé pour cette communication, la salle des séances fut envahie dès la première heure par une assistance qui était loin d'être composée exclusivement de congressistes, et la séparation des membres du Congrès d'avec le public était tout à fait illusoire; au dehors, on proférait des cris en sens divers, tout comme s'il s'était agi d'une réunion publique. La discussion qui suivit la communication en question s'écarta bientôt de l'objet propre au but indiqué dans les statuts; on proposa de faire nommer par le Congrès une commission chargée d'étudier les faits apportés par M. Doyen. Le président — qui a rempli le premier et durant de longues années les fonctions de secrétaire général — aurait dû avertir le Congrès qu'il s'engageait dans une voie antistatutaire; au lieu d'arrêter la discussion sur une telle proposition, il se borna à annoncer que la commission demandée pourrait être nommée dans l'assemblée générale du jeudi.

Il faut bien reconnaître que ce fut là une preuve de grande habileté; mais, ainsi qu'on va le voir, les difficultés n'étaient pas pour cela supprimées.

De par ses statuts, l'Association française de chirurgie tient deux sortes de réunions : des Congrès scientifiques et des assemblées générales. Quand elle se réunit en Congrès — sous la dénomination de « Congrès français de chirurgie » —, elle ne doit s'occuper que d'entendre des communications scientifiques et les discussions auxquelles celles-ci donnent lieu. Lorsqu'elle se réunit en assemblée générale, au moins une fois par an, c'est « pour le règlement des affaires administratives de l'Association ». C'est le bureau du Comité permanent d'administration, lequel Comité est formé des anciens présidents des Congrès scientifiques et de six membres élus, qui constitue le bureau de l'assemblée générale, et c'est le Comité permanent qui en règle l'ordre du jour. Or, ni les statuts ni le règlement de l'Association ne prévoient la nomination d'une commission quelconque, pas plus pour étudier les modes de traitement préconisés devant les Congrès que pour n'importe quel autre objet. L'arrêté préfectoral du 30 mai 1891 porte même que la Société ne doit « s'occuper, sous quelque prétexte que ce soit, d'aucun objet étranger au but indiqué dans les statuts, sous peine de suspension ou de dissolution immédiate ».

C'est dans les conditions ci-dessus exposées que le Comité permanent fut saisi par le bureau du Congrès de la proposition faite dans la séance du mardi matin. Il n'eut pas de peine à comprendre que ce que l'on demandait était contraire aux statuts; toutefois, il pensa qu'« il était nécessaire, dans l'état actuel des choses, de ne pas répondre par une fin de non-recevoir pure et simple à la demande de nomination d'une commission ». Et, après avoir exposé longuement les arguments d'ordre scientifique qui rendaient indispensable l'examen proposé, le bureau de l'assemblée générale, par l'organe de son président, proposa, non pas de former une commission parmi les membres du Congrès, mais de charger le bureau du Congrès de faire des démarches *officieuses* auprès de l'Institut Pasteur et de la Société de chirurgie de Paris pour que ces deux institutions voulussent bien se charger d'examiner, l'une la partie scientifique, l'autre la partie clinique des faits annoncés. Le Comité a même eu soin d'indiquer, d'une manière générale, le mode de procéder, surtout en ce qui concerne les effets du traitement.

Une pareille façon d'agir ne faisait qu'aggraver la violation des statuts : si le Congrès n'avait pas le droit de s'occuper d'un objet étranger au but indiqué dans les statuts de l'Association, avec combien moins de raison l'assemblée générale en était-elle saisie, elle qui n'a qu'à « entendre les rapports sur la gestion du Comité, sur la situation financière et morale de l'Association; voter le budget de l'exercice suivant; approuver les comptes de l'exercice clos et pourvoir au renouvellement, s'il y a lieu, des membres du Comité ». Elle peut encore prononcer la radiation d'un membre pour des motifs graves, et, quand elle est spécialement convoquée en assemblée extraordinaire, modifier les statuts ou prononcer la dissolution de l'Association.

Comme on le voit par cette énumération limitative des attributions de l'assemblée générale, cette réunion ne pouvait ni ne devait s'occuper de la question qui a tenu la plus grande partie de la séance du jeudi. Et c'est, sans contestation possible, contrairement aux statuts et au règlement de l'Association, que, sur la proposition du Comité permanent, elle a voté la résolution suivante :

« Le Congrès français de chirurgie, réunion temporaire, n'ayant point le droit, d'après ses statuts, de nommer une commission permanente, et désireux de faire la lumière, propose à M. Doyen que l'Institut Pasteur et la Société de chirurgie, sur la demande du bureau du Congrès, examinent les travaux de M. Doyen.

» Le Congrès laisse à ces deux institutions le soin de régler, d'accord avec M. Doyen, le mode d'examen qui leur paraîtra le meilleur. »

En se reportant au texte même de cette résolution — texte officiel —, on s'aperçoit que l'assemblée générale a fait intervenir le Congrès. C'est le Congrès qui est censé avoir adopté cette motion, alors que le Congrès n'existait pas en ce moment et que seule l'assemblée générale fonctionnait. Cette confusion ou plutôt cette anarchie dans le rôle des deux parties constituantes de l'Association, mérite d'autant plus d'être relevée que ce qui compte dans un Congrès, ce n'est pas le Congrès en soi, ce sont ses actes, parce qu'ils peuvent produire des effets se prolongeant bien au delà de sa fugitive et occasionnelle session. Ainsi les actes du Congrès français de chirurgie de 1904 témoignent de lui, alors qu'il a déjà cessé d'être, et il est certain qu'ils ne témoignent pas pour lui. C'est pourquoi il importe de dire ici que le Congrès n'a réellement rien adopté, bien que son nom figure en tête de la résolution votée par l'assemblée générale de l'Association. Cette résolution est doublement antistatutaire : d'abord parce que c'est l'assemblée générale de l'Association et non le Congrès qui l'a votée, ensuite parce que pas plus celui-ci que celle-là n'avaient le droit de prendre cette résolution. Un Congrès médical ou chirurgical n'est pas un concile, et si l'on en venait à enquêter sur les divers modes de traitement préconisés dans ces réunions — qui, à quelque haut prix qu'on les estime, ne sont jamais en elles-mêmes, ni pour plus que leur durée, aussi intéressantes qu'elles se flattent de l'être —, on s'exposerait à se trouver un jour en face de certains dogmes, contre l'établissement desquels proteste l'évolution incessante des sciences médicales. Le rôle vrai et unique d'un Congrès est d'entendre ce qu'on lui apporte et de le discuter, séance tenante, en se plaçant exclusivement sur le terrain scientifique : aller au delà, ce serait sortir de ses attributions propres et faire œuvre d'intolérance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 octobre 1904.

Le mécanisme régulateur de la rétention de l'urée et l'indice de rétention uréique dans le mal de Bright.

MM. Widal et **Javal**. — On sait que, chez les brightiques en état d'imperméabilité rénale pour le chlorure de sodium, le sel s'accumule d'une façon continue dans le tissu interstitiel tant que dure le barrage rénal. Le bilan des chlorures témoigne de cette accumulation. Au contraire, après ingestion d'un surcroît d'albuminoïdes, chez ces mêmes malades, on observe souvent au début un déficit dans l'élimination de l'azote, puis, après quelques jours, l'équilibre azoté s'établit spontanément.

L'analyse chimique du sang, répétée fréquemment et d'une façon systématique, chez des brightiques soumis à une alimentation albuminoïde toujours exactement connue, montre que cet équilibre azoté se rétablit grâce à un mécanisme régulateur d'une précision telle que, par une sorte d'adaptation automatique, le sang se met exactement dans l'état de pression uréique qui lui est nécessaire pour triompher de la résistance plus ou moins grande que les reins opposent au passage de l'urée.

Nous avons pratiqué nos dosages d'urée, par le procédé d'Yvon, en prenant toujours soin de précipiter au préalable l'albumine du sérum par l'alcool.

Chez une brightique soumise au régime lacté contenant 105 grammes d'albuminoïdes, nous avons trouvé successivement, à quelques jours d'intervalle, 1 gr. 21 et 1 gr. 18 centigr. d'urée dans le sérum. En faisant absorber à la malade, en plus de son régime alimentaire, une solution contenant 20 grammes d'urée, le sérum se chargeait après dix jours de 1 gr. 93 centigr. d'urée par litre. En cessant l'ingestion de l'urée, le taux de cette substance dans le sérum retombait après sept jours, avec une fixité remarquable, à 1 gr. 19. Cette même femme soumise à un régime principalement végétarien et ne contenant que 28 grammes d'albuminoïdes, n'avait, après neuf jours, que 0 gr. 36 centigrammes d'urée dans son sérum; avec un régime mixte comprenant 64 grammes d'albuminoïdes, ce taux montait à 0 gr. 57. En ajoutant à ce régime la quantité de viande nécessaire pour fournir à la malade 104 grammes environ d'albuminoïdes, le sang se chargeait peu à peu de 1 gr. 01 à 1 gr. 05 centigr. d'urée et conservait ce taux presque invariable pendant le temps que durait le régime.

Nous voyons donc qu'une même quantité d'albuminoïdes, qu'elle provînt du lait ou de la viande, déterminait chez notre brightique un degré de rétention azotée à peu près analogue.

Ce mécanisme régulateur de la rétention uréique dans le sang permet au rein d'améliorer son fonctionnement et, pendant de longues périodes de la maladie, de retrouver exactement la perméabilité qui lui est nécessaire pour assurer le libre passage de l'urée qu'il est chargé d'éliminer.

Le fait que la teneur du sang en urée, pour une même dose d'albuminoïdes ingérés, se fixe à un taux différent suivant le brightique en observation est la notion importante sur laquelle nous désirons insister. C'est elle qui nous permet de dégager un *indice de rétention uréique* dont les deux termes sont fournis par le chiffre de l'urée sanguine d'une part, et, de l'autre, par la quantité d'albumine contenue dans le régime fixe suivi par le malade.

La comparaison de ces deux termes, qui varient d'un cas à l'autre, nous permet d'apprécier d'une façon sensible, chez le brightique, le degré de la rétention azotée.

L'urée dans le liquide céphalo-rachidien des brightiques.

MM. Widal et **Froin**. — On sait que le liquide céphalo-rachidien ne contient, à l'état normal, qu'une très faible quantité d'urée : de 0 gr. 15 à 0 gr. 35 centigr. ‰. Cette teneur en urée du liquide céphalo-rachidien peut augmenter d'une façon très appréciable dans certaines conditions pathologiques.

Chez 3 néphritiques chroniques ayant une albuminurie notable, et qui ont quitté l'hôpital très améliorés, le liquide céphalo-rachidien ne contenait que des traces d'urée; au contraire, chez 3 autres brightiques qui sont morts, cette substance existait en quantités relativement considérable : 4 gr. 48, 3 gr. 73 et 4 gr. 35 centigrammes ‰.

Nous avons constaté, en outre, que l'urée du liquide céphalo-rachidien existait à l'état de traces chez 2 artérioscléreux, et était nettement augmentée chez 3 autres (2 gr. 57, 1 gr. 22 et 2 gr. 94 centigr.).

Cette exagération de la quantité d'urée dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne peut donc atteindre des proportions très considérables, et se superpose à une gravité toute particulière des phénomènes urémiques.

Dans 2 cas, le dosage de l'urée du sérum sanguin a montré que cette substance se trouvait en quantité égale à celle qui était contenue dans le liquide céphalo-rachidien. Malgré cette énorme augmentation de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien, la teneur de ce liquide en chlorures se maintenait, au contraire, à un chiffre voisin de la normale.

Lésions des neurofibrilles des cellules pyramidales dans quelques psychopathies.

M. Marchand. — Dans toutes les démences, les lésions des neurofibrilles des cellules pyramidales sont très accentuées, mais, d'après nos recherches, ces lésions atteignent leur maximum d'intensité dans la démence paralytique et leur maximum de diffusion dans la démence sénile. Dans la démence précoce, les altérations cellulaires sont des plus irrégulières : à côté de cellules dépourvues en grande partie de fibrilles, on en rencontre dont les corps cellulaires et les prolongements en renferment encore un grand nombre. Dans l'idiotie (type microcéphalie), les cellules pyramidales sont peu développées, mais renferment de nombreuses fibrilles. Dans la confusion mentale et le délire aigu, les lésions consistent en une disposition irrégulière des fibrilles primitives. Dans le délire de persécution (type Falret-Pottier), les neurofibrilles ne présentent que des altérations très légères.

Variation de la formule hématologique dans un cas d'anémie infantile pseudo-leucémique compliquée de broncho-pneumonie.

M. Ribadeau-Dumas relate l'observation d'un enfant atteint d'anémie pseudo-leucémique avec broncho-pneumonie intercurrente, qui a déterminé une exagération très marquée de la réaction myéloïde du sang, caractérisée surtout par l'augmentation considérable du nombre des hématies nucléées. Dans les leucémies, au contraire, on sait que les infections intercurrentes déterminent toujours une leucolyse plus ou moins marquée.

Il résulte, d'autre part, des expériences faites par l'orateur avec M. Courcoux, que les poisons les plus variés, tels le plomb, les toxines d'origine gastro-intestinale, les bacillines, etc., peuvent réaliser la variété d'anémie pseudo-leucémique décrite par M. Luzet, pourvu qu'ils soient injectés à dose suffisante et à des intervalles assez espacés.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 17 octobre 1904.

Le diagnostic et le traitement de la tuberculose rénale.

M. L. Casper fait une communication dans laquelle il montre le chemin parcouru depuis une dizaine d'années en matière de traitement de la tuberculose rénale. Ce qui a notablement amélioré les résultats de la néphrectomie dans cette affection, c'est surtout les progrès réalisés au point de vue du diagnostic, notamment grâce au cathétérisme des uretères et aux moyens permettant d'apprécier isolément la valeur fonctionnelle de chaque rein. Pour démontrer le fait, l'orateur met en parallèle une première statistique, comprenant 129 cas d'auteurs (König, Israel, Krönlein, Czerny et Suter) qui n'avaient pas recours à nos procédés actuels de diagnostic, et une seconde statistique portant également sur 129 cas émanant de chirurgiens (Barth, Kümmell, Casper, Rotter, Albarran) qui utilisent au contraire toutes les ressources dont on dispose maintenant : or, pour le premier groupe de faits, on note 28 décès, soit une mortalité de 21.7 %; pour le second, 13 décès, soit une mortalité de 10 %; en outre, des 28 décès de la première série, 5 (18 %) sont attribuables à l'insuffisance de la dépuration urinaire après l'opération, tandis que, dans la seconde, la proportion des morts imputables à cette cause n'est plus que de 1 sur 13 (7.7 %).

En présence de ces résultats, il est incontestable que la néphrectomie constitue le traitement de choix de la tuberculose rénale. Toutefois, il existe des cas où la généralisation de l'infection tuberculeuse est une contre-indication formelle; il en est d'autres où ce sont les malades qui refusent toute intervention. En pareille occurrence, il ne reste qu'à s'adresser au traitement diététo-hygiénique qui, d'ailleurs, se montre le plus souvent impuissant à empêcher l'extension des lésions; cependant, quand celles-ci sont encore tout au début, on parvient quelquefois à enrayer leur évolution, comme M. Casper a eu l'occasion de l'observer 3 fois sur un total de 60 cas.

D[r] Villaret.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La santonine comme antispasmodique.

Bien que les propriétés anthelminthiques de la santonine soient à peu près seules utilisées en thérapeutique, on tend cependant à reconnaître à ce médicament une certaine efficacité dans quelques affections nerveuses. C'est ainsi qu'il y a quatre ans, M. F. G. Lydston (de Chicago) vantait les bons effets de la santonine contre l'épilepsie, et que, plus récemment, M. C. Negro (de Turin), puis MM. Combemale et de Chabert (de Lille), ont déclaré s'être bien trouvés de son emploi contre les douleurs fulgurantes des tabétiques (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 94, 1901, p. 72 et 1902, p. 224).

De son côté, M. le docteur Molle (d'Aubenas) a eu l'occasion de constater que la santonine, dont la médecine populaire fait un usage très général et quelque peu inconsidéré, agit chez certains sujets à la façon d'un antispasmodique d'une efficacité non douteuse, et cela en dehors de toute action anthelminthique.

Notre confrère cite en particulier le cas d'un enfant qui, au cours d'accidents fébriles d'origine gastro-intestinale, se trouvait dans un état d'agitation extrême, faisant constamment des efforts pour s'échapper de son lit; or, sous l'influence de 0 gr. 05 centigr. de santonine — administrés par les parents à l'insu de M. Molle —, il se produisit une sédation immédiate des phénomènes nerveux. Par la suite, ce petit malade fut repris d'accidents analogues à plusieurs mois d'intervalle, et chaque fois la santonine fit tout rentrer dans l'ordre, sans que l'examen le plus attentif révélât jamais la présence de vers intestinaux dans les garde-robes.

Dans 2 autres cas, relatifs l'un à des convulsions réflexes dues à des corps étrangers intestinaux (noyaux de cerise), l'autre à des troubles gastriques d'origine émotionnelle, la santonine détermina également la cessation rapide de tous les accidents nerveux.

Traitement des épithéliomas cutanés par les étincelles de haute fréquence.

D'après l'expérience de M. le docteur H. Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, les étincelles de haute fréquence constitueraient, contre les épithéliomas cutanés, un traitement présentant le triple avantage d'être d'une efficacité remarquable, de n'exiger que des séances ne dépassant pas une minute, enfin de ne produire qu'une douleur insignifiante. Voici la technique adoptée par notre confrère :

L'excitateur doit avoir un diamètre assez faible, afin qu'il soit possible de localiser les étincelles qui jaillissent de son extrémité; le mieux est de se servir d'un simple fil de cuivre monté sur un manche en ébonite et entouré d'une couche uniforme de cire à cacheter. Cet excitateur étant relié à un solénoïde de haute tension, on en approche l'extrémité de la tumeur jusqu'à une distance de 1 ou 2 centimètres, en tenant par la main la chaîne qui va du solénoïde à l'excitateur. Aussitôt qu'on abandonne la chaîne, les étincelles jaillissent sur l'épithélioma. La durée de la séance, variable d'ailleurs suivant la puissance de l'appareil employé, est en moyenne de quarante à soixante secondes : on cesse quand la tumeur commence à blanchir. Pour terminer, on tamponne la région avec un peu d'ouate imbibée d'une solution antiseptique. Les étincelles agissant à la fois sur la surface et sur l'épaisseur de la tumeur, celle-ci se mortifie en très peu de temps, et l'eschare qui en résulte tombe au bout de quelques jours, laissant à nu une peau parfaitement normale sans aucune cicatrice apparente.

Dans les 3 cas (un épithélioma papillaire de la jambe et 2 épithéliomas perlés du nez) où M. Bordier a eu recours à ce procédé, la guérison a été obtenue en une ou deux séances.

Ajoutons que, depuis trois ans, notre confrère traite également les verrues et les papillomes cutanés par les étincelles de haute fréquence, qui lui ont paru donner, en l'espèce, des résultats supérieurs à ceux de l'électrolyse.

Procédé de réduction des luxations congénitales de la hanche.

Pour obtenir la réduction des luxations congénitales de la hanche d'après les procédés classiques, on est fréquemment obligé d'employer une force assez considérable. Or, d'après l'expérience de M. le docteur A. Schanz (de Dresde), la réduction s'effectuerait beaucoup plus facilement, à condition de mettre la cuisse dans une position de flexion et d'adduction telle que l'axe du fémur passe par l'ombilic. Le membre étant ainsi disposé, il suffirait à l'opérateur, placé du côté opposé à la luxation, de saisir le genou fléchi et d'exercer une traction suivant l'axe de l'os de la cuisse pour faire pénétrer la tête fémorale dans la cavité articulaire, sans même qu'une anesthésie bien profonde fût indispensable.

Il est à noter que, dans ces conditions, on ne perçoit pas le bruit caractéristique qui se fait généralement entendre au moment où la réduction s'opère. On reconnaît simplement que celle-ci s'est effectuée à une sensation de ressaut qui se produit quand la tête fémorale franchit le sourcil cotyloïdien.

Dans certains cas, notamment lorsqu'il ne s'agit pas de tout jeunes enfants, le succès n'est pas immédiat; on facilite alors la réduction en faisant exercer une pression sur le grand trochanter, de façon à refouler le fémur suivant son grand axe.

Une fois la réduction obtenue, on applique un appareil plâtré après avoir donné au membre la position habituelle; le changement d'attitude de l'extrémité étant assez douloureux, il est bon de pousser quelque peu l'anesthésie au moment où l'on procède à cette rectification. L'appareil plâtré peut être enlevé après un laps de temps variant de trois à six semaines.

Depuis que notre confrère a recours au procédé susmentionné, il n'en a obtenu que de bons résultats; chez un garçon de onze ans notamment, alors que la méthode classique avait échoué cinq ans auparavant, la manœuvre dont il s'agit permit la réduction dès la première séance.

L'ichtyol contre les vomissements incoercibles de la grossesse.

Il y a une dizaine d'années, M. La Torre (de Rome) a signalé les bons effets qu'il obtenait, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, par l'emploi du glycérolé d'ichtyol porté sur le col au moyen de tampons vaginaux (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 343). Ce même moyen thérapeutique a récemment donné à un autre confrère italien, M. le docteur A. Pettazzi (de Turin), un excellent résultat dans un cas de grossesse au début où une métrite cervicale ulcéreuse avec rigidité du col paraissait constituer la cause essentielle des vomissements : des tampons imbibés d'un glycérolé d'ichtyol à 10 ou 20 % ayant été placés dans le vagin au contact du col, les vomissements s'arrêtèrent d'une façon pour ainsi dire immédiate et ne reparurent plus pendant le reste de la grossesse.

QUATORZIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Rome du 24 au 27 octobre 1904.

Les fièvres d'origine inconnue (fièvres cryptogénétiques).

M. Bozzolo (de Turin), *rapporteur*. — Sous le nom de fièvres d'origine inconnue, j'entends les états fébriles de longue durée dont, malgré l'examen clinique le plus attentif, et quelquefois même à l'autopsie, on ne réussit pas à découvrir les causes, et aussi les fièvres dont l'origine nous reste inconnue pendant longtemps, leur nature et les symptômes de localisation dans les différents organes se révélant seulement à une période tardive de la maladie.

J'ai essayé de les classer; et je distingue les types suivants :

1° Les affections demeurant méconnues jusqu'à l'autopsie (quelques formes d'endocardite ulcéreuse).

2° Les affections dont les localisations apparaissent tardivement sous forme de tuméfactions ganglionnaires. Dans cette catégorie, je faisais autrefois entrer les fièvres leucémiques et pseudo-leucémiques. Mais il s'agit ici d'un groupe nombreux, où la nature des localisations peut être très diverse (fièvres d'origine prostatique, uréthrale — sans modifications bien évidentes des urines —, fièvres déterminées par de petites collections purulentes autour de l'anus, etc.).

3° Les fièvres ganglionnaires avec tuméfaction d'un ou de plusieurs ganglions du cou, qui prennent fréquemment les caractères du *typhus tuberculeux*. M. Mya (de Florence) a déjà signalé chez les enfants un état fébrile lié à l'hypertrophie tonsillaire, qui dure jusqu'à l'ablation des amygdales.

4° Les fièvres *précancéreuses*, dans les cas de tumeur non accessible à notre examen (cancer du foie, des organes génitaux de la femme, sarcomes de l'abdomen). Ces fièvres, à type intermittent, procédant par accès, peuvent simuler le paludisme, mais elles ne cèdent pas à la quinine. D'après la plupart des auteurs, c'est surtout dans les cancers de l'estomac qu'on les observe; je les crois cependant plus fréquentes dans les cancers du foie, ainsi que dans les tumeurs ovariennes, utérines, médiastinales.

Dans un fait de ce genre, que j'ai observé cette année même, il s'agissait d'une tumeur du rein (carcinome ou sarcome). Les hématuries n'apparurent que trois mois environ après le début de la fièvre. Dans ce cas, mon assistant M. Fornaca put isoler du sang et de l'urine, ainsi que de la tumeur, extirpée par M. Carle, un microorganisme ayant les caractères du staphylocoque blanc, qui détermina la mort du cobaye en deux mois dans le marasme et dont les toxines possédaient un haut pouvoir hémolytique.

5° Au cinquième groupe appartiennent les fièvres d'origine syphilitique, qui ne doivent pas être confondues avec les fièvres de la période éruptive secondaire, ni avec les fièvres nettement rémittentes du grand marasme syphilitique.

Ces fièvres, à type intermittent, quotidien, irrégulier, s'observent chez les anciens syphilitiques. Les élévations thermiques ne sont pas considérables; résistant à la quinine, elles cèdent à l'iodure de potassium et au mercure, ce qui en permet le diagnostic.

Quelquefois ces fièvres accompagnent la néoformation de gommes, de tumeurs pseudosarcomateuses, ou bien elles la précèdent, sans qu'il soit possible alors de trouver la raison anatomique du mouvement fébrile. Elles peuvent durer longtemps, et sont liées aux localisations profondes, inaccessibles à notre examen.

6° Dans le sixième groupe je range les fièvres nerveuses et hystériques, de durée et d'intensité très diverses, dont l'influence sur la nutrition est excessivement variable et illogique, et qui sont sous la dépendance de modifications du système nerveux, généralement bien apparentes. Elles sont fréquentes chez les femmes et rares chez les hommes.

7° Un autre groupe est constitué par les fièvres latentes proprement dites. C'est un groupe très nombreux et qui s'enrichit tous les jours : il renferme les bactériémies et les septicémies sans localisation ou avec localisation tardive, où la fièvre est provoquée tant par la présence des bactéries que par leurs sécrétions toxiques.

L'exemple le plus classique de ces fièvres nous est fourni par le diplocoque de Talamon-Fränkel qui, bien que déterminant de préférence chez l'homme des affections localisées (pneumonie, méningite, endocardite, arthrite, etc., etc.), donne assez souvent naissance à des formes mixtes, à la fois septicémiques et localisées, ou même exclusivement généralisées.

De même pour le bacille d'Eberth, à propos duquel j'ai signalé jadis 3 cas de septicémie généralisée (Voir *Semaine Médicale*, 1890, p. 323), qui, vu la grande rareté des faits de ce genre à cette époque, furent généralement mis en doute.

Si aujourd'hui nous sommes à même d'étudier la clinique des septicémies généralisées, nous le devons aux progrès techniques des recherches directes sur le sang, et pour une part aussi à la méthode de l'agglutination qui facilite l'identification des agents infectieux. Mais le développement des bactéries dans le sang est très lent et le diagnostic ne peut être que tardif, ce qui explique le résultat négatif de nombreuses recherches.

Toutefois M. Lenhartz a pu décrire et caractériser les septicémies à streptocoque, à staphylocoque, à pneumocoque de Talamon-Fränkel, à pneumocoque de Friedländer, à colibacille, à gonocoque, à diplocoque de Weichselbaum, à bacille d'Eberth, à pyocyanique, à tétragène, à *Proteus vulgaris* et à bacille gazogène.

Comme la fièvre est sans discussion la manifestation clinique la plus commune de ces infections, on serait tenté de chercher des types thermiques spéciaux pour les différencier. Mais avant tout il faut se rappeler que quelques-unes d'entre elles peuvent modifier par leur décours le type des manifestations pyrétiques. Il en est ainsi pour les formes anémiantes de certaines septicémies colibacillaires et pour les cachexies déterminées par les formes chroniques de streptococcie et de staphylococcie.

Les types thermiques ne peuvent donc pas être établis avec une grande précision. En règle générale, cependant, nous savons que la streptococcémie produit une fièvre par accès, la pneumococcémie, les septicémies éberthienne et tuberculeuse une fièvre à type continu, rémittent. Toutefois l'exemple de l'érysipèle nous prouve que le type de la fièvre n'est pas lié exclusivement à la nature des bactéries, mais peut-être à leur localisation, car la fièvre, bien que due au streptocoque, présente habituellement dans cette affection le type continu rémittent.

Suivant M. Lenhartz, le streptocoque donnerait habituellement une fièvre irrégulière, intermittente; les exceptions sont d'ailleurs fréquentes : la fièvre peut être continue pendant toute la durée de l'affection, ce qui indiquerait une gravité toute spéciale du processus infectieux. Le staphylocoque déterminerait une fièvre légèrement rémittente ou continue, parfois franchement rémittente, et il en serait de même pour le pneumocoque. Avec le colibacille et le gonocoque, on observerait des températures intermittentes avec tendance aux élévations brusques. Les infections mixtes à colibacille et streptocoque ou autres saprophytes produiraient aussi des formes graves de fièvre rémittente.

Bien que désirable au point de vue clinique, on voit qu'une tentative de classification serait encore prématurée; les exceptions sont si nombreuses que la valeur séméiologique du type fébrile en est fort diminuée.

Au groupe que nous venons d'étudier se rattachent les fièvres qui précèdent ou suivent la localisation d'un processus infectieux déjà connu, et qui sont déterminées par des infections mixtes polymicrobiennes, contemporaines ou successives. M. Fornaca a étudié quelques cas de septicémie mixte surajoutée à l'infection typhoïdique et simulant une rechute de la fièvre typhoïde (staphylocoques, streptocoques, diplocoques circulant dans le sang avec le bacille d'Eberth). Plusieurs auteurs avaient du reste déjà signalé ces faits, que les anciens attribuaient volontiers au paludisme, mais que nous pouvons actuellement en différencier facilement par la recherche du parasite.

Plus intéressant est le cas d'une femme syphilitique qui, au milieu de la convalescence d'une dothiénentérie, fut reprise par une fièvre à type rémittent. La rate était augmentée de volume, l'examen du sang demeura négatif : quelques grammes d'iodure de potassium suffirent pour ramener l'apyrexie en trois jours.

Dans un autre fait, la diplococcémie fut mise en évidence six jours avant l'apparition d'une pneumonie, et après la crise la fièvre réapparut. Une telle évolution doit être relativement fréquente dans d'autres infections, car nous voyons assez souvent la fièvre se prolonger après la résolution des foyers localisés.

On comprend que le pronostic soit bien différent selon la nature et la localisation des bactéries. Les fièvres à forme continue et rémittente sont en général moins graves que les fièvres à accès; plusieurs cas de la première forme, observés par M. Fornaca, évoluèrent avec bénignité malgré leur longue durée, et guérirent sans laisser de traces; il est rare, en effet, que le foie et la rate demeurent augmentés.

Pour ce qui a trait à la porte d'entrée des bactéries dans l'organisme, nous croyons que ce sont les muqueuses respiratoire et intestinale, urinaire et génitale qui jouent le plus grand rôle.

Quant au traitement, la quinine est généralement impuissante, sauf dans quelques cas où j'ai obtenu des effets transitoires par l'injection hypodermique de ce médicament. J'en dirai autant des injections de sublimé dans les veines, quoique dans une infection à tétragène j'en aie retiré d'assez bons effets. Le bleu de méthylène, la berbérine administrée par la voie hypodermique m'ont aussi donné quelques résultats malheureusement trop passagers.

Je crois que la méthode de l'avenir, au point de vue de la thérapeutique de ces septicémies, consistera dans la vaccination au moyen de cultures atténuées, et dans l'emploi par la voie veineuse de sérums spécifiques; mais pour le moment je n'ai aucune expérience à ce sujet.

8° Je ne dirai qu'un mot du *typhus tuberculeux*, que M. Landouzy considère sous deux formes, suivant ses caractères plus ou moins aigus. Dans cette affection la fièvre peut durer longtemps sans qu'il soit possible d'observer une localisation, et la guérison s'ensuivre, laissant au médecin la conviction qu'il a eu affaire à une fièvre typhoïde.

Récemment M. Jousset a affirmé que la septicémie tuberculeuse est parfois absolument primitive, toute lésion étant localisée au système vasculaire (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 289-293). Dans ces cas la fièvre n'aurait rien de caractéristique (type continu, élevé, irrégulier). Le foie et la rate sont augmentés de volume, mais le principal signe serait la présence d'albumine dans les urines. Je puis confirmer la valeur de ce dernier symptôme, qui est précoce, prémonitoire même.

9° A propos de la fièvre de Malte, qui me paraît appartenir au sujet que j'ai à traiter, MM. Hugues et Traversa ont cherché à établir les types de la fièvre. Suivant M. Traversa, les plus fréquents seraient le type continu rémittent avec période d'intermittence finale; le type continu rémittent avec périodes d'intermittence initiale et finale; le type continu rémittent ondulant, divisible en forme continue rémittente périodiquement ondulante et forme continue rémittente périodiquement intermittente; le type à plusieurs poussées dans les vingt-quatre heures (ordinairement à huit heures et à onze heures du matin, à trois heures et à sept heures du soir) suivies de rémission toujours incomplètes.

On voit que, à part la forme ondulante (fluctuante de Hugues), rien n'est assez caractéristique dans la fièvre de Malte pour servir au diagnostic de cette infection, dont les symptômes généraux (sueurs, douleurs lombaires et articulaires) appartiennent aussi à d'autres maladies. Le seul signe sûr est la présence du *Micrococcus melitensis* de Bruce dans le sang de la rate et de la circulation générale, ainsi que dans l'urine.

Dans cette maladie excessivement polymorphe, qui peut durer de quelques mois à plusieurs années avec des types de fièvre très différents, de façon à simuler une foule d'affec-

tions diverses, le sérodiagnostic devrait avoir une grande valeur; malheureusement, quelques échantillons de *Micrococcus melitensis* se laissent agglutiner très facilement par le sang normal. Néanmoins cette méthode peut rendre des services. Dans un cas que j'ai observé avec mon assistant M. Belfanti — qui a pu isoler le microcoque du sang du malade et le cultiver —, l'agglutination, dix jours avant la mort, se produisait à 1 : 2000 (1).

M. Queirolo (de Pise). — J'ai soumis un grand nombre de malades de ma clinique à la recherche systématique du bacille d'Eberth et du colibacille, et j'ai pu me convaincre que la température, pas plus par ses oscillations que par l'époque des périodes fébriles, n'offre de critérium permettant de distinguer l'infection par l'un ou l'autre de ces microorganismes. Le type fébrile peut créer des présomptions, mais il ne donne pas de certitude; aussi est-il presque complètement sans valeur pour le diagnostic.

Dans 2 cas de fièvre de Malte, observés en 1895, j'ai pu faire le diagnostic en me basant sur la provenance des patients (Saati, dans la colonie Erythrée) et sur la durée de la maladie. Cette année j'ai observé un autre cas de la même affection où les sueurs profuses et les douleurs articulaires m'ont fait porter le diagnostic; de fait, la ponction de la rate et la saignée ont démontré l'absence du bacille d'Eberth et la présence du *Micrococcus melitensis*.

A propos des autres types de fièvre d'origine latente, je citerai 6 cas de récidive typhique dus à la très longue persistance du bacille d'Eberth dans l'organisme, et 2 cas de fièvre simulant un abcès hépatique, où la ponction du foie fut négative; les malades guérirent sans aucun traitement.

M. Maragliano (de Gênes). — Il ne faut pas toujours incriminer la bactériémie, dans la pathogénie des fièvres d'origine inconnue, car nous savons actuellement que la seule toxinémie peut suffire à déterminer les troubles signalés. Dans la fièvre tuberculeuse, en particulier, on ne doit pas se hâter de conclure à la présence du bacille dans le sang, lorsque aucune localisation n'est accessible à nos investigations, car un seul foyer latent peut suffire à déverser dans la circulation des matériaux pyrétogènes.

Quant au type de la fièvre dans les infections, j'ai essayé d'établir des règles fixes; j'y ai réussi seulement pour la pneumonie, suivant qu'elle est de nature streptococcique ou diplococcique.

Du reste, la valeur de ces faits est toujours plus relative qu'absolue. Il ne faut pas oublier la complexité du mécanisme de la fièvre, la diversité des modes de réaction du système nerveux, les variations du nombre et de la virulence des bactéries, l'influence des localisations et, spécialement pour la dothiénentérie, le nombre et l'âge différent des foyers intestinaux.

Pour le traitement des septicémies généralisées, dans ces cas de fièvre de cause inconnue qui sont provoqués presque toujours par les pyogènes vulgaires, il convient de recourir aux injections intraveineuses de sublimé.

M. Bozzolo. — M. Queirolo paraît attacher aux sueurs une grande valeur, au point de vue du diagnostic différentiel entre la fièvre de Malte et la dothiénentérie; qu'il me permette toutefois de rappeler que M. Jaccoud a décrit une forme sudorale de cette dernière affection, forme qui, tout comme la fièvre de Malte, est bien peu influencée par la quinine.

Quant à M. Maragliano, qui insiste sur le rôle des toxines dans la pathogénie des fièvres cryptogénétiques, je lui répondrai que ces fièvres, sans doute, sont en grande partie d'origine toxique, mais que dans le sang il peut exister autre chose que de simples toxines. J'ajouterai que, dans les cas où il n'y a pas bactériémie, l'affection m'a paru en général bénigne : les malades, avec des températures de 39° à 39°5, se portent bien et demandent à manger, et l'albuminurie est modérée.

M. Pane (de Naples). — On pourrait expliquer la production de la fièvre par l'entrée des germes pathogènes dans le sang et leur décomposition, qui met en liberté une *plasmine toxique* agissant sur les centres nerveux.

M. Bernabei (de Sienne). — Dans mes recherches sur les auto-intoxications intestinales, j'ai pu observer que les bactéries, suivant leur fonction alcalinogène ou acidogène, déterminent des phénomènes subaigus presque nuls ou au contraire des phénomènes aigus. Ces caractères pourront peut-être servir à une première différenciation des fièvres d'origine inconnue.

M. E. De Renzi (de Naples). — Il m'a paru exister un certain antagonisme entre la fièvre de Malte et la fièvre typhoïde.

Quant au traitement de la première de ces affections, je crois que deux moyens sont capables d'en abréger la durée : ce sont le *changement d'air* et l'*ichtyol*. Avec quatre à six et jusqu'à huit capsules d'ichtyol par jour, on voit la fièvre diminuer et même céder complètement, au point que je me sers de ce médicament comme moyen de diagnostic.

M. Arcangeli (de Rome). — A Rome, la fièvre de Malte n'est pas rare, surtout en juin et juillet; elle affecte un type intermittent au début, puis continu, puis de nouveau intermittent. Sa durée n'est pas inférieure à soixante-dix jours.

Comme caractéristique de cet état morbide, j'ai noté un état anémique précoce, qu'on ne voit pas dans la fièvre typhoïde; la rate est constamment augmentée, il y a des douleurs articulaires, mais pas de diarrhée ni de troubles intestinaux, pas de réaction de Widal. La leucocytose fait entièrement défaut, ce qui sépare nettement la fièvre de Malte des processus pyogéniques.

Je n'ai aucune expérience de l'ichtyol préconisé par M. De Renzi contre cette affection, à laquelle j'ai toujours appliqué le traitement de la fièvre typhoïde (bains froids et quinine). De même, je n'ai jamais rien observé qui me permît d'admettre son antagonisme avec la dothiénentérie, signalé par notre collègue; au contraire, je puis vous citer le cas d'une jeune fille qui avait été atteinte de fièvre typhoïde et qui eut à supporter l'année suivante une attaque classique de fièvre de Malte, ayant duré plus de trois mois.

Quant aux faits de tuberculose latente, et dépistés ensuite, dont M. Maragliano vient de parler, j'ai constaté que l'alimentation exerce une grande influence sur l'apparition de la fièvre et sur son type, au point de faire croire à des accidents d'intoxication intestinale.

M. Sacconaghi (de Rome). — M. Bozzolo dans son rapport n'a pas mentionné la pellagre. Il est vrai que la pellagre n'est pas une maladie fébrile; cependant, dans le type pellagreux nettement constitué, on peut observer des fièvres graves, même en faisant abstraction des différents états infectieux communs dans cette maladie. J'ai eu l'occasion d'observer encore dernièrement un pellagreux qui était fébricitant de longue date; toutes les recherches bactériologiques sont restées négatives.

M. Baccarani (de Modène). — J'ai observé, dans le service de M. Galvagni, une jeune fille géophage, qui présentait une fièvre continue rémittente et une légère augmentation de volume de la rate; le sérodiagnostic était négatif. A l'examen bactériologique du sang, j'ai pu isoler le tétragène en culture pure; ce microbe existait aussi dans la pulpe splénique. Le sérum de la malade agglutinait les cultures de tétragène à 1 : 50. La fièvre disparut après vingt jours sans aucun traitement.

M. Rodini (de Campobasso). — Je puis vous citer le cas d'une jeune fille qui offrait un état fébrile irrégulier avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde, moins l'éruption de taches rosées. Bientôt un des genoux se tuméfia, et je pus aspirer quelques centimètres cubes de sérosité. Ce liquide injecté au lapin détermina la mort par septicémie généralisée. Je crois qu'il s'agissait d'une infection pneumococcique.

M. Lucibelli (de Naples). — J'ai eu l'occasion d'observer une femme de trente-neuf ans, ayant des antécédents héréditaires tuberculeux, qui souffrait de constipation et de faiblesse, avec gonflement du genou gauche et fièvre. Cet état, la fièvre comprise, durait sans interruption depuis *onze années*. On avait porté les diagnostics les plus variés : fièvre hystérique, fièvre de Malte, chlorose fébrile, mais tous les traitements étaient demeurés inefficaces. La fièvre débutait sans frissons, et on observait du matin au soir des températures de 36°3, 37°1, 38°2, 37°6. L'examen du sang donna les résultats suivants : poikilocytose et microcytémie; proportion des leucocytes par rapport aux globules rouges, 1 : 60; lymphocytes 15 %, mononucléaires 5 %, polynucléaires 80 %, pas de *Mastzellen*, pas de parasites. La cause de ces troubles n'a pu être élucidée.

La physico-chimie dans ses rapports avec la médecine clinique.

M. Ceconi (de Turin), *rapporteur*. — Les simples transformations de l'énergie ne sont pas suffisantes pour expliquer les phénomènes biologiques. A la vérité, après que la *théorie des solutions* eut été émise, le grand problème de la vie parut bien près d'être résolu (lois de la pression osmotique et phénomènes de diffusion). On affirmait que la vie est une fonction de la pression osmotique, que les cellules du sang ne supportent pas les fortes variations de la pression osmotique de leur milieu, et on pouvait penser qu'il en était de même pour les cellules fixes des tissus.

Mais les recherches sur la pression osmotique, qui varie d'un organe à l'autre et généralement est supérieure à celle du sang, s'opposent à cette interprétation des phénomènes vitaux. Nous savons peu de chose sur la fonction des sels dans l'organisme; mais on ne saurait admettre que leur rôle soit limité seulement à des énergies physiques spéciales (pression osmotique, transport du courant électrique), vu que l'organisme a besoin non pas d'une certaine quantité de sels, mais bien de certains sels en certaine quantité. Par suite, si, dans le sang comme dans les cellules, la pression osmotique totale a une importance, les pressions osmotiques partielles de chaque sel jouent aussi leur rôle. On est ainsi amené à penser que ce sont non pas les sels en soi, mais bien leurs ions, qui sont indispensables à l'organisme.

Les différentes propriétés physiques des ions (influence exercée par le degré de dissociation des solutions et par la propriété électrique des ions) ont une valeur décisive en biologie.

Le degré de dissociation, indépendamment des quantités dissoutes, rend applicable à certains phénomènes physiologiques la loi de Gudberg et Waage (*loi des masses actives*), qui explique les phénomènes de l'affinité chimique et nous éclaire sur l'influence diverse que les solutions équimoléculaires de différents acides et bases ont sur les microbes, ainsi que sur l'efficacité si variable des sels de mercure, celle-ci n'étant pas en rapport immédiat avec la quantité de métal dissous, mais bien avec la plus ou moins grande dissociabilité de chaque sel et avec le degré de dissociation des différentes solutions.

Une série d'autres phénomènes sont liés à d'autres propriétés des ions (vitesse de migration, qualité et quantité de la charge dont ils sont fournis) : les conditions de précipitation des colloïdes ont été rapportées à ces propriétés et fixées par des lois (agglutination, précipitines spécifiques).

Les propriétés électriques des ions sont pleines d'intérêt (*cations* électro-positifs, *anions* électro-négatifs). Chaque ion, dans ses rapports avec la pression osmotique, a la valeur d'une molécule, mais au point de vue de la charge électrique il peut être mono, bi ou polyvalent, et les propriétés de certaines solutions appartiennent non seulement aux ions comme tels, mais aussi aux ions ayant une charge et une capacité électriques particulières.

Malgré l'intérêt et l'importance des faits précités, l'opinion d'après laquelle les énergies physiques seraient capables de gouverner les phénomènes biologiques n'est pas soutenable.

Une autre preuve négative est fournie par l'observation des phénomènes d'absorption et de sécrétion; il est, par exemple, tout à fait inexact d'admettre dans l'absorption intestinale un véritable mouvement osmotique; cette absorption doit être sous la dépendance d'énergies vitalistes, ou du moins celles-ci lui confèrent des caractères qui ne s'accordent pas avec les lois physiques.

De même, l'absorption dans les séreuses et la résorption des épanchements siégeant dans les cavités ou sous la peau ne sont pas suffisamment expliquées par les théories physiques,

(1) Signalons qu'à la séance du 22 octobre 1904 de la Société de biologie de Paris, M. Ch. Nicolle a envoyé une note dans laquelle il déclare que, sur 6 cas de fièvre de Malte observés à Tunis, 3 fois le pouvoir agglutinant du sang s'est montré nul à 1/1; 2 fois il était légèrement actif à cette dilution; dans le dernier fait enfin l'agglutination fut obtenue à 1/2. — N. D. L. R.

pas plus que le mécanisme pathogénique des œdèmes et des épanchements.

Les résultats de l'étude cryoscopique des exsudats et transsudats, l'emploi de la même méthode pour juger de l'opportunité des interventions chirurgicales, sont reconnus aujourd'hui complètement inexacts. Les rapports de la concentration moléculaire des épanchements avec le sang ne sont pas toujours concordants; la pression osmotique des exsudats aux différents stades de la maladie n'a rien de caractéristique, et par ce fait la cryoscopie ne saurait nous indiquer si un exsudat est récent ou ancien, s'il tend à disparaître ou à s'accroître, si l'opération est ou non indiquée.

Les exsudats et les transsudats étant toujours à peu près en état d'équilibre osmotique avec le sang, la cryoscopie paraît toutefois susceptible de rendre des services dans les néphrites, où la concentration moléculaire du sang et des différentes collections séreuses tend à augmenter.

En ce qui concerne l'estomac, d'après la théorie physico-chimique, l'acide chlorhydrique ne se formerait pas dans le sang ni dans les cellules de la paroi, mais dans la cavité gastrique, près de la muqueuse. Toutefois, cette hypothèse ne résiste pas à la critique chimique et physiologique : l'ancienne théorie de la sécrétion chlorhydrique et des ferments spécifiques est encore à préférer.

Quant au rein, les théories physico-chimiques ne lui sont pas non plus applicables. Le travail rénal n'est pas osmotique, ou ce n'est pas exclusivement un travail osmotique. Il se décompose en deux moments : sécrétion de l'eau et sécrétion des molécules solides, indépendantes l'une de l'autre et relevant probablement de mécanismes divers. Or, tandis que dans le sang la concentration moléculaire est constante, elle varie dans l'urine, par le fait que l'eau et les solides sont éliminés d'une façon différente. Néanmoins, la pression osmotique de l'urine est toujours supérieure à celle du sang, ce qui prouve la fonction dépuratrice du rein. Mais sous l'influence de grandes quantités d'eau la pression osmotique de l'urine peut descendre plus bas que celle du sang. Si donc on considérait comme osmotique le travail rénal, dans ce cas il serait négatif.

Quand le point cryoscopique du sang est normal, c'est le signe d'une capacité fonctionnelle suffisante du rein, mais seulement à condition que la composition du sang soit elle-même normale; si elle est au contraire altérée, on est en droit de conclure à l'insuffisance rénale alors même que le point cryoscopique serait normal, car les corps retenus dans le sang déterminent l'hydrémie, c'est-à-dire l'œdème du sang.

Aucune signification pathogénique ne peut être basée sur la pression osmotique du sang dans les néphrites. L'augmentation de la pression osmotique accompagne l'urémie, mais ne la détermine pas : elle nous indique que dans l'organisme il y a accumulation de matériaux toxiques et que la tolérance a atteint ses dernières limites.

L'abaissement du point cryoscopique permet de conclure à l'insuffisance fonctionnelle de l'organe seulement dans les cas où il s'accompagne d'oligohydrurie. Dans les périodes de compensation, le point de congélation est normal quand l'urine est en quantité normale, abaissé lorsqu'il y a polyurie. Pour éviter toute erreur, il faut tenir compte de tous les autres facteurs de l'affection, du régime alimentaire et de la quantité d'eau absorbée.

Pour ce qui est du diagnostic des lésions unilatérales du rein, la valeur qu'il convient d'accorder aux recherches cryoscopiques est presque nulle.

En résumé, bien loin que la théorie vitaliste soit détruite par les nouvelles découvertes, l'insuffisance des doctrines physico-chimiques la met toujours plus en honneur.

M. Viola (de Padoue). — Il est vraiment surprenant qu'on ait pu pendant un certain temps considérer les séreuses et certains organes (reins) comme de simples membranes sèches, dialysantes, alors que leurs fonctions sont si complexes.

Par l'étude des cellules isolées, j'ai voulu établir quelles sont les modifications cellulaires fondamentales qui peuvent expliquer les variations de l'état de nutrition des tissus aux différents âges. J'ai vu que, chez les enfants cachectiques, les globules rouges sont moins résistants qu'à l'état normal : cette résistance amoindrie est d'ailleurs encore égale à celle qu'on trouve chez l'adulte. Dans la vieillesse, la résistance des hématies, moindre que chez l'adulte, est proportionnelle non pas à l'âge mais bien au degré de la sénilité, ce qui démontre que la résistance des globules rouges marche parallèlement avec la résistance générale de l'organisme. Les hématies jeunes possèdent plus de protoplasme et moins de liquide d'imbibition que les globules âgés. Il s'agit donc d'une véritable dénutrition cellulaire avec augmentation de la teneur en eau.

M. Mariani (de Gênes). — Je voudrais demander à M. Ceconi quelle est l'importance du point cryoscopique du liquide céphalo-rachidien en ce qui concerne l'inflammation des méninges. J'ai noté, dans un cas d'hydrocéphalie chronique, que ce liquide avait un point de congélation très bas (—0°48 ou —0°49), et j'en ai conclu à une méningite tuberculeuse.

M. Mircoli (de Gênes). — La polyurie précédant l'urémie s'observe aussi dans les empoisonnements par le sublimé; généralement, elle est le signe d'une issue fatale prochaine. A Gênes, où les empoisonnements par le sublimé sont excessivement fréquents, j'ai constaté assez souvent ce fait, et j'ai pu le reproduire expérimentalement sur le lapin en injectant sous la peau de petites quantités de sublimé. Les faibles doses se comportent du reste comme les plus fortes, car il semble qu'il y ait accumulation. A l'autopsie, le rein est blanc, fortement dégénéré.

M. D. Pace (de Naples). — Dans un certain nombre d'affections, la pression osmotique du sang est supérieure à la normale, dans d'autres elle est inférieure. Mais il ne faut pas croire que ces rapports soient bien étroits. Ainsi, j'ai observé 2 cas de néphrite où l'œdème coexistait avec un abaissement du point cryoscopique, qui persista bien que le régime lacté et des sudations abondantes eussent amené une notable diminution des œdèmes. Mais quelques jours avant l'explosion de symptômes urémiques très graves, le point de congélation du sang remonta.

M. Ceconi. — Je puis répondre à M. Mariani que, dans les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien, il y a de nombreuses contradictions. Les valeurs basses se rencontrent quelquefois à côté de valeurs très élevées chez des individus parfaitement sains. L'interprétation de l'abaissement du point cryoscopique est donc difficile et douteuse, et l'on ne peut pas toujours affirmer que cet abaissement soit de nature pathologique.

Action néphrotoxique et hémolytique du rein.

M. E. De Renzi. — Avec M. Boeri nous avons lié à 15 chiens le pédicule d'un rein; ce rein était ensuite encapsulé par l'épiploon et résorbé au bout de deux mois environ. Nous retrouvons donc ici le même phénomène que nous avons signalé pour la rate (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 368). Ces chiens présentent de la cylindrurie et de l'albuminurie dès le jour de la ligature; puis ces phénomènes diminuent progressivement, mais ils réapparaissent au bout d'une quinzaine, accompagnés d'hémoglobinurie. Dans 2 cas, toutefois, leur réapparition eut lieu sans hémoglobinurie : nous avons pu constater que le rein, bien que ramolli, n'avait pas été résorbé; nous en avons conclu que la résorption du rein était la cause de l'hémoglobinurie.

Alors, à une autre série de chiens, nous avons pratiqué seulement la néphrectomie; les phénomènes néphritiques (cylindrurie, albuminurie) apparurent, mais cessèrent définitivement après dix ou quinze jours, sans hémoglobinurie.

Et le rein est bien en rapport spécifique avec l'hémoglobinurie, car si on introduit dans la cavité péritonéale un fragment de muscle ou de foie, jamais on n'observe ce symptôme. Toutefois, il est nécessaire que le rein soit malade pour que l'hémoglobinurie survienne; sinon, on constate seulement la crise néphritique (albuminurie et cylindrurie) : quand par exemple on introduit la substance rénale dans le péritoine du chien, on n'obtient l'hémoglobinurie que si l'on a déterminé au préalable une lésion rénale avec la cantharidine.

Etat subfébrile des ankylostomiasiques.

M. Gabbi (de Messine). — Sur un nombre total de 86 cas d'ankylostomiase, j'ai trouvé 53 fois une température supérieure à la normale. Au reste, d'après mes observations, on peut distinguer en trois catégories les cas d'ankylostomiase, au point de vue de la température : 1° cas *au début*, où la température, plus basse que la normale, oscille entre 36°2 et 36°5; 2° cas où les oscillations sont un peu plus élevées que la moyenne (de 37° à 38°), mais sont irrégulières et descendent quelquefois au-dessous de celle-ci; 3° cas où l'état subfébrile est plus constant.

Le symptôme prémonitoire de la crise fébrile est constitué par l'augmentation de la céphalée; pas de frisson ni de malaise. Le pouls et la respiration suivent la courbe thermique; la défervescence se fait par crise; même quand la température dépasse 38°, il n'y a pas de sudation.

Ce mouvement fébrile me paraît dû au sang provenant des hémorrhagies intestinales, qui, fermentant dans l'intestin, se décompose en donnant naissance à des albumoses; ces albumoses pénètrent par les petites ulcérations de la muqueuse et déterminent les mouvements fébriles.

La réaction du sang humain à l'état normal et pathologique.

M. Tedeschi (de Gênes). — Toutes les observations sur la réaction du sang étant contradictoires, par suite de l'insuffisance de nos moyens de recherche, j'ai voulu appliquer à l'étude de cette question la méthode fondée sur la *théorie osmotique de la force électromotrice* (Nernst), qui a déjà été employée en physiologie avec des résultats concordants. Me basant sur mes expériences, je crois que l'on peut distinguer la réaction *actuelle*, donnée par la concentration des *oxhydrile-ions* libres du sang, et la réaction *potentielle* causée par les *oxhydrile-ions* liés spécialement aux carbonates et à quelques phosphates plus facilement dissociables.

Cela étant, on constate que la réaction actuelle du sang humain n'est pas alcaline, mais neutre, tandis que la réaction potentielle est parfaitement alcaline. Donc, pour le libre jeu des manifestations vitales du protoplasme, il faut non pas un milieu alcalin, mais un milieu neutre, et l'organisme réussit à maintenir cet état grâce aux *oxhydrile-ions* potentiels, qui acquièrent ainsi une très grande valeur biologique.

Chez les malades, l'une et l'autre réaction peuvent être altérées : les modifications les plus prononcées se rencontrent dans les cas très graves de diabète et dans le coma urémique, où la réaction du sang tend à devenir acide.

Influence du régime hypochloruré sur les échanges nutritifs et sur l'ascite d'origine hépatique.

M. A. Calabrese (de Naples). — J'ai étudié l'élimination de l'azote chez des individus sains soumis au régime hypo ou hyperchloruré, et j'ai vu que, par la soustraction du chlorure de sodium, on peut déterminer une utilisation plus parfaite de l'albumine.

L'hypochloruration provoque d'autre part une diminution du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine. Il faut donc conclure que le chlorure de sodium est un élément absolument indispensable à l'organisme.

Quant à l'influence des régimes hyper et hypochloruré, dans les différents cas de cirrhose hépatique, on constate qu'il n'y a pas un rapport constant entre la soustraction de sel et la régression de l'ascite. Il est vrai que chez les cirrhotiques il y a rétention partielle des chlorures, mais le sel retenu ne se trouve pas dans le liquide ascitique. Et, vu les effets nocifs de l'hypochloruration sur le sang, que je viens de signaler, je ne crois pas qu'il y ait lieu de recourir au régime déchloruré comme traitement de la cirrhose hépatique.

Les centres des réactions pupillaires.

M. Marina (de Trieste), lit sur ce sujet un rapport dont voici les conclusions :

Nous connaissons presque complètement l'appareil dilatateur de l'iris, mais nous ignorons encore comment il est excité.

Pour ce qui est du sphincter pupillaire, on peut admettre l'existence d'un centre cérébral; toutefois, sa localisation n'est pas connue avec certitude.

D'autre part, l'expérimentation et la clinique permettent de supposer que le neurone du ganglion ciliaire est le centre périphérique du sphincter de l'iris.

Quant au mécanisme de l'accommodation et de la convergence, il est très obscur et le centre de ces fonctions est encore douteux.

Cette insuffisance de nos connaissances nous empêche d'établir la coordination des différents organes excitateurs et inhibiteurs déjà connus et de fixer la physiologie complète des mouvements pupillaires. C'est seulement quand nous serons éclairés sur ces divers points que l'étude des phénomènes pupillaires pourra être appliquée avec certitude au diagnostic.

Paralysie faciale périphérique héréditaire.

M. Palese (de Cerignola). — J'ai pu étudier 7 cas de paralysie faciale périphérique où l'hérédité nerveuse était à tel point évidente que l'on pouvait croire à une véritable forme familiale, avec hérédité similaire, complètement indépendante de l'action du froid.

Dans cette affection, la présence ou l'absence de douleur n'a pas de valeur pour le pronostic. Dans un de mes cas, notamment, la paralysie faciale apparut sans être précédée ni suivie de douleur, et cependant la malade, après onze mois de traitement, n'était pas encore guérie. Ce fait démontre que la durée de l'affection n'est pas en rapport avec l'intensité de la névrite, mais plutôt avec le fond névropathique du sujet.

Le signe de Wals pour le diagnostic des tumeurs du thorax.

M. Queirolo. — J'ai eu l'occasion d'observer une femme de cinquante-six ans qui, en raison de ses antécédents personnels (catarrhes bronchiques à répétition avec fièvre, toux et crachats abondants), était considérée comme tuberculeuse. Elle entra à l'hôpital avec un épanchement pleurétique à droite; on pratiqua trois thoracentèses : le liquide était clair, abondant. Plus tard, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, une nouvelle ponction donna issue à un liquide franchement hémorrhagique.

Cette femme ayant été reçue dans ma clinique, deux faits attirèrent spécialement mon attention, déjà mise en éveil par le décours singulier de l'affection, l'abondance et la rapidité de reproduction de l'épanchement et la cachexie hors de proportion avec la température, car la malade était presque toujours apyrétique. Ces deux faits étaient : le faible déplacement du cœur et les résultats de la mensuration du thorax. En effet, malgré la quantité de l'épanchement, le déplacement du cœur était insignifiant; en outre, le thorax n'était pas déformé, et sa moitié gauche mesurait 1 centim. 1/2 de plus que sa moitié droite, où siégeait le liquide. Ce phénomène de l'ampliation du thorax du côté opposé à la lésion a déjà été signalé par Wals à propos des tumeurs du thorax, mais il est tombé dans l'oubli. La constatation de ce signe et le faible déplacement du cœur confirmèrent les soupçons que j'avais conçus sur la nature de la maladie et je posai le diagnostic de néoplasme du poumon et de la plèvre, qui se trouva confirmé par l'autopsie.

Sur la circulation cérébrale après la splénectomie.

M. Gatta (de Naples). — D'après mes expériences, la circulation cérébrale est fortement influencée par l'extirpation de certains organes, notamment de la rate. L'examen des courbes recueillies avant et après la splénectomie chez le chien établit en effet que, après l'intervention, les pulsations cérébrales diminuent d'amplitude; il y a diminution des courbes respiratoires, et surtout de l'amplitude des pulsations pendant l'expiration, si bien que la différence entre les pulsations inspiratoires et expiratoires, très peu sensible avant la splénectomie, est beaucoup plus considérable après l'opération.

Traitement de l'anémie essentielle par les anticorps.

M. Lucatello (de Padoue). — J'ai déjà soutenu que la valeur hématopoïétique des hémolysines ne dépend pas seulement de l'excitation des organes producteurs du sang par les cytotoxines injectées, mais aussi de l'action antitoxique du sérum curatif, car, surtout dans l'anémie essentielle, on peut admettre l'existence de toxines nocives pour les globules rouges dans la circulation générale.

J'ai institué à ce sujet une nouvelle série de recherches, qui ont confirmé les résultats déjà observés; ce qui m'amène à affirmer que, dans les cas d'anémie grave primitive, comme dans les anémies par ankylostomes et peut-être aussi dans d'autres affections du sang, la sérothérapie anti-anémique (sérum sanguin d'animaux ayant reçu des injections du sérum du malade à traiter) donne des résultats thérapeutiques très satisfaisants (augmentation des globules rouges, quelquefois singulièrement rapide, tandis que généralement le taux d'hémoglobine ne varie que peu ou pas).

Radiothérapie de la leucémie.

M. Colombo (de Rome). — J'ai traité 3 cas de leucémie par les rayons de Röntgen. Au début de la cure, la symptomatologie empira : le nombre des globules rouges diminua (dans un cas de 2,780,000 à 2,500,000), celui des leucocytes augmenta (de 96,000 à 440,000, en particulier les polynucléaires passèrent de 64,000 à 140,000, les mononucléaires de 32,000 à 300,000), tandis que le volume de la rate et la fièvre ne subissaient aucune modification.

C'est seulement dans les séances ultérieures que ces conditions changèrent en procédant en sens inverse (augmentation des globules rouges, diminution des leucocytes). Le traitement comprit au total de 120 à 150 séances, chaque séance durant environ quarante minutes, dont dix pour le sternum, dix pour la rate, dix pour les coudes et dix pour les genoux.

Une nouvelle méthode de sérodiagnostic de la tuberculose.

M. Marzagalli (de Gênes). — En triturant, en présence de l'eau distillée, les bacilles tuberculeux préalablement lavés à froid, on obtient une émulsion qu'on filtre à la bougie. Le liquide ainsi préparé peut être substitué aux cultures homogènes de Courmont-Arloing, en vue du sérodiagnostic de la tuberculose. En effet, si dans de petits tubes de verre on met un peu de ce liquide et qu'on fasse tomber une goutte du sérum à examiner, au bout de quatre à six heures, quand le diagnostic est positif, on voit déjà se former un précipité, plus ou moins notable suivant les proportions du mélange. Il faut commencer avec 8 gouttes de liquide bacillaire et 2 gouttes de sérum sanguin.

Le « phénomène digito-capillaire » pour l'étude clinique de la tonicité vasculaire.

M. A. Ferrannini (de Naples). — Sous la dénomination de « phénomène digito-capillaire », je désigne les résultats obtenus par la comparaison de la tension artérielle et de l'intensité du second bruit aortique avec les modifications de la tension digito-capillaire et des tracés pléthysmographiques, produites par la compression et la décompression d'un lacet élastique placé sur la base d'une phalange.

Voici quelles sont les conclusions que l'on peut tirer de l'étude de ce signe :

Le retard dans l'ischémie provoquée par la compression et dans l'hyperémie provoquée par la décompression, associé à un second bruit aortique très accentué, indique le degré le plus élevé d'angiospasme ou hypertonie vasculaire; le retard dans l'ischémie avec une rapidité normale dans la production de l'hyperémie, le second bruit aortique étant très accentué, révèle un degré léger d'angiospasme; le retard dans l'ischémie et une grande rapidité dans l'apparition de l'hyperémie, coexistant avec un second bruit aortique accentué, traduisent l'angio-hypotonie ou vasodilatation, jointe à l'hyperactivité cardiaque; une ischémie et une hyperémie rapides, le second bruit aortique étant normal, répondent à un degré élevé d'angio-hypotonie avec myocarde suffisant; l'ischémie et l'hyperémie rapides, si le second bruit aortique est faible, indiquent le degré le plus élevé d'angio-hypotonie avec méiopragie du muscle cardiaque.

Les résultats fournis par cette méthode confirment la fréquence avec laquelle l'angio-hypotonie ou vasodilatation est associée à l'artériosclérose, fréquence sur laquelle d'autres faits avaient déjà attiré mon attention.

Séroréaction tuberculeuse : présence de substances agglutinantes dans les urines.

M. Silvestrini (de Camerino). — D'après des expériences que nous avons faites avec MM. Paganelli et Melchiorri, la séroréaction tuberculeuse est positive surtout dans les tuberculoses légères et au début; elle peut faire défaut dans les formes graves et chroniques. Elle est surtout utile pour le diagnostic de la tuberculose des séreuses (liquides ascitique et pleurétique).

Le pouvoir agglutinant diminue avec l'amélioration et l'aggravation de l'état du malade. Les injections de tuberculine le font diminuer (Paganelli).

En outre, nous avons pu extraire des urines des tuberculeux des substances qui possèdent un pouvoir agglutinant sur les cultures homogènes de la tuberculose. Dans un cas de fièvre typhoïde nous avons, par le même procédé, extrait de l'urine du malade une substance qui n'agglutinait pas le bacille tuberculeux, mais agglutinait bien le bacille d'Eberth.

Sur l'origine intestinale du rhumatisme.

M. Massalongo (de Vérone) communique les résultats de recherches qu'il a faites sur une série de 200 cas de rhumatisme articulaire aigu, qui ne lui permettent pas d'admettre l'origine intestinale de cette affection, soutenue par MM. Gilbert et Lereboullet. Ils plaident, au contraire, en faveur de l'origine tonsillaire du rhumatisme (angines rhumatismales). Toutefois, l'orateur ne nie pas la possibilité de l'infection par la voie digestive, mais il estime que les cas de ce genre doivent être très rares.

M. V. Patella (de Bologne) fait une communication tendant à démontrer que certains éléments du sang, considérés comme leucocytes (mononucléaires, formes de passage et lymphocytes pour une part), sont en réalité des éléments d'exfoliation endovasculaire.

M. Scalese (de Rome) présente un cas de *métacarpo-métatarsalgie*, qui paraît lié à l'hérédité alcoolique et arthritique et s'est développé sous l'influence prolongée du froid humide.

M. Cioffi (de Naples) relate certains faits expérimentaux concernant le *rôle protecteur de l'épiploon.*

Dr G. Zanoni (de Gênes).

SEPTIÈME CONGRÈS FRANÇAIS

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Paris du 24 au 27 octobre 1904.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Les injections mercurielles.

M. Lannois (de Lyon), *rapporteur*. — Si, depuis quelques années, les injections mercurielles ont conquis, dans le domaine thérapeutique de la syphilis, une place que personne aujourd'hui ne songe à leur contester, il n'en reste pas moins que les syphiligraphes sont encore loin d'être d'accord sur l'opportunité et les limites d'efficacité de ces injections. Aussi le moment semble-t-il venu d'examiner de près les prétentions de la nouvelle méthode et d'en apprécier la valeur thérapeutique, par une étude comparative de ses effets avec ceux des autres procédés de traitement et par l'interprétation exacte de ses résultats cliniques.

A l'heure actuelle, c'est comme traitement général que les injections mercurielles sont le plus souvent employées : elles permettent d'introduire directement dans les tissus et dans le torrent circulatoire de notables quantités de mercure soit à l'état métallique, soit à l'état de sel.

Dès son origine, la méthode des injections mercurielles s'est subdivisée en deux méthodes secondaires. Scarenzio, en injectant du calomel, créait l'*injection insoluble;* Hebra, Hunter, Lewin, etc., qui furent les premiers à

injecter une solution de sublimé, posaient le principe des *injections solubles*. Dans cette dernière méthode, on introduit, chaque jour, une quantité constante ou progressivement croissante de mercure, destinée à assurer les besoins quotidiens de l'organisme syphilitique (*ration d'entretien*). La méthode des injections insolubles consiste, au contraire, à introduire, à de plus grands intervalles (une semaine généralement), une assez forte dose de mercure ou de sel hydrargyrique en suspension dans un liquide huileux, et à laisser à l'organisme le soin de faire l'utilisation et l'assimilation de cette réserve (*ration d'approvisionnement*).

Chacune de ces méthodes présente ses avantages et ses inconvénients; chacune a ses indications propres; aussi, loin de s'opposer l'une à l'autre, elles ne font que se compléter.

Des différents modes d'emploi préconisés, c'est l'injection intramusculaire qui est actuellement de beaucoup la plus usitée, et cela quelle que soit la préparation utilisée. Son grand avantage est de réduire considérablement les phénomènes douloureux et d'offrir un abri plus sûr contre l'infection. L'injection doit toujours être faite avec une asepsie méticuleuse, très profondément, dans une des parties les plus charnues du corps, de préférence dans la région supéro-externe de la fesse. Dans les cas où, pour une raison quelconque, la fesse ne peut pas être utilisée, on pourra pratiquer l'injection dans la masse sacro-lombaire ou encore dans la région scapulaire ou deltoïdienne.

L'injection sous-cutanée expose à plus d'accidents locaux; quant à l'injection intraveineuse, elle paraît, jusqu'à plus ample informé, devoir être considérée comme une simple variante de la grande méthode intramusculaire, qu'elle ne saurait détrôner.

Il est également possible d'utiliser les injections mercurielles dans le traitement local de certains accidents spécifiques (*injections locales* à faibles doses dans le voisinage des tissus malades, d'après la méthode de M. Bouchard, *injections sous-conjonctivales*, *injection sous-arachnoïdienne lombaire*).

Dans les effets pharmacodynamiques de toute injection mercurielle il y a lieu de distinguer, outre l'*action générale spécifique* en vue de laquelle elle est employée, une *action locale* et une *action toxique* plus ou moins appréciables, suivant la préparation ou les circonstances.

L'action locale est due aux propriétés irritatives que possède toute préparation mercurielle à l'égard des tissus, se traduisant par des phénomènes douloureux et inflammatoires de durée et de gravité variables.

L'effet spécifique d'une préparation dépend surtout de sa teneur en hydrargyre, mais il est aussi fonction de plusieurs autres facteurs, tels que l'état moléculaire du sel en question, la facilité de sa réduction en mercure libre, sa vitesse de circulation dans l'organisme, et, enfin, l'état de réceptivité, si variable, de l'organisme lui-même.

Quant à l'action toxique, elle est rarement due au mercure lui-même (accidents nerveux, rappelant ceux de l'intoxication professionnelle). Le plus souvent, les effets nocifs des injections relèvent de la formation en excès de chlorure mercurique (troubles gastro-intestinaux, stomatite), à laquelle s'ajoutent fréquemment l'influence d'un radical toxique entrant dans la composition de la molécule mercurielle injectée et, parfois aussi, l'influence d'un anesthésique local (cocaïne, morphine).

Il résulte de ces considérations physiologiques que la meilleure injection sera celle qui fournira une action spécifique maxima, tout en produisant le *minimum* d'effets locaux et toxiques. En pratique, une préparation mercurielle destinée à l'injection intra-musculaire devra non seulement être riche en hydrargyre et facilement décomposable et absorbable, mais encore n'être pas toxique et ne pas contenir dans sa formule un radical toxique. Elle devra, en outre, être aussi peu irritante que possible à l'égard des tissus, être peu ou point douloureuse et ne pas donner lieu à la formation de noyaux inflammatoires. Parmi les préparations solubles, le *bi-iodure en solution aqueuse* et le *benzoate* réalisent le mieux ces desiderata. Comme préparations insolubles, c'est le *calomel* et l'*huile grise* qui sont le plus à recommander.

De tous les avantages que l'on a prêtés à la méthode des injections mercurielles, un seul nous paraît incontestable et de valeur absolue : ces injections constituent un procédé de mercurialisation très puissant, que l'on peut régler à volonté et qui est d'un emploi assez souple, en raison de la variété possible des modes d'injection et de la diversité des formules.

Les autres arguments en faveur de la méthode en question ne sont pas suffisamment démonstratifs et sont, en outre, presque toujours compensés par des inconvénients sérieux, avec lesquels on est obligé de compter dans nombre de cas (méthode souvent douloureuse, exigeant une parfaite sûreté de technique, etc.).

Cela étant, l'emploi des injections ne saurait résumer toute la thérapeutique de la syphilis et remplacer toujours les frictions et l'administration du mercure *per os*. Il restera forcément limité aux cas où un traitement mercuriel intensif s'impose en raison de la gravité ou de la ténacité des accidents. Par contre, toutes les fois qu'un traitement spécifique simple est suffisant, les injections ne devront être préférées que sur indications particulières (intolérance gastrique, clientèle hospitalière).

En ce qui concerne particulièrement la syphilis du système nerveux, il est incontestable que la méthode dont il s'agit est susceptible de donner d'excellents résultats. Mais il ne faut compter sur elle que pour les lésions histologiques modifiables et accessibles au mercure : les injections restent, au contraire, sans effet sur les dégénérescences, souvent initiales ou très précoces, ainsi que sur les lésions scléreuses consécutives. Aussi ne sauraient-elles guère prétendre à guérir les affections parasyphilitiques, comme le tabes et la paralysie générale : tout ce qu'elles peuvent donner en pareille occurrence, ce sont des améliorations symptomatiques partielles, des rémissions, que l'on observe, du reste, même en l'absence de tout traitement.

M. Balzer (de Paris), *co-rapporteur*. — Nous nous bornerons à étudier les injections mercurielles dans leurs rapports avec le traitement de la syphilis *en général*, à son début et dans ses périodes secondaire et tertiaire.

La cure mercurielle par les injections de préparations solubles peut être dirigée de plusieurs façons suivant la gravité des accidents à combattre et aussi suivant la tolérance des malades.

Le plus souvent, on institue ce que l'on appelle la *cure moyenne*, qui offre le grand avantage d'établir une balance assez exactement calculée entre la dose d'absorption quotidienne de l'hydrargyre et la dose d'élimination par les urines et par les autres voies. Très suffisante dans la plupart des cas, cette cure moyenne peut, d'une façon générale, être fixée à la dose quotidienne de 0 gr. 01 centigr. de sel riche en mercure, *sublimé* ou *cyanure*. Si l'on a recours aux sels faibles, *bi-iodure* ou *benzoate de mercure*, il faut injecter 0 gr. 015 milligrammes ou 0 gr. 02 centigr. La durée de la cure est de vingt à trente jours.

La *cure forte* comporte une injection quotidienne de 0 gr. 02 centigr. de sublimé ou de cyanure, ou de 0 gr. 03 à 0 gr. 04 centigr. de bi-iodure ou de benzoate pendant trois semaines. Personnellement, je n'ai jamais employé de dose plus élevée, et je considère la quantité de 0 gr. 02 centigr. *de mercure*, injectée quotidiennement, comme intensive et ne devant être que très rarement dépassée.

La *cure intensive* par injections quotidiennes de sels solubles (la dose maximale étant de 0 gr. 03 centigr. de mercure par jour) me paraît devoir être réservée pour un emploi exceptionnel, dans les formes très graves, ou encore dans quelques cas rebelles, lorsqu'on a affaire à un malade qui tolère bien le mercure, et que l'on veut, avec son assentiment et celui de son entourage, faire un traitement d'assaut.

Enfin, la *cure forte par injections rares et massives*, d'après la méthode de Lukaziewicz et Chéron, comporte une dose totale de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 centigr. de mercure, injectée en quatre ou six semaines, par fractions de 0 gr. 05 centigrammes en moyenne. Encore qu'elle ne paraisse pas dangereuse, je lui préfère la cure faite de la même manière, mais avec les préparations insolubles.

Quant à la méthode des *injections intraveineuses*, elle est incontestablement susceptible de rendre de bons services dans les syphilis infectieuses où il est indiqué d'agir directement sur le sang, dans la céphalée secondaire, dans la syphilis des vaisseaux, dans la syphilis cérébrale et oculaire. Elle peut même être employée contre tous les accidents localisés de la syphilis secondaire ou tertiaire, surtout lorsque les autres méthodes paraissent insuffisantes. Mais, pour le traitement général et pour celui de la plupart des manifestations spécifiques, elle ne saurait guère être substituée aux autres méthodes thérapeutiques, car si elle l'emporte sur celles-ci par la rapidité d'action, cette supériorité ne lui appartient que pour peu de temps : la mercurialisation qu'elle procure, tout en étant rapide, ne peut, en effet, atteindre ni l'intensité, ni la continuité que l'on obtient avec les autres méthodes, lesquelles sont, d'ailleurs, d'un emploi plus pratique.

En ce qui concerne les *préparations insolubles*, la *cure moyenne*, qui est de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 centigr. de mercure, répartis en quatre, cinq ou six injections hebdomadaires de 0 gr. 07 centigr., est largement suffisante dans la grande majorité des cas. Les injections plus rares, non en série, peuvent servir utilement à *renforcer* un traitement par ingestion, ou encore alterner avec celui-ci.

Dans les *cures fortes*, où la dose totale de mercure est de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 centigr., on peut injecter hebdomadairement 0 gr. 10 centigrammes de calomel, d'oxyde jaune ou de mercure métallique, pendant deux ou trois semaines; puis, la même quantité une fois tous les quinze jours. Pour ma part, je suis d'avis qu'il ne faut pas dépasser la dose de 0 gr. 10 centigrammes de mercure par semaine. Si l'on tient à augmenter l'activité de la cure, pour un traitement d'assaut, il est préférable de recourir aux injections de préparations solubles.

Au point de vue des indications générales de la méthode des injections, nous croyons que celles-ci peuvent trouver leur emploi à toutes les périodes du traitement de la syphilis : emploi exclusif s'il s'agit de formes graves, emploi combiné avec celui de l'ingestion ou des frictions lorsqu'on a affaire à des cas moyens et que divers motifs engagent à diminuer le nombre des injections. D'une manière générale, je préfère dans le traitement général de la vérole les préparations insolubles, surtout l'huile grise, aux autres. Les sels solubles méritent, toutefois, d'être choisis pour la cure de certaines manifestations spécifiques, telles que la syphilis oculaire. Ils conviennent aussi dans les cas où il y a lieu de redouter les effets d'accumulation des injections massives (sujets affaiblis, mauvaise dentition, viscères malades, artériosclérose, etc.).

Comme indications spéciales, il nous suffira de mentionner la syphilis des femmes enceintes et la syphilis héréditaire, précoce ou tardive.

En terminant, nous ferons remarquer que l'engouement naturel pour le traitement par injections a trop rabaissé la cure par ingestion. Cette dernière méthode est, cependant, elle aussi, susceptible de perfectionnements et mérite de conserver sa place dans le traitement général de l'infection syphilitique. En somme, les injections doivent être réservées pour les cures énergiques que nécessitent les manifestations graves et qui conviennent aussi à l'invasion de la période secondaire. L'ingestion ou les frictions compléteront ensuite la mercurialisation de l'organisme pendant les périodes moins actives de la syphilis.

M. Jullien (de Paris). — On ne saurait établir aucune comparaison entre les injections de préparations mercurielles, solubles ou insolubles, et les méthodes anciennes de traitement hydrargyrique. A l'encontre de ces dernières, les injections constituent une véritable arme de précision, mais il est bon de savoir qu'entre des mains imprudentes cette arme peut devenir particulièrement dangereuse.

M. Abadie (de Paris). — J'emploie, depuis de longues années, les injections mercurielles intraveineuses, qui m'ont donné de nombreuses guérisons dans des cas absolument désespérés de syphilis oculaire, où tous les autres moyens de traitement avaient échoué. Ces injections sont particulièrement indiquées contre la chorio-rétinite à évolution très lente, contre les lésions des nerfs optiques, qui se manifestent parfois une vingtaine d'années après l'infection. Les injections intraveineuses fournissent également de bons résultats dans la syphilis ocu-

laire sénile, chez les sujets ayant dépassé soixante ans.

M. Hallopeau (de Paris). — Les injections mercurielles peuvent donner lieu à des accidents plus ou moins graves et, d'autre part, il s'en faut que la supériorité de leur action thérapeutique soit absolument constante. C'est ainsi que j'ai vu survenir, chez une malade, une éruption papulo-tuberculeuse généralisée très intense, peu de jours après la fin d'une cure prolongée par des injections de benzoate de mercure; j'ai vu également se produire, chez un syphilitique, des poussées gommeuses dans l'un des bras, à la suite de plusieurs injections de calomel *eodem loco*. Je me demande si, en pratiquant des frictions mercurielles exclusivement sur des parties velues du corps, on ne pourrait pas obtenir une action aussi efficace qu'avec les injections. Pour ma part, je prescris les injections de sels solubles, dans les cas menaçants, de préférence à l'huile grise, dont l'action est plus lente. En dehors de ces indications urgentes, les injections ne doivent être employées que si les malades trouvent les frictions trop fastidieuses ou si, en raison de leur situation sociale, ils ne sont pas à même de les pratiquer; encore doit-on, en pareille occurrence, essayer, comme le conseillent MM. Brocq et Balzer, la cure par ingestion. Je ferai remarquer, en terminant, qu'à l'étranger les frictions continuent à être considérées comme la méthode de choix.

M. Leredde (de Paris). — Je suis loin de partager l'opinion de M. Hallopeau sur la valeur thérapeutique des frictions mercurielles, que je tiens pour une méthode incertaine, avec laquelle on ne sait pas ce que l'on fait. C'est dire qu'elles ne sauraient remplacer les injections, lorsqu'il s'agit d'accidents graves de la syphilis. D'autre part, j'ai montré la nécessité qu'il y a d'élever d'une manière considérable les doses d'hydrargyre prescrites contre ces accidents (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 137-139). Les cas d'idiosyncrasie mis à part, on peut injecter, à un adulte sain, 0 gr. 02 centigrammes *de mercure* par jour, mais il est facile, en procédant graduellement, d'élever cette dose jusqu'à 0 gr. 03 centigr., voire même 0 gr. 035 milligr., ce qui correspond à 0 gr. 08 centigrammes de bi-iodure ou de benzoate d'hydrargyre. Il va de soi que, pour pouvoir ainsi augmenter la dose de mercure, il faut surveiller le malade de près et s'assurer qu'il ne présente ni stomatite, ni fièvre, ni diminution du poids du corps, ni albuminurie.

En ce qui concerne les affections dites parasyphilitiques, qui, d'après M. Lannois, ne sauraient être guéries par les injections, j'estime qu'il convient tout d'abord de s'entendre sur la signification du terme *guérison*. Sans doute, je ne prétends pas que les injections mercurielles puissent amener une *restitutio ad integrum* des parties du système nerveux qui ont subi une dégénérescence, mais si par guérison on entend tout simplement l'arrêt de l'évolution du processus morbide, je crois pouvoir affirmer que ces affections sont parfaitement curables par le mercure.

M. Fournier (de Paris). — La méthode des injections mercurielles a fait ses preuves, mais si, à l'heure actuelle, elle n'a plus d'ennemis, elle a, par contre, à craindre ses amis, qui, en voulant en faire un moyen de traitement curatif du tabes et de la paralysie générale, arrivent à la discréditer. Pour ma part, je n'ai jamais observé de guérison de la paralysie générale, bien que j'aie injecté jusqu'à 0 gr. 10 centigr. de calomel ou d'huile grise une ou deux fois par semaine.

Au point de vue de la valeur thérapeutique de la méthode en question, il y a lieu d'établir une séparation entre les injections quotidiennes de benzoate, de bi-iodure de mercure ou de sublimé, et les injections rares (hebdomadaires) et massives de calomel ou d'huile grise. Les premières constituent un bon traitement, dont les résultats n'offrent, cependant, rien d'extraordinaire, tandis que les secondes fournissent des guérisons que je n'hésite pas à qualifier de miraculeuses. Mais en est-il toujours ainsi pour ces injections massives? Non, car si elles réussissent admirablement dans certains cas, il en est d'autres où elles réussissent moins bien et d'autres encore où elles ne réussissent pas du tout. D'après mon expérience, il n'existe que six indications de ce mode de traitement : le phagédénisme chancreux, le phagédénisme tertiaire, les syphilides tuberculeuses, la laryngite gommeuse, les psoriasis palmaires et plantaires invétérés et les affections syphilitiques de la langue, qu'il s'agisse de sclérose linguale ou de glossites papillaires, érosives, exfoliatrices, etc. En dehors de ces indications, et notamment dans la syphilis cérébrale ou médullaire, les injections de calomel ou d'huile grise ne réussissent pas mieux que les frictions ou l'ingestion de préparations hydrargyriques et, en tous cas, ne donnent pas ces guérisons merveilleuses dont j'ai parlé tout à l'heure.

M. Henrijean (de Liège). — La discussion actuelle montre qu'on est encore loin d'être d'accord sur l'efficacité et sur la posologie des injections mercurielles. Les doses faibles semblent agir sur les globules blancs, peut-être particulièrement sur certaines espèces. Il convient de se demander si les doses élevées n'agissent pas en sens inverse : la loi générale des effets excitants et paralysants doit être vraie ici comme ailleurs.

M. Brissaud (de Paris). — Je tiens à confirmer les observations de M. Fournier relatives à l'inefficacité des injections mercurielles contre la paralysie générale. J'ai injecté jusqu'à 0 gr. 13 centigr. de benzoate de mercure par jour, sans jamais obtenir le moindre succès dans les cas de paralysie générale *confirmée*. Les guérisons que l'on a relatées s'expliquent tout simplement par des erreurs de diagnostic, car rien n'est plus difficile que de reconnaître une paralysie générale au début. Les mêmes considérations s'appliquent, d'ailleurs, au tabes, et dans cette affection le traitement par le nitrate d'argent d'après la méthode de Vulpian m'a donné des résultats de beaucoup supérieurs à ceux de la cure hydrargyrique. En ce qui concerne la syphilis cérébro-spinale, on obtient, il est vrai, une certaine amélioration dans la paraplégie d'Erb, mais le plus souvent le traitement mercuriel fait du mal.

M. Sicard (de Paris). — En pratiquant l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien chez des tabétiques traités par le mercure, j'ai été à même de me convaincre que la cure hydrargyrique intensive ne fait pas varier la lymphocytose méningée.

De l'obésité.

M. Maurel (de Toulouse), *rapporteur*. — La *surnutrition* désignant les états de l'organisme dans lesquels la quantité des aliments absorbés dépasse les besoins, il convient de réserver le terme de *suralimentation* pour les cas où la quantité des aliments ingérés dépasse le pouvoir fonctionnel des organes digestifs. Cela étant, l'obésité doit être considérée comme un des moyens employés par l'organisme pour échapper aux conséquences de la surnutrition : c'est un moyen de défense.

L'économie contenant à l'état normal environ 50 grammes de corps gras par kilogramme, l'obésité est théoriquement constituée aussitôt que ce taux est sensiblement dépassé. En pratique, la limite inférieure où commence l'obésité est le plus souvent assez difficile à déterminer : chez l'adulte de taille moyenne — 1 m. 60 à 1 m. 75 —, on peut évaluer le poids normal, exprimé en kilogrammes, en prenant le nombre de centimètres qui, dans la taille, dépassent le mètre; cette estimation, tout approximative qu'elle soit, donne cependant, en pratique, une précision suffisante. Dès que le poids réel du corps dépasse d'un dixième le poids calculé d'après la taille, la réserve de graisse du sujet dépasse le taux physiologique; il y a obésité. Ainsi, par exemple, un homme de 1 m. 60 doit être considéré comme obèse s'il pèse plus de 66 kilogrammes. Une limite aussi basse pourra sembler trop rapprochée de l'état normal. Elle paraîtra cependant justifiée si l'on tient compte qu'un pareil sujet possède un total de 9 kilogrammes de graisse, soit 13 % du poids du corps, au lieu de 5 %, chiffre normal; or, une telle proportion constitue, pour les animaux, un degré non discutable d'engraissement (*demi-gras* des éleveurs).

La surnutrition détermine dans l'organisme des manifestations morbides, multiples et diverses. Schématiquement, on peut rendre sensible l'influence de la surnutrition en supposant une famille, robuste et sans tare à l'origine, perdant peu à peu la qualité des ascendants, payant à la maladie un lourd tribut au cours de la troisième génération et s'éteignant avec la cinquième par infécondité, au milieu d'une déchéance organique que rien ne peut arrêter. Par l'étude de ces générations successives, on voit la surnutrition entraîner l'obésité, laquelle, à son tour, par suite du ralentissement de la nutrition qu'elle conditionne, aboutit à l'arthritisme.

Il existe d'ailleurs une sorte de *ruban* arthritique, en vertu duquel les différentes manifestations consécutives à la surnutrition apparaissent dans un ordre déterminé, et la connaissance de cet ordre de succession permet, en général, de savoir à laquelle des cinq générations appartient le sujet considéré.

La surnutrition étant la condition étiologique fondamentale de l'obésité, il suffit d'examiner une ration normale d'entretien pour se rendre compte combien souvent une pareille condition doit être réalisée en pratique. Le fond de l'alimentation d'un adulte est, en effet, constitué *pro die* par 300 grammes de pain, 200 grammes de viande, 200 grammes de légumes, 200 grammes de fruits frais et 50 centilitres de vin. Pour ce qui est de la valeur nutritive de l'alcool, il faut tenir compte que l'obésité est le résultat d'un excédent de calories, quelle que soit d'ailleurs l'origine de celles-ci; pris dans de justes proportions, l'alcool peut donc contribuer au développement de l'obésité, au même titre que les autres aliments. Quant à l'eau, elle n'a en elle-même aucune valeur nutritive ni calorifique; sa suppression fait diminuer le poids de l'obèse, soit par suite de la diminution de la quantité des aliments ingérés, soit en raison d'une gêne de la digestion qu'elle provoque. Si le régime sec amène quelquefois une certaine perte de poids, ce n'est là qu'une apparence. Des expériences que j'ai faites à cet égard m'ont en effet montré que, la privation d'eau n'étant accompagnée que d'une faible diminution de la quantité des urines, c'est en grande partie par la constance de cette quantité que s'explique la diminution du poids du corps chez les animaux que l'on prive d'eau.

Au point de vue symptomatique, on peut distinguer à l'obésité trois périodes évolutives : la période de constitution, où la maladie reste localisée à l'abdomen; la période de résistance où elle tend à se généraliser; la période de déchéance où la pléthore de la première phase fait place au lymphatisme typique.

La plupart des symptômes qui sont communément attribués à l'obésité ne lui appartiennent pas en propre : s'ils existent chez l'obèse, c'est parce qu'ils reconnaissent la même cause initiale, la surnutrition. Seules ressortissent à la symptomatologie de l'obésité les modifications suivantes : la gêne physique résultant du développement exagéré du tissu adipeux, la diminution des dépenses de l'organisme, l'adaptation de la section thoracique à la surface cutanée, et enfin la diminution de la quantité d'eau contenue dans l'organisme.

Parmi les multiples modes de traitement préconisés contre l'obésité, les seuls qui aient donné des résultats favorables sont ceux qui ont pour base une insuffisance de l'alimentation. Pour établir un régime répondant à ce desideratum, il y a lieu d'observer un certain nombre de principes que l'on peut formuler de la façon suivante :

Le point de départ d'une cure de réduction est le poids normal évalué d'après la taille du sujet, quel que soit d'ailleurs le poids réel. La différence saisonnière de la température de l'atmosphère faisant subir aux dépenses organiques des variations assez considérables — dans la zone tempérée, ces écarts peuvent atteindre un tiers du total —, le calcul du nombre des calories à assurer à l'organisme doit varier suivant le degré de la température ambiante. Le nombre de ces calories doit, en outre, tenir compte de l'âge et du sexe du sujet. Plus l'obésité est marquée, plus la réduction alimentaire doit être sévère, les substances azotées conservant cependant toujours leur taux normal et la restriction portant exclusivement sur les aliments ternaires. Afin d'éviter les accidents qui peuvent survenir lorsque l'on pousse trop activement la cure, il importe de veiller à ce que les urines ne descendent jamais au-dessous du taux de 15 grammes par kilogramme du poids, et la durée du traitement ne saurait être inférieure à six mois. J'ajoute qu'il est bon

de faire subir de fréquents arrêts à la cure d'amaigrissement : ces interruptions favorisent le retrait de la peau, très lent à s'opérer.

M. Le Noir (de Paris), *co-rapporteur*. — Le développement du tissu cellulo-adipeux présentant de grandes variations chez des sujets qui offrent l'apparence d'une bonne santé, et l'embonpoint survenant, à certaines périodes de la vie, sans qu'il en résulte aucun trouble, il est assez difficile de tracer la démarcation entre l'état normal et l'état pathologique. Le critérium que l'on adopte habituellement pour établir scientifiquement cette limite est fourni par la comparaison du poids réel avec le poids supposé normal d'après la taille du sujet. Le poids d'ailleurs ne correspond pas toujours au développement de la graisse, car il varie avec l'état du squelette et avec celui du tissu musculaire. En pratique, on peut considérer comme malade tout obèse qui éprouve quelque gêne du fait de son embonpoint.

Des éléments d'appréciation plus précis sont fournis par les recherches de M. Bouchard sur l'état statique de l'homme (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 89 91 et 141-142). Si l'on compare l'homme à un cylindre ayant pour hauteur la taille de l'individu, pour volume le volume de l'individu, pour masse la masse de l'individu, son nombre de kilogrammes, on peut considérer ce cylindre comme constitué par la superposition d'un certain nombre de tranches dites segments anthropométriques et mesurant un décimètre de hauteur. On arrive ainsi à comparer un obèse à un homme moyen, c'est-à-dire à un homme de complexion et de musculature moyennes.

Pratiquement, il suffit de multiplier le poids d'un segment normal par 0.13 pour obtenir le poids de la graisse de ce segment. Pour connaître le poids de la graisse contenue dans le segment de l'individu en observation, on suppose que l'augmentation de poids est due uniquement à l'accumulation de la graisse et l'on ajoute la différence existant entre le poids du segment normal et celui du segment réel considéré au poids de la graisse du segment normal; on trouve ainsi la graisse du segment réel.

Le rapport entre la quantité de graisse renfermée dans le corps d'un individu et la quantité que contiendrait le corps d'un sujet de même taille, supposé normal, constitue l'adiposité. La connaissance de cet élément permet d'apprécier la quantité de graisse contenue dans le corps, de suivre les variations de l'embonpoint, de calculer ce que devra être la cure de réduction de façon à ne pas provoquer un amaigrissement trop rapide, tout en demandant à l'organisme l'utilisation *maxima* de ses réserves adipeuses.

Si, d'ailleurs, de deux sujets d'adiposité égale, l'un est peu incommodé tandis que l'autre l'est beaucoup et doit être considéré comme un malade, la quantité de graisse excédente dans l'organisme ne doit pas seule être mise en cause. Il faut aussi tenir compte de la façon dont se fait la répartition de la graisse dans le corps. Le cœur, puis le foie paraissent être les organes le plus gravement entravés dans leur fonctionnement par l'obésité. D'autres localisations de la surcharge adipeuse, sans avoir la même importance, n'en ont pas moins des conséquences propres à la région atteinte.

Ni l'excès de la masse totale des aliments, ni l'abus des éléments gras ne suffisent toujours à expliquer le développement de l'obésité. Fréquemment, l'embonpoint excessif se voit chez des sujets qui présentent des troubles dyspeptiques, et, par suite, élaborent mal leurs aliments. Dans d'autres circonstances, c'est l'organisme lui-même qui semble avoir perdu en partie le pouvoir d'utiliser les graisses. Un rôle doit également être attribué au système nerveux dans la genèse de l'obésité, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations cliniques. Un autre facteur étiologique est constitué par l'hérédité qui crée une prédisposition, une aptitude morbide, consistant, d'après M. Bouchard, dans un ralentissement des mutations nutritives.

Quant à la pathogénie de l'obésité, je crois qu'on peut admettre qu'elle est le fait d'une altération des glandes chargées de l'élaboration des ferments destructeurs de la graisse; la clinique nous fournit un exemple d'obésité de ce genre : je veux parler des cas où l'accumulation de la graisse paraît due à une altération du corps thyroïde et qui s'améliorent rapidement par l'ingestion de cette glande.

M. G. Leven (de Paris). — Il y a trois ans, j'ai appelé l'attention sur les symptômes dyspeptiques qui existent d'une façon constante chez les obèses. Depuis lors, j'ai retrouvé ces phénomènes chez tous les malades que j'ai eu l'occasion d'examiner. La dyspepsie ne se traduit pas toujours par de la gastralgie, des éructations, du pyrosis ou des vomissements; souvent, on ne constate que de la dyspnée, de la toux, de la somnolence, des bâillements consécutifs aux repas, ou même une simple douleur à la pression au niveau du creux épigastrique. La présence constante de phénomènes dyspeptiques explique comment il est possible de faire maigrir la plupart des obèses sans les rationner ni en solides ni en eau, à la seule condition de traiter leur dyspepsie et en ne leur donnant que des aliments faciles à digérer.

A l'appui du mode d'interprétation que je propose pour la pathogénie de l'obésité, je puis vous signaler les observations de 2 sujets obèses, qui depuis plusieurs années étaient atteints de diarrhée chronique et continuaient néanmoins à augmenter progressivement de poids. Or, chez ces malades, la guérison de l'entérite et de la dyspepsie concomitante a déterminé la disparition de l'obésité.

Quant à la durée du traitement à instituer dans l'obésité, j'estime qu'elle doit être très longue. Un obèse qui maigrit rapidement diminue de poids plus par déshydratation que par la perte de ses réserves graisseuses. Si au contraire l'on se contente de faire maigrir le malade de 3 à 4 kilogrammes de graisse par mois, cette quantité représente du poids définitivement perdu et ne se récupérant pas aussitôt qu'on interrompt le traitement.

M. A. Javal (de Paris). — Il est trop schématique de dire qu'un homme de 66 kilogrammes qui, d'après sa taille, ne devrait n'en peser que 60, possède 6 kilogrammes de graisse de trop. Bien que la graisse entre pour une large part dans l'augmentation du poids, il faut aussi tenir compte des quantités d'albuminoïdes et d'eau qui s'accroissent par la surnutrition. Dans l'engraissement des animaux, par exemple, ce n'est pas tant une augmentation de la graisse qu'un accroissement des albuminoïdes que recherchent les éleveurs.

Au point de vue de la cure de réduction, il ne faut pas perdre de vue que nous n'avons pas de moyen permettant de diminuer la graisse à l'exclusion des autres éléments constitutifs de l'organisme. C'est sur les albuminoïdes seuls que nous pouvons agir d'une façon élective, du moins dans une certaine mesure, grâce à l'emploi de la substance thyroïdienne. L'ingestion de cette glande entraîne une excrétion considérablement accrue de l'azote urinaire.

Quant à l'influence de l'état d'hydratation de l'organisme sur l'obésité, il existe une petite quantité d'eau flottante que l'on peut à volonté faire perdre ou reprendre, en modifiant la chloruration du régime. Une déshydratation obtenue dans ces conditions explique pourquoi le régime lacté entraîne fréquemment au début une diminution du poids du corps dans le traitement de l'obésité.

M. Linossier (de Lyon). — A mon sens, la conclusion de M. Maurel est peut-être trop théorique. Comparer l'obèse à un animal engraissé, c'est traiter l'obésité physiologique, et non l'obésité pathologique qui nous intéresse ici. Il ne suffit pas pour parler d'obésité qu'il y ait trop de graisse dans l'organisme : l'obésité ne commence que là où la quantité de graisse accumulée est hors de proportion avec les autres éléments organiques. Quant à la question de la pathogénie, il me semble qu'il n'est pas suffisant de dire que l'obésité provient de ce que les tissus produisent des quantités anormales de graisse. Ce sont précisément les causes de cette production anormale qu'il y a lieu de rechercher.

M. Maurel. — Si j'ai fait surtout l'étude physiologique et non l'étude pathologique de l'obésité, c'est parce que j'ai voulu envisager non l'obèse, mais l'obésité. Or, cette dernière est physiologique. Les troubles présentés par les sujets qui en sont atteints ne ressortissent pas à l'obésité, mais à des phénomènes concomitants — arthritiques, par exemple — dont je n'avais pas à m'occuper ici.

Sur les localisations psychiques.

M. J. Grasset (de Montpellier). — Alors qu'à l'heure actuelle l'accord est à peu près complet sur les localisations cérébrales, motrices et sensorielles, les fonctions psychiques n'ont encore pu être localisées d'une façon satisfaisante, parce que, en présence de symptômes psychiques déterminés, on peut trouver les lésions cérébrales les plus disparates. Cette variabilité provient de ce que le psychisme ne peut être envisagé de la même façon que la motilité ou la vision : il ne saurait être question de localiser le psychisme en bloc autour d'une scissure ou dans un groupe donné de circonvolutions.

La simple constatation de l'amnésie chez un malade, par exemple, ne saurait en rien servir pour résoudre la question des localisations psychiques, et il en est de même pour d'autres fonctions psychiques telles que l'attention ou le jugement. Pour pouvoir utiliser un cas à symptomatologie psychique avec autopsie, il est indispensable que l'analyse psychologique du sujet ait été faite avec soin et que l'on ait déterminé quelles étaient les fonctions psychiques troublées, diminuées ou abolies, et quelles autres étaient conservées, exaltées ou perverties.

Dans ce but, je crois qu'on peut utilement grouper les fonctions psychiques en trois faisceaux principaux, comprenant les fonctions psychiques sensorio-motrices, les fonctions psychiques inférieures, inconscientes et automatiques, enfin les fonctions psychiques supérieures, conscientes et volontaires. Ce groupement, bien différent de l'ancienne division en facultés, me paraît aussi beaucoup plus fécond pour l'étude des localisations dans l'écorce.

Les centres psychiques sensorio-moteurs, ou centres de projection de Flechsig, qui sont de tous les mieux connus, comprennent la zone périrolandique (sensibilité générale et motilité), la zone péricalcarine (vision), la zone moyenne des première et deuxième temporales (ouïe), la zone de l'hippocampe (goût et odorat). La symptomatologie de ces centres est peu psychique. Mais leur altération, en provoquant des sensations fausses, suscite de faux jugements, des illusions et des hallucinations : la lésion des centres sensorio-moteurs détermine, par conséquent, la *forme* du trouble psychique.

Aux centres du psychisme inférieur, automatique et inconscient, dont l'histoire anatomo-clinique est la moins avancée et se fait plutôt par élimination, appartiennent les zones moyenne et postérieure des centres d'association de Flechsig, c'est-à-dire tout ce qui, dans l'écorce, n'est compris ni dans les centres sensorio-moteurs ni dans le lobe préfrontal, plus le corps calleux. Les faits rentrant dans cette catégorie ont trait au siège des lésions dans les différentes agnosies, dans les troubles psychiques du langage et dans les troubles de l'association intellectuelle inférieure.

L'étude des centres du psychisme supérieur, volontaire et conscient, constitue le chapitre le plus important au point de vue des localisations psychiques. Si, en effet, on pouvait établir la localisation des centres supérieurs, par là même on déterminerait (par élimination) la localisation des autres centres psychiques. Bien que des arguments tirés de la clinique rendent vraisemblable l'hypothèse qui réunit ces centres du psychisme supérieur dans les lobes préfrontaux, centres d'association antérieurs de Flechsig, la démonstration définitive du bien fondé de cette manière de voir ne pourra être fournie que par la méthode anatomo-clinique. Ce qui en pareil cas constitue la caractéristique psychologique, c'est l'affaiblissement des fonctions psychiques supérieures — qui sont des fonctions de haut raisonnement, de volonté personnelle et consciente et aussi de frénation et de régulation des centres psychiques inférieurs — et l'émancipation des centres inférieurs qui prennent la direction exclusive de la vie psychique et deviennent d'une activité exubérante et maladive. Les types cliniques résultent du groupement, de diverses manières, de ces deux ordres de symptômes psychiques.

Cela étant, il me paraît difficile d'admettre, avec MM. Joffroy et Pierre Janet, que le psychisme supérieur et le psychisme inférieur ne sont que des degrés différents de l'activité des mêmes neurones. La possibilité de l'altération des uns ou des autres de ces groupes de neu-

rones, et la symptomatologie différente qui apparaît suivant que l'une ou l'autre de ces catégories de centres est atteinte, prouvent que, en clinique, il est nécessaire de distinguer les trois groupes de neurones psychiques que nous nous sommes efforcé d'établir, en nous basant cette fois, non plus sur l'étude des hystériques, mais sur des cas de lésion organique du cerveau.

Traitement de la gangrène sénile.

M. Verhoogen (de Bruxelles). — Le traitement de la gangrène sénile varie suivant que le sphacèle est ou non entièrement établi.

Dans le premier cas, on peut améliorer la circulation de la région menacée de gangrène soit en augmentant le calibre des artères, soit en fortifiant l'action du cœur.

Pour remplir la première indication, certains médicaments — outre le repos au lit, les enveloppements chauds ou les enveloppements secs dans un milieu chauffé — sont susceptibles de rendre des services. Parmi eux, la première place revient aux iodures, qui constituent d'excellents hypotenseurs. Pour en obtenir de bons effets, il est cependant indispensable d'en continuer l'administration pendant des mois sans interruption. Un usage aussi prolongé n'est toutefois possible et inoffensif qu'à la condition de ne pas faire prendre une dose supérieure à 0 gr. 20 centigr. de substance active par jour, faute de quoi on s'exposerait à des accidents d'iodisme (hémoptysies, etc.), notamment chez le vieillard, qui est très sensible à l'iode. Les nitrites alcalins, en injection hypodermique à la dose de 0 gr. 05 centigr., donnent également de bons résultats dans la gangrène sénile au début; leur emploi peut être prolongé pendant plusieurs mois sans inconvénient.

Parmi les médicaments de la deuxième catégorie — celle des cardiotoniques —, la digitale et ses succédanés sont efficaces, mais ont l'inconvénient d'agir d'une façon quelque peu brutale. La caféine serait le meilleur médicament de cet ordre, n'était qu'elle provoque l'insomnie, ce qui est un assez grave inconvénient. Aussi préféré-je la théobromine, dont les propriétés cardiotoniques précieuses sont cependant peu connues. Pour le cœur comme pour la diurèse, son action est d'ailleurs un peu lente à se manifester : elle n'est guère appréciable qu'au bout de deux ou trois jours. A la dose de 1 à 2 grammes *pro die*, l'administration de ce médicament peut être continuée pendant plusieurs mois; on l'associe utilement à la caféine à la dose quotidienne de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme.

Une fois la gangrène déclarée, il faut avoir recours aux pansements antiseptiques. Mais les bactéricides puissants, tels que le bichlorure de mercure ou le formol, sont trop irritants; l'acide borique, d'autre part, est insuffisant. Je me suis bien trouvé de lotions avec une solution de permanganate de potasse à 1 ‰, suivies de l'application permanente de compresses imbibées d'eau oxygénée récemment préparée. Quand ces pansements antiseptiques ne parviennent pas à arrêter les progrès de la gangrène, il ne reste plus qu'à recourir au traitement chirurgical.

M. Brissaud. — Il y a une forme de gangrène sénile où tous les médicaments sont d'une impuissance absolue, et où il faut de bonne heure avoir recours à l'intervention chirurgicale. Je veux parler des cas où il existe une lésion artérielle très haut située, par exemple dans l'iliaque ou à la bifurcation de l'aorte. En pareille occurrence, l'exérèse chirurgicale est le seul remède. On doit s'efforcer de rendre d'emblée l'opération aussi complète que possible, afin d'éviter au malade les inconvénients d'une série d'interventions successives. Dans ce but, il faut se rapprocher de la racine du membre autant qu'il est nécessaire pour que les lambeaux saignent au moment où on les taille.

Dans les faits dont il s'agit, ce n'est d'ailleurs pas toujours l'athérome qui est en cause : quelquefois on se trouve en présence d'un simple angiospasme. Tel fut le cas d'un homme de cinquante-sept ans, chez lequel l'angiospasme évolua avec tous les caractères de la gangrène sénile. Le malade présenta par trois fois des alternances d'angiospasme et de mélancolie, l'un guérissant lorsque l'autre apparaissait. Il succomba finalement; à l'autopsie, on trouva dans la fémorale un caillot oblitérant entièrement la lumière du vaisseau, tant le spasme avait été intense.

M. Verhoogen. — Dans la pathogénie de la gangrène sénile, il faut tenir compte de facteurs multiples; c'est ainsi que les névropathes sont très sujets à l'angiospasme. La gangrène n'apparaît d'ailleurs qu'au niveau des membres : dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer, il se produisait au début de chaque hiver une gangrène guérissant au printemps; l'été, le malade — un homme de trente-cinq ans — était toujours indemne de cet accident; par contre il présentait alors constamment le phénomène du doigt mort, sans que d'ailleurs il fût possible d'incriminer un mal de Bright latent.

J'insiste sur ce fait que si beaucoup d'athéromateux ne sont jamais atteints de gangrène, cela tient à ce que l'état du foie et du rein joue un rôle très important dans la pathogénie de cette maladie : celle-ci ne survient pas lorsqu'il y a intégrité des deux viscères en question.

Valeur séméiologique et classification des albuminuries orthostatiques.

M. J. Teissier. — Depuis la publication de mon étude sur l'*albuminurie orthostatique* (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 425-427), nombre d'observations ont été relatées sous cette dénomination, tant en France qu'à l'étranger. Il me paraît utile de dégager, au milieu de ces faits trop nombreux et quelque peu confus, les cas auxquels il semble légitime de réserver exclusivement la désignation d'albuminurie orthostatique.

A mon avis, il y a lieu de distinguer trois catégories principales d'albuminuries de la station debout :

1° Les *albuminuries orthostatiques mixtes* ou *symptomatiques*, qui ne sont autre chose qu'une forme particulière *des albuminuries résiduelles post-infectieuses*, et qui se caractérisent plutôt par une tension artérielle un peu élevée, et presque constamment par un certain degré d'imperméabilité rénale;

2° Les *albuminuries orthostatiques associées*, c'est-à-dire celles où d'autres facteurs contingents, tels que le surmenage cérébral ou des troubles digestifs marqués, interviennent, à côté de l'orthostatisme, comme cause provocatrice de l'albuminurie, à telle enseigne que souvent celle-ci disparaît avec la suppression des causes secondaires;

3° La *véritable albuminurie orthostatique*, qui répond à certains cas beaucoup plus rares : c'est à peine si l'on en trouve 20 observations bien nettes dans la littérature médicale. Elle est représentée par un type morbide très spécial, apparaissant presque exclusivement chez des sujets d'aspect fragile, à hérédité nerveuse chargée, comme dotés d'un certain degré d'infantilisme et surtout d'un système artériel peu développé (cœur petit, tension très basse, etc.).

Les caractères urologiques correspondants sont particulièrement intéressants : urines louches, chargées de mucus, avec élimination importante de sels et parfois de matières azotées, absence de cylindres granuleux et d'éléments figurés, et souvent exagération de la perméabilité rénale qui se traduit ici par une diurèse moléculaire atteignant les chiffres très élevés de 5 à 7,000 molécules par kilogramme, etc., etc.

J'estime qu'en pareil cas, l'albuminurie résulte d'une brusque anémie du rein, favorisée par l'étroitesse congénitale des artères et par l'appel du sang à la périphérie sous l'influence du passage à la station verticale, anémie bientôt suivie, avec le rétablissement de l'équilibre circulatoire, d'un coup de congestion par vaso-dilatation intense, entraînant la filtration de l'albumine à travers un appareil glomérulaire d'autant plus perméable qu'il est incomplètement développé et qu'il se trouve appelé à éliminer rapidement un plus grand nombre de molécules organiques. On sait précisément que chez l'enfant le taux de la diurèse moléculaire est particulièrement élevé.

Ces distinctions sont d'autant plus importantes à établir que, si les fausses albuminuries orthostatiques sont justiciables du régime général des albuminuries rénales ou du traitement des néphrites post-infectieuses, l'albuminurie orthostatique vraie a, du fait du développement physiologique de l'individu, une tendance spontanée à disparaître avec le temps et la croissance complète, et qu'elle relève surtout des pratiques hygiéniques (aération, exercices mesurés, hydrothérapie, etc.), auxquelles on peut parfois associer utilement l'usage du bromure, du quinquina ou de l'arsenic.

M. Linossier. — Tout en étant d'accord avec M. Teissier sur la nécessité de faire la scission entre les diverses variétés d'albuminurie orthostatique, j'estime cependant qu'il convient de ne pas oublier que toutes ces variétés ont un point commun, puisqu'elles sont, les unes et les autres, provoquées par l'orthostatisme. Or, comme je l'ai démontré en collaboration avec M. Lemoine (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 113), la station debout exerce une influence très sensible sur le fonctionnement du rein et se traduit par de l'oligurie simple, par de l'oligurie exagérée avec hypo-azoturie, ou par de l'albuminurie, suivant que l'on a affaire à des reins normaux ou plus ou moins altérés.

La glycogénie dans le diabète consomptif.

M. R. Lépine (de Lyon). — On admet généralement que la glycolyse est nettement diminuée chez la plupart des diabétiques, mais il est des cas, surtout de diabète à marche aiguë, où une formation exagérée du sucre semble contribuer davantage à la production de l'hyperglycémie que la diminution de la glycolyse. En pareille occurrence, la glycogénie tient sans doute, en grande partie, à la mutation excessive du glycogène en sucre; je suis, cependant, porté à admettre que la glycogénie se fait aussi sans l'intervention du glycogène, par suite d'une dénutrition exagérée des tissus. Avec la collaboration de M. Barral j'ai, en effet, établi, il y a plus de quinze ans, la réalité de la *glycogénie sans glycogène*, en supprimant la glycolyse *in vitro* dans le sang, et en étudiant la production de sucre qui s'y fait dans ces conditions. J'ai repris cette étude avec M Boulud, et nous avons, de plus, montré que cette glycogénie se produit, *in vivo*, dans la petite et dans la grande circulation, chez l'animal sain. Comme elle est beaucoup plus active dans certaines conditions morbides, il y a des raisons sérieuses de penser qu'elle intervient dans le diabète consomptif.

Le babeurre contre les gastro-entérites aiguës et chroniques des nourrissons.

M. Decherf (de Tourcoing). — Au cours d'une épidémie de gastro-entérite des nourrissons, qui a sévi dans le nord de la France pendant les mois de juin, juillet et août derniers, j'ai obtenu, dans des cas où la diète hydrique demeurait entièrement inefficace, d'excellents résultats par l'administration du babeurre, préconisée dans ces dernières années surtout à l'étranger (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 82). Chez tous les enfants qui ont été soumis à ce mode de traitement, le babeurre a amené une amélioration des plus rapides de l'état général, les phénomènes toxi-infectieux disparaissant en moins de vingt-quatre heures, et les garde-robes reprenant ensuite, par degrés, les caractères des selles normales.

Sur 3 enfants atteints de choléra infantile et traités par le babeurre, 2 ont survécu; l'un de ces derniers était un nourrisson âgé de quatre mois, dont l'état paraissait désespéré; la guérison complète fut néanmoins obtenue en six jours. Sur 22 cas de gastro-entérite aiguë, dont 8 très graves, je n'ai eu aucun décès à enregistrer. Le babeurre m'a donné de non moins bons résultats dans les nombreux faits de gastro-entérite chronique du nourrisson où j'y ai eu recours. J'ajoute que j'ai également obtenu d'excellents effets de ce mode de traitement chez 3 adultes atteints d'entérocolite muco-membraneuse.

Sur une forme clinique des paralysies de la coqueluche.

M. Cruchet (de Bordeaux). — J'ai observé avec M. Moussous un enfant de deux ans et demi, qui, au cours d'une coqueluche évoluant déjà depuis plusieurs semaines, présenta, à la suite d'une violente crise de convulsions, une aphasie qui ne disparut qu'au bout de cinq mois. En même temps on vit survenir des troubles parétiques qui se généralisèrent progressivement aux membres, au tronc et à la nuque,

mais sans jamais aboutir à une paralysie complète. La force musculaire, de même que les réactions électriques, mit plusieurs mois à reprendre son état normal.

Contrairement aux accidents d'aphasie, qui ne sauraient être légitimement imputés qu'à un foyer encéphalique, les phénomènes paralytiques semblent, dans le cas présent, de par leur distribution et leur évolution, devoir être rapprochés de certaines polynévrites qui se rencontrent au cours des maladies infectieuses, mais qui jusqu'ici n'ont été signalés que 4 fois dans la coqueluche, où les paralysies sont en générale d'origine centrale.

Les amnésies motrices fonctionnelles et le traitement des hémiplégiques.

M. Meige (de Paris). — Un examen attentif de la motilité permet de constater qu'il existe une différence, souvent considérable, entre les actes moteurs qu'un hémiplégique exécute spontanément et ceux qu'il serait capable d'exécuter. Nombre de mouvements qui étaient impossibles dans les premiers temps de la maladie sont devenus possibles par la suite, et cependant ne sont pas faits : l'hémiplégique les ignore; il les a oubliés. Ce sont là des *amnésies motrices fonctionnelles :* le malade fait parfois agir les muscles en question, mais il ne sait plus les utiliser en vue d'un acte fonctionnel déterminé. S'étant trouvé un certain temps réellement incapable d'exécuter un acte familier, puis, plus tard, n'arrivant pas à l'exécuter correctement du premier coup, il en conclut généralement qu'il ne pourra désormais y réussir. Et, ne sachant plus comment s'y prendre, il renonce à toute tentative.

A l'amnésie motrice s'ajoute l'*aboulie motrice.*

Ces amnésies et aboulies motrices aggravent la situation des hémiplégiques; leur infirmité leur apparaît plus grande qu'elle n'est réellement. Mais il est possible d'y remédier. Sans prétendre à la restauration de tous les actes moteurs, on peut du moins, dans nombre de cas d'hémiplégie, tirer parti d'une foule de mouvements oubliés et inutilisés par les malades. On peut leur apprendre à s'orienter en vue de différents buts fonctionnels (marche, station, actes de se lever, de s'asseoir, de s'habiller, de manger, d'écrire, etc.). Ici la discipline psychomotrice dont nous avons, avec M. Brissaud, signalé les heureux effets en plus d'une occasion, nous a donné déjà d'appréciables résultats. En multipliant les interventions psychomotrices à l'aide d'exercices adaptés à des buts définis et suffisamment répétés, on arrive à créer ces habitudes d'associations motrices qui constituent nos actes usuels, et dont les hémiplégiques n'ont souvent perdu que le souvenir. Ces restaurations fonctionnelles ont, en outre, une heureuse répercussion aussi bien sur l'appareil moteur (les muscles se développent, les contractures et les rétractions sont atténuées) que sur les centres et les conducteurs nerveux : l'organe bénéficie de l'exercice de la fonction; enfin, le moral du patient en est heureusement influencé.

La dysarthrie linguale intermittente en tant que signe précurseur du ramollissement cérébral.

M. Huyghe (de Lille). — Dans 3 cas de ramollissement cérébral, j'ai pu noter un signe qui me paraît avoir une certaine valeur diagnostique en ce qu'il permet de prédire, très longtemps à l'avance, l'apparition des accidents graves de l'affection dont il s'agit. Ce signe consiste en une dysarthrie linguale intermittente qui, d'abord peu marquée et ne s'accentuant qu'à l'occasion d'une émotion (colère ou conversation animée, par exemple), devient progressivement plus considérable et plus évidente, jusqu'au moment où éclatent l'ictus et l'hémiplégie. A l'examen, la langue offre une légère atrophie perceptible à la vue et au toucher.

Traitement massothérapique des crampes professionnelles.

M. Kouindjy (de Paris). — La crampe des écrivains doit être envisagée comme une ataxie occasionnelle, analogue à celle qui se produit chez les tabétiques au moment de la marche. La crampe peut d'ailleurs se généraliser, et j'ai moi-même observé un cas où elle se montrait non seulement à propos de l'action d'écrire, mais aussi lorsque le malade portait une cuiller à la bouche, pendant la promenade, etc.

Le procédé qui m'a donné les meilleurs résultats dans le traitement de la crampe des écrivains consiste dans la rééducation méthodique à l'aide de certaines manœuvres massothérapiques ayant pour objet d'augmenter la tonicité des extenseurs. Les manœuvres les plus efficaces sont les effleurages superficiels et profonds, les pressions profondes, circulaires et longitudinales; le pétrissage, la vibration et la percussion digitale sont également fort utiles. Au contraire, toute manœuvre brusque doit être proscrite. Ces manœuvres sont complétées par des exercices ayant également pour but de rendre leur tonicité aux extenseurs. Les exercices que l'on fait exécuter en vue de la rééducation de l'écriture ont lieu la main renversée. C'est là un procédé précieux surtout dans les rechutes, fréquentes et rebelles, de l'ataxie professionnelle. La durée totale du traitement varie de deux à quatre mois.

M. G. Ballet. — La crampe des écrivains est un phénomène cortical ; tel est le fait capital qui domine son histoire. Il implique, chez les malades qui en sont atteints, la nécessité d'une rééducation psychique tout comme chez les tiqueurs. Très souvent d'ailleurs il suffit, pour obtenir la guérison, d'exiger des malades qu'ils écrivent lentement.

Anasarque mortel dans un cas d'entérocolite traitée par des solutions chlorurées.

M. Sorel (de Toulouse). — J'ai observé récemment un enfant de dix-huit mois, atteint d'entérocolite, chez lequel des lavages de l'intestin à l'eau salée furent suivis d'une amélioration des phénomènes intestinaux; mais en même temps apparut un œdème généralisé qui emporta le petit malade par gangrène généralisée. L'emploi thérapeutique des solutions chlorurées n'est donc pas toujours exempt de danger.

Le réflexe cutané abdominal au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite.

M. Sicard. — J'ai eu l'occasion de constater qu'au cours de la fièvre typhoïde le réflexe cutané abdominal reste aboli à la période d'état pour réapparaître pendant la convalescence. D'autre part, j'ai également constaté, dans 2 cas d'appendicite, que ce même réflexe manquait du côté droit; là encore, il se montra de nouveau dès que les symptômes morbides se dissipèrent.

Cette disparition du réflexe cutané abdominal ne saurait être d'origine centrale, puisque les autres réflexes sont conservés : il s'agit d'un phénomène purement local, qui est évidemment en rapport avec les lésions intestinales sous-jacentes, comme le prouve le parallélisme entre l'évolution de ces lésions et l'état du réflexe en question.

M. Cruchet dit avoir constaté que, dans les gastro-entérites suraiguës de l'enfance, les réflexes abdominaux sont fréquemment abolis, que dans les gastro-entérites subaiguës ils sont exagérés ou normaux, et dans les formes chroniques généralement diminués.

Le cœur dans le rhumatisme chronique.

M. Barié (de Paris) lit, sur ce sujet, un mémoire dans lequel il montre que les cardiopathies organiques peuvent compliquer le rhumatisme déformant à tout âge : plus fréquentes chez les sujets âgés, elles peuvent cependant s'observer même chez l'enfant. Les lésions aortiques et surtout l'insuffisance sigmoïdienne prédominent sensiblement sur les altérations mitrales; la péricardite, isolée ou associée à d'autres cardiopathies, tantôt sèche, tantôt avec épanchement, se rencontre presque aussi fréquemment que l'endocardite.

Au point de vue pathogénique, ces cardiopathies organiques relèvent, suivant les cas, d'une infection (blennorrhagie, scarlatine, fièvre typhoïde, septicémie puerpérale, etc.) ou d'une intoxication (altérations dyscrasiques qui se caractérisent par des troubles bradytrophiques).

M. Chantemesse (de Paris) fait une communication sur la *sérothérapie de la fièvre typhoïde*, en complétant la statistique qu'il a fournie antérieurement (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 6): en tout, sur 545 dothiénentériques observés au Bastion 29, du 1er avril 1901 au 26 octobre 1904, et traités par le sérum antityphique, 22 ont succombé, ce qui représente une mortalité de 4 %, alors que la moyenne de la mortalité typhoïdique dans les hôpitaux parisiens a été, pour cette même période, de 18 %.

M. Rocaz (de Bordeaux) donne lecture d'un travail sur une localisation primitive de la diphtérie qu'il a décrite, il y a deux ans environ, sous le nom d'*adénoïdite diphtérique primitive.*

M. Bernheim (de Paris) fait une communication tendant à la création de blanchisseries municipales pour éviter la propagation des maladies infectieuses, notamment de la tuberculose.

M. Scherb (d'Alger) relate un cas de tabes chez un Arabe, le seul qu'il ait observé dans les hôpitaux d'Alger en l'espace de sept ans.

Drs L. Cheinisse et F. Munch (de Paris).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 5 et 12 octobre 1904.

Sur une nouvelle variété d'incontinence nocturne d'urine.

M. Bazy. — A côté des variétés classiques d'incontinence nocturne d'urine, il en est une sur laquelle je désire attirer votre attention : c'est l'incontinence nocturne symptomatique de la pyélite et de la pyélonéphrite. Dans beaucoup de cas, elle se manifeste seulement comme un phénomène secondaire, signalé accessoirement par les malades, et le diagnostic de l'affection rénale se fait très facilement à l'aide des autres signes. Mais parfois elle constitue le fait primordial, pour lequel les patients viennent nous consulter, et c'est alors qu'il faut songer à cette variété d'incontinence, qui peut conduire au diagnostic de la lésion du rein, sans que les symptômes ordinaires de celle-ci aient été accusés tout d'abord. On devra penser à cette incontinence par pyélite ou pyélonéphrite, lorsque le trouble fonctionnel se manifeste à un âge où l'incontinence essentielle n'existe plus guère, et qu'il se produit d'une façon intermittente, surtout si l'on constate que les urines ne sont pas claires et si le malade se plaint en même temps de pollakiurie nocturne.

Scapulectomie pour sarcome de l'omoplate.

M. Picqué. — M. Estor (de Montpellier) nous a envoyé une observation sur laquelle je suis chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'un cas de scapulectomie totale, avec résection des deux tiers externes de la clavicule et de la tête humérale, chez une jeune fille de quatorze ans, pour un sarcome primitif de l'omoplate; notre confrère fixa l'humérus à la portion conservée de la clavicule, mais cette suture ne tint pas. Une récidive dans les parties molles, survenue dix mois après la première intervention, nécessita une nouvelle opération; actuellement — la scapulectomie datant de dix-sept mois —, la guérison se maintient, et le résultat fonctionnel est assez satisfaisant : la malade a conservé la force de sa main du côté opéré, et elle peut porter son bras en abduction, ainsi que sur la région postérieure du tronc.

Le délai assez court qui s'est écoulé depuis l'apparition de la première récidive (sept mois) ne permet pas encore de se prononcer sur le résultat définitif. Pour ma part, je possède un cas de scapulectomie pour sarcome, où la guérison persistait au bout de six ans.

M. Berger. — Je crois que la scapulectomie donne des résultats aussi bons — peut-être même meilleurs — que ceux de l'amputation interscapulo-thoracique. J'y ai notamment eu recours dans un cas de sarcome de l'omoplate, pour lequel la guérison date déjà de plusieurs années.

Procédé de réfection de l'urèthre, en cas d'hypospadias balanique, aux dépens du prépuce.

M. Picqué. — Le procédé de cure de l'hypospadias balanique sur lequel MM. Gaudier et Colle (de Lille) nous ont adressé un travail dont je dois vous rendre compte, est basé sur le même principe que ceux de Wood et de König. Il consiste essentiellement, après une circoncision partielle qui ne laisse subsister que les deux lambeaux préputiaux bordant de part et d'autre la gouttière uréthrale, à fixer ces lambeaux, par leur face cruentée, aux deux bords de cette gouttière, préalablement avivés, puis à dédoubler ces lambeaux et à les suturer l'un à l'autre sur la ligne médiane, muqueuse à muqueuse et peau à peau, au-dessus d'un bout de sonde. On crée ainsi un urèthre complet, entièrement tapissé de muqueuse dans toute son étendue.

Dans le cas où nos confrères ont pratiqué cette opération, une seule retouche a suffi pour obtenir un très bon résultat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 21 et 28 octobre 1904.

Chlorose et tuberculose.

M. Labbé communique l'observation d'une jeune fille de vingt-sept ans qui, tant au point de vue clinique qu'hématologique, offrait tous les caractères de la chlorose. L'examen de la poitrine démontra, en outre, l'existence de signes manifestes de tuberculose pulmonaire (submatité et craquements secs au niveau des sommets). L'anamnèse apprit enfin qu'à l'âge de douze ans cette jeune fille avait eu des adénopathies cervicales qui s'étaient comportées comme des adénopathies tuberculeuses, et que, d'autre part, elle s'enrhumait facilement et toussait presque tous les hivers. De ces diverses constatations, l'orateur conclut à l'existence d'un rapport de subordination très étroit entre la tuberculose et la chlorose. Cette dernière affection, d'après lui, ne saurait plus être considérée comme une entité morbide, mais constituerait une anémie symptomatique, liée à la tuberculose dans un très grand nombre de cas, et, dans les autres, à des infections ou intoxications diverses.

La conséquence pratique qui découle de cette interprétation, c'est que le traitement ne doit pas viser la chlorose elle-même, mais la cause qui l'a déterminée et, à ce propos, M. Labbé fait remarquer que les préparations ferrugineuses sont injustement bannies de la thérapeutique de la chlorose par beaucoup de médecins, qu'il y a eu recours chez sa malade et que sous leur influence le sang a rapidement récupéré ses caractères normaux, en même temps que s'améliorait l'état général.

M. Comby rappelle que la chlorose est surtout une maladie des jeunes filles, que les garçons en sont au contraire presque exempts, qu'elle se montre habituellement aux approches de la puberté et qu'elle guérit souvent d'une façon complète : autant de raisons qui, à son avis, rendent difficilement acceptable l'opinion d'après laquelle la chlorose serait symptomatique de la tuberculose.

M. Faisans ne croit pas non plus, malgré la fréquence des rapports de la chlorose avec la tuberculose, qu'on soit actuellement en droit de rayer cette affection du cadre nosologique. Il estime en outre, contrairement à l'opinion de M. Labbé, que le fer est plus nuisible qu'utile dans le traitement de la chlorose et que celle-ci doit être combattue surtout par le repos horizontal, l'aération et la suralimentation.

M. Barié fait remarquer que la tuberculose n'est pas la seule affection pouvant emprunter le masque de la chlorose : un nombre relativement assez considérable d'affections très diverses, comme le goitre exophtalmique, le rétrécissement mitral, pourraient constituer un groupe intéressant de pseudo-chloroses ou mieux de chloroses symptomatiques. L'orateur cite le cas d'une jeune femme présentant tous les signes d'une chlorose grave, chez laquelle on découvrit, plusieurs mois après, un kyste hydatique du foie en voie de développement. La malade fut opérée, guérit complètement et les signes de la chlorose disparurent ensuite à leur tour.

Sur un cas de pustule maligne.

M. Chauffard. — J'ai observé, avec M. Laederich, un homme de quarante-cinq ans, mégissier, qui entra à l'hôpital vingt-quatre heures après l'apparition d'une pustule maligne, située sur le côté gauche de la nuque. La période fébrile de la maladie ne dura que quatre jours, mais l'élimination de l'eschare exigea près d'un mois et fut retardée par la formation d'un abcès dû à une infection secondaire.

Malgré les caractères tout à fait typiques de cette pustule maligne, la présence de la bactéridie charbonneuse n'a pu être décelée dans la sérosité des vésicules ni par l'examen direct, ni par l'ensemencement. L'inoculation de cette sérosité au cobaye n'a déterminé qu'une phlyctène et une eschare d'aspect charbonneux sans septicémie. C'est là une intéressante particularité, car cette eschare n'a jamais encore été produite expérimentalement chez le cobaye, même en atténuant la virulence de la bactéridie charbonneuse. J'ajouterai que l'ensemencement du sang est resté stérile et que la formule sanguine était beaucoup moins modifiée chez cet homme que dans le cas d'œdème malin que je vous ai communiqué l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 242). Enfin, les éliminations urinaires étaient plutôt exagérées, tandis qu'elles s'étaient montrées diminuées dans le cas d'œdème malin.

Un dernier point qui mérite d'être noté, c'est que le malade atteint d'œdème malin a été emporté par une septicémie charbonneuse, tandis que le sujet atteint de pustule maligne a guéri à la suite d'une cautérisation au thermocautère, malgré l'intensité beaucoup plus considérable des lésions locales et des phénomènes généraux.

Transmissibilité de la dysenterie amibienne en France.

M. Dopter. — Les cas de dysenterie amibienne observés jusqu'ici en France étaient originaires des colonies; aussi considère-t-on généralement les foyers de cette affection comme stériles et non susceptibles d'extension. Cette opinion me semble trop absolue, car j'ai pu observer plusieurs cas de dysenterie amibienne, née en France, chez des soldats d'un régiment colonial de Paris n'ayant jamais séjourné aux colonies, et qui ont contracté leur affection au contact de dysentériques venant des pays chauds. La présence dans les selles de 2 de ces malades d'amibes semblables à celles des soldats venant des pays chauds, les résultats positifs, leur inoculation au chat, l'absence dans les mêmes selles de bacilles dysentériques, ne peuvent laisser le moindre doute sur le diagnostic.

Ces faits méritent d'être rapprochés d'une véritable épidémie de famille provoquée par Jürgens sur des chats placés dans une même cage; ils entraînent, par conséquent, la mise en vigueur, contre la dysenterie amibienne, des mêmes mesures prophylactiques que vis-à-vis de la dysenterie bacillaire, bien que le caractère contagieux de cette dernière affection soit beaucoup plus net.

Œdèmes aigus familiaux, cutanés et glottiques.

M. Apert communique, en son nom et au nom de M. Delille, l'observation d'un enfant de neuf ans qui fut amené à l'hôpital pour un œdème aigu de la glotte, de cause indéterminée, lequel disparut spontanément au bout de vingt-quatre heures.

L'anamnèse apprit qu'un oncle de cet enfant avait subi autrefois la trachéotomie pour un œdème aigu récidivant de la glotte, et, en outre, que le père, le frère aîné et un autre oncle du petit malade étaient sujets à des crises d'œdème localisé sur différents points de la surface cutanée. Par contre, aucun des membres féminins de la même famille n'a présenté d'accidents semblables.

Il s'agit là, d'après l'orateur, d'une forme familiale de la maladie de Quincke ou œdème aigu circonscrit de la peau, avec participation du larynx chez 2 sujets sur 5. A noter que chez les 3 hommes de la première génération l'affection a débuté à l'âge adulte, tandis qu'elle s'est déclarée dès la première enfance chez les 2 garçons de la deuxième génération.

Cirrhose hypertrophique tuberculeuse de la rate.

M. Weil relate, au nom de M. Jeanselme et au sien, l'observation d'une femme chez laquelle on constata, au cours d'une phtisie fibreuse chronique, d'abord un mal de Pott, puis, deux mois avant la mort, une splénomégalie douloureuse.

L'autopsie ne décela nulle part des altérations spécifiques tuberculeuses, mais seulement des lésions de sclérose banale. Les coupes du foie rappelaient celles des cirrhoses de Laënnec et dans la rate tous les éléments étaient modifiés, sauf les corpuscules de Malpighi. En l'absence d'antécédents alcooliques et d'accidents hépatiques antérieurs, l'orateur croit pouvoir rattacher à une généralisation granulique et la cirrhose hépatique, restée latente pendant la vie, et la splénomégalie qui seule avait attiré l'attention.

Cirrhose hypertrophique de la rate sans cirrhose du foie.

M. Galliard communique l'observation d'une femme de soixante-sept ans, entrée à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques et un état cachectique qui firent penser à un cancer de l'estomac, et à l'autopsie de laquelle on trouva une cirrhose hypertrophique de la rate. Le foie, les reins et le cœur étaient sains. L'origine de cette cirrhose de la rate, indépendante de toute lésion leucémique, est restée indéterminée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 octobre 1904.

La prophylaxie de l'échinococcose.

M. Dévé. — S'il paraît vain de chercher à lutter contre les progrès de l'échinococcose en empêchant la *transmigration d'aller* du parasite (du carnivore à l'herbivore, ce dernier absorbant de l'eau ou des végétaux souillés par des déjections tænifères de carnivore), il semble, au contraire, possible de mettre obstacle à sa *transmigration de retour* (de l'herbivore au carnivore). Dans ce but, il conviendrait de prescrire la saisie d'office, dans les abattoirs, et la destruction effective, par incinération, de tout viscère envahi par les échinocoques — alors qu'à l'heure actuelle de tels viscères, impropres à la consommation humaine, sont vendus dans certaines villes comme « nourriture pour chiens et pour chats » —, et, en outre, de réglementer strictement l'entrée des chiens dans les abattoirs urbains. En prévenant ainsi l'infestation des carnivores domestiques, on empêcherait du même coup l'absorption des œufs de ténia par les ruminants et par l'homme.

Sur la circulation rénale.

M. Bazy. — Les classiques refusent aux branches de l'artère rénale le caractère terminal; or, de faits cliniques et expérimentaux que j'ai pu observer, il résulte que cette opinion est erronée : c'est ainsi que la ligature d'une de ces branches détermine l'affaissement de la partie correspondante de la surface rénale, qui prend en même temps une teinte feuille morte, et la piqûre de cette portion du rein ne donne plus dès lors la moindre goutte de sang.

On voit, par conséquent, combien est illogique la conduite des chirurgiens qui pratiquent la résection de certaines branches dites aberrantes de l'artère rénale, considérées à tort comme causes de l'hydronéphrose, surtout de l'hydronéphrose intermittente. Une telle résection est en effet inutile, les branches artérielles en question ne jouant qu'un rôle tout à fait secondaire dans la production de cette affection; elle est de plus nuisible, vu qu'elle entraîne la suppression fonctionnelle d'une partie du parenchyme rénal.

La persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale.

M. Dagonet. — J'ai examiné différents fragments de l'écorce cérébrale de 3 paralytiques généraux, au moyen de la nouvelle méthode de coloration des neurofibrilles par l'argent réduit, de Ramón y Cajal.

Dans les régions les plus lésées de l'écorce, comme dans celles qui l'étaient peu, j'ai tou-

jours vu un enchevêtrement extraordinairement riche de neurofibrilles extracellulaires, parmi lesquelles se trouvent aussi des fibrilles de névroglie imprégnées par l'argent réduit. Cet enchevêtrement est traversé par de longs faisceaux parallèles de neurofibrilles se dirigeant vers la surface et qui sont la terminaison périphérique des prolongements des cellules pyramidales.

Ces constatations, en permettant d'affirmer la persistance, avec les mêmes caractères qu'à l'état normal, des neurofibrilles dans la paralysie générale, sont de nature à expliquer les rémissions de certains paralytiques qui, après être restés des mois dans l'hébétude la plus complète, en sortent parfois brusquement en retrouvant leurs souvenirs et leur conscience.

Variations des échanges nutritifs dans les dermatoses.

MM. Desgrez et **Ayrignac**. — Nous poursuivons, depuis plusieurs années, une série de recherches relatives aux variations des échanges nutritifs dans les dermatoses. En appliquant à l'interprétation des résultats les méthodes de mesure de M. Bouchard, nous avons constaté, dans le plus grand nombre des cas, une adiposité et une excitation catalytique notablement supérieures aux moyennes correspondantes. L'activité histolytique est, au contraire, excessivement réduite chez presque tous les malades. La qualité même de l'histolyse, c'est-à-dire le coefficient d'utilisation azotée, n'est inférieure à la normale que dans 50 % environ des cas, comme si, l'élaboration azotée étant quantitativement ralentie, la qualité de cette élaboration devait jusqu'à un certain point la compenser. Quant au rapport de l'acide urique à l'urée, il est, en général, supérieur à sa valeur normale.

Influence du temps sur la résistance du virus syphilitique.

M. Salmon. — L'influence du temps, soit destructive, soit indifférente, sur la vitalité du virus syphilitique peut être difficilement précisée par les données de la clinique, mais on peut résoudre le problème par l'inoculation à l'animal. Si, en effet, l'on inocule au singe deux variétés d'un même virus. l'une consistant en pus syphilitique fraîchement recueilli, l'autre en pus retiré de l'organisme depuis quelques heures, on constate que le virus frais transmet la vérole, tandis que le virus conservé, desséché, reste inactif.

Sur la coloration des granulations graisseuses du sang.

MM. Gilbert et **Jomier**. — En fixant par le liquide de Flemming, avant toute rétraction du caillot, le sang de deux chiens à sérum opalescent, nous avons mis en évidence une pléiade de petits grains bruns qu'aucun auteur n'avait réussi jusqu'ici à colorer par l'acide osmique, même lorsque la nature franchement graisseuse de ces granulations était démontrée par leurs autres réactions.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'accouchement dans l'utérus isolé; l'adrénaline en obstétrique, par M. E. Kurdinowsky.

Si, chez une lapine vivante, on introduit une canule dans l'aorte et une seconde dans la veine cave, et qu'on chasse tout le sang contenu dans les organes génitaux en poussant dans les vaisseaux de la solution de Locke, on peut ensuite extirper l'utérus avec toutes ses annexes — ligaments larges et ronds, tissu cellulaire pelvien, fragments de l'aorte et de la veine cave —, le porter dans la chambre humide et lui conserver pendant une demi-heure en moyenne sa contractilité, à la condition de poursuivre l'irrigation avec la solution de Locke. En opérant à basse température (3° ou 4°), on parvient même à réveiller les contractions utérines jusqu'au second et au troisième jour qui suivent l'extirpation.

En répétant plusieurs fois cette curieuse expérience chez la femelle du lapin, M. Kurdinowsky a pu étudier la contractilité utérine et, en particulier, observer chez 2 femelles pleines toutes les phases de l'accouchement. Il a remarqué notamment que l'utérus gravide réagit mieux que le non gravide aux différents excitants : parmi ceux-ci, il est à noter que les agents thermiques ou mécaniques sont plus effectifs que l'électricité. On peut donc conclure de ces recherches que la matrice est capable de se passer du système cérébro-spinal pour se contracter ou pour accoucher.

L'auteur a également mis à profit ces expériences pour étudier, sur l'utérus isolé, l'action de quelques substances médicamenteuses qu'il dissolvait au préalable dans la solution devant irriguer les vaisseaux utérins. L'hydrate de chloral et l'alcool, par exemple, doivent être employés à de très fortes doses pour paralyser les contractions utérines. L'ergot de seigle provoque des contractions, mais sans amener de vasoconstriction notable; l'hydrastinine agit de même. Il est donc probable qu'en clinique ces deux derniers médicaments n'ont d'action hémostatique que par l'intermédiaire du système nerveux central. Quant à l'adrénaline, employée en solution même très faible (au dix millionième), elle augmente à un degré extrême l'irritabilité musculaire de l'utérus, car le moindre attouchement provoque alors des contractions tétaniques. Elle détermine aussi une vasoconstriction énergique, à tel point que le courant du liquide passant par les vaisseaux devient quatre fois et demie plus lent qu'en temps ordinaire. Sur la lapine vivante, en injectant dans une veine auriculaire une solution faible d'adrénaline (de 0.0001 à 0.001 %), on obtient de même des contractions tétaniques que la méthode graphique montre entièrement semblables aux précédentes. Il semble donc que l'adrénaline, au point de vue hémostatique, soit de beaucoup plus active que les substances employées jusqu'ici dans le même but. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.) — R. DE B.

Sur l'albuminurie essentielle, par M. C. Posner.

L'auteur relate l'histoire clinique d'un homme âgé de quarante et un ans et qui, depuis vingt années, présente constamment un léger degré d'albuminurie quand il n'observe pas un repos absolu, sans que toutefois il existe aucun signe autorisant l'hypothèse d'une néphrite. Bien que de pareils faits ne soient pas très rares, il est cependant tout à fait exceptionnel qu'ils aient été suivis avec soin au jour le jour pendant un laps de temps aussi prolongé qu'il a été possible de le faire dans le présent cas.

Le sujet en question, originaire d'une région paludéenne, fut atteint, à l'âge de dix-neuf ans, d'une fièvre tierce assez rebelle qui laissa à titre de reliquat une névralgie sus-orbitaire typique. C'est deux ans après cette attaque paludéenne, le dixième jour d'une scarlatine, que l'on constata pour la première fois de l'albumine dans les urines. Cette albuminurie, d'ailleurs légère et éphémère, puisqu'on ne put en reconnaître l'existence qu'une seule et unique fois par l'examen des urines, ne s'accompagna ni d'oligurie, ni d'œdème, ni de fièvre; il est donc vraisemblable qu'il n'y eut pas de néphrite. Trois mois après la fin de la scarlatine, on vit l'urine se troubler; on y constata alors la présence d'albumine en quantité considérable. Grâce au repos absolu au lit, et sous l'influence d'un régime approprié, l'albuminurie disparut rapidement et complètement, du moins la nuit. Le jour, en effet, il suffisait que le sujet fît quelques mouvements pour que, en l'espace de peu de minutes, l'albumine reparût dans l'urine. Cette albuminurie orthostatique persista depuis lors, sans que ni un régime lacté absolu ni l'usage modéré d'alcool parvinssent à modifier les choses en quoi que ce fût. Pendant cette période, la densité de l'urine varia entre 1,009 et 1,015; elle était donc légèrement inférieure à la normale. Mais, à aucun moment, on ne réussit à déceler ni des cylindres urinaires ni des hématies ou des leucocytes. A part la présence de l'albumine, le taux des éléments fixes de l'urine (urée, chlorure de sodium) paraissait normal; parfois il y avait un excès de phosphates suffisant pour troubler l'urine. Quant à l'état général, il ne cessa de se maintenir parfait; une seule fois, et d'une façon passagère, on constata une très légère dilatation du ventricule gauche.

Depuis vingt ans que dure cette albuminurie, les changements qui se sont produits tant dans l'état général que dans l'état local ont été tout à fait insignifiants; le cœur, les poumons, le foie et les yeux, notamment, semblent absolument indemnes. On note seulement, outre un certain degré d'anémie, un état assez prononcé de neurasthénie, que l'auteur met sur le compte des préoccupations que cause au sujet la connaissance de son état.

L'origine de l'albuminurie serait, pour M. Posner, imputable à la scarlatine dont le malade fut atteint peu avant le début de son albuminurie. Encore que la filiation des phénomènes ne soit pas manifeste dans tous ses détails, la toxi-infection aurait déterminé une altération du filtre rénal, altération devenue ensuite durable et permanente. Issue de phénomènes morbides, pathologique elle-même par conséquent, une pareille albuminurie ne saurait légitimement recevoir l'épithète de « physiologique » qu'on lui réserve souvent, et qui donne à supposer qu'elle correspond à un état normal. Le terme d'albuminurie orthostatique conviendrait mieux, parce que, à défaut de prétentions pathogéniques, il caractérise du moins le trait principal du syndrome. L'auteur lui préfère cependant l'appellation d'*albuminurie essentielle*, qui, même si on ne l'accepte que provisoirement, aurait toutefois l'avantage de ne préjuger de rien, tout en donnant au trouble fonctionnel la part fondamentale qui paraît lui revenir dans les cas dont il s'agit. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de cette question de nosographie, l'observation relatée par M. Posner prouve que les albuminuries fonctionnelles, même rebelles à tout traitement, comportent néanmoins un pronostic bénin, et qu'elles sont compatibles avec une santé parfaite et une survie parfois très longue. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — F. M.

Atrophie jaune aiguë du foie pendant les suites de couches, par M. Robert Cohn.

On connaît depuis longtemps les ictères de la grossesse, mais il ne semble pas qu'on ait encore observé cette complication pendant les suites de couches, comme le fait est signalé par M. Cohn.

Une multipare de trente ans fut prise, au cinquième jour de ses couches, de fièvre avec frissons. Au bout de quelques jours, la fièvre tomba, puis reparut, pour retomber encore, et se montrer une dernière fois. Pendant tout ce temps on n'avait rien observé d'anormal du côté des lochies ni de l'utérus, et l'état général, malgré un certain affaiblissement, paraissait satisfaisant. Trente-quatre jours après son accouchement, on permit à cette femme de se lever et dix jours plus tard on crut pouvoir la congédier : elle était à ce moment apyrétique, mais, depuis trois jours, elle avait un léger ictère auquel on n'attacha pas grande importance et qu'on mit au compte de la fièvre puerpérale qu'elle venait de subir. Or, trois jours après sa sortie, l'ictère se fonça, du délire nocturne apparut et la malade dut rentrer d'urgence à l'hôpital où elle expirait le lendemain, sans avoir présenté de fièvre et avec un pouls relativement bon, quoique accéléré.

A l'autopsie, on trouva le foie très atrophié : il ne pesait que 858 grammes. Sa coupe ne laissait plus distinguer la disposition acineuse; elle était rouge brun et parsemée d'îlots jaunâtres ou rouge clair; on porta le diagnostic d'atrophie jaune aiguë du foie, diagnostic que confirma l'examen microscopique. Mais là ne se bornaient pas les lésions : la veine utéro-ovarienne droite était complètement oblitérée et ne formait plus qu'un cordon solide à la coupe duquel se montraient des masses presque sèches, granuleuses, alternativement brun jaunâtre et noir verdâtre. Des altérations analogues se rencontraient dans les veines hypogastriques et dans la veine cave inférieure, qui était oblitérée jusqu'à l'embouchure de la veine rénale. La rate n'était pas hypertrophiée.

Il s'était donc développé une thrombose pyémique des veines du petit bassin et ultérieurement des veines cave et utéro-ovariennes. Il est douteux que ces thromboses aient été la cause directe de l'atrophie hépatique, car les vaisseaux du foie n'étaient nullement thrombosés. Il est à noter, d'autre part, que cette femme était indemme de syphilis, affection qu'on a quelquefois rendue responsable de l'ictère grave des femmes enceintes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 août 1904.) — R. DE B.

Coexistence de la rougeole et de la scarlatine, par M. B. Hukiewicz.

L'auteur a eu l'occasion d'observer dans le service de M. Pospischill 21 cas de coexistence de la rougeole et de la scarlatine. Chez 2 de ces enfants, l'exanthème scarlatineux précéda l'éruption morbilleuse; chez 10 autres, la succession des phénomènes morbides fut inverse; enfin, dans 9 cas, les petits malades présentaient, au moment de leur admission, les deux exanthèmes, sans qu'il fût possible d'en établir exactement l'ordre de filiation.

La symptomatologie est, en pareille occurrence, des plus variables : les deux éruptions peuvent évoluer de la manière habituelle, sans s'influencer réciproquement, ou bien au contraire la coexistence des exanthèmes en modifie tellement les caractères qu'il devient difficile d'en faire le diagnostic.

Quant au pronostic de ces infections associées, M. Hukiewicz a remarqué que, précédée d'une rougeole, la scarlatine tend à se manifester sous des formes graves. D'autre part, il a été à même de se convaincre que l'infection morbilleuse crée une prédisposition à la scarlatine. A cet égard, la seconde moitié de la période d'incubation et la période prodromique sont particulièrement dangereuses; la prédisposition est moins marquée au cours de la première moitié de la période d'incubation et après la période d'éruption, encore que, même dans ce dernier stade de la rougeole, les petits patients soient exposés à contracter la scarlatine, beaucoup plus que les enfants bien portants ou atteints d'autres maladies infectieuses. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 5.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Un cas de chylothorax chez un enfant en bas âge, par M. N. Filippov.

L'observation relatée dans le présent mémoire a trait à un petit garçon de dix-huit mois, qui fut admis à l'hôpital pour une toux violente avec fièvre et dyspnée. On constata d'abord l'existence d'une pneumonie intéressant le lobe inférieur du poumon gauche; puis, au bout de trois jours, on nota un épanchement modéré dans la plèvre droite, et, quarante-huit heures plus tard, la plèvre gauche présentait également des signes très nets d'un exsudat, qui, d'ailleurs, augmenta rapidement, accompagné de cyanose et d'affaiblissement cardiaque. L'épanchement ne tarda pas à déplacer le cœur à droite. On pratiqua une ponction exploratrice, laquelle fournit 10 c.c. d'un liquide lactescent, inodore, de réaction alcaline, et qui, abandonné à lui-même, ne se coagulait pas. En présence de cette constatation, M. Filippov posa le diagnostic de chylothorax et, l'état du petit malade ayant empiré au point de faire craindre un dénouement fatal à brève échéance (cyanose, pouls à peine perceptible, battant 180 fois à la minute, extrémités algides, convulsions, etc.), il se décida à faire une thoracotomie dans le sixième espace intercostal. L'opération à peine commencée, on vit la respiration et le pouls s'arrêter; on incisa alors rapidement tous les tissus mous et on procéda à la dilatation de la plaie, ce qui donna lieu à un écoulement abondant d'un liquide laiteux, analogue à celui qui avait été obtenu lors de la ponction exploratrice; aussitôt après, la respiration et le pouls se rétablirent. On introduisit dans la plèvre un cathéter mou et on appliqua un pansement aseptique. Le soir du même jour, on constata une amélioration considérable : la dyspnée avait diminué, la cyanose était complètement disparue, le petit malade prenait volontiers le sein et avait un peu dormi. Mais, les jours suivants, du chyle s'écoula en quantité, chaque fois que l'on renouvela le pansement; en même temps, l'enfant s'affaiblit de plus en plus et, au bout d'une semaine, il succomba au milieu de phénomènes de prostration générale avec épuisement progressif de l'activité cardiaque et convulsions dans les extrémités.

L'analyse chimique et l'examen microscopique du liquide extrait de la plèvre montrèrent qu'on avait réellement eu affaire à un chylothorax. En ce qui concerne la pathogénie de l'affection, on ne saurait invoquer dans le présent cas ni un traumatisme, ni l'existence d'un néoplasme. Aussi l'auteur serait-il porté à croire que le processus morbide avait eu pour point de départ une adénopathie tuberculeuse des ganglions lymphatiques siégeant au voisinage de l'embouchure du canal thoracique dans la veine sous-clavière, hypothèse en faveur de laquelle semblent, d'ailleurs, plaider les antécédents héréditaires du petit malade (phtisie du côté paternel), ainsi que la constatation, faite pendant la vie, de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques accessibles à l'exploration. Une affection pulmonaire aiguë, de nature probablement grippale, aurait amené le ramollissement des ganglions avoisinant le canal thoracique et, plus tard, l'usure de celui-ci.

Quoi qu'il en soit, l'observation dont il s'agit méritait d'être signalée, surtout en raison de l'âge du petit patient; à cet égard, elle paraît unique en son genre : le seul fait qui s'en rapproche a été publié par M. Kirchner; il a trait à un chylothorax traumatique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 249), mais concerne une fillette de beaucoup plus âgée (neuf ans). (*Prakt. Vratch*, 18 septembre 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

La diazoréaction d'Ehrlich et sa valeur pronostique dans la tuberculose pulmonaire, par M. I. Holmgren.

La valeur de la diazoréaction au point de vue du diagnostic de la tuberculose pulmonaire a été l'objet d'appréciations défavorables et, semble-t-il, justifiées : M. Holmgren, en effet, a pu constater que cette réaction manque dans plus du tiers des cas (58 fois sur 142), même avancés, et que chez les tuberculeux à la première période elle est exceptionnelle (15 fois seulement sur 124). Il pense cependant qu'on en peut tirer parti au point de vue pronostique : la diazoréaction ne se rencontrant avec quelque fréquence que chez les tuberculeux avancés — à la troisième période ou à la fin de la deuxième —, il conviendrait de ne pas envoyer aux sanatoria les malades qui la présentent; il est vrai qu'en pareil cas les procédés cliniques sont, en général, suffisants pour fixer la période où en est arrivée l'affection.

Mais c'est aussi pour apprécier la durée probable de la survie que la diazoréaction serait à même de rendre des services; à ce point de vue, il convient de remarquer que cette réaction peut être plus ou moins intense et facile à apprécier : aussi l'auteur divise-t-il ses résultats en « très nets », « nets », « douteux » ou « nuls ».

Parmi les malades présentant une réaction très nette, 60 % succombèrent en deux mois, 91 % en six mois. Au bout de dix-huit mois, sur les 23 patients de la série, il n'en restait plus que 2 vivants : encore l'un d'eux avait-il une pleurésie chronique et l'autre un rhumatisme chronique; or, on sait que la tuberculose revêt généralement une allure bénigne chez les arthritiques et, d'autre part, M. Holmgren a pu remarquer que les sujets atteints de pleurésie tuberculeuse étaient plus résistants que les autres; et précisément la diazoréaction fait défaut chez les malades uniquement atteints de pleurésie tuberculeuse.

Des phtisiques chez lesquels la réaction était nette, 30 % avaient succombé au bout de deux mois, 50 % au bout de six mois et 76 % au bout de dix-huit mois. Pour ceux dont la réaction était douteuse, ces proportions furent respectivement de 10 %, 16 % et 36 %. Enfin, dans le groupe des tuberculeux avancés sans diazoréaction, on n'eut à enregistrer aucun décès dans les deux premiers mois; on en comptait 9 % seulement après six mois et 32 % après dix-huit mois. Il est à noter que, dans les deux derniers groupes, la mortalité, très faible au début, augmenta rapidement avec l'ancienneté de la maladie; d'autre part, tous les patients qui purent être suivis jusqu'à la mort eurent finalement une réaction positive.

Ainsi donc, la survie serait d'autant plus brève que la réaction est plus marquée. Quand celle-ci est très intense, par exemple, on a beaucoup de chances (60 %) de voir le malade succomber dans les deux mois, très peu de chances de le voir dépasser six mois. Quand elle est moins marquée ou douteuse, on peut compter sur six ou dix-huit mois, suivant le cas. La réaction négative permet d'espérer une survie un peu plus longue encore. (*Hygiea*, août 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les applications d'adrénaline contre l'eczéma.

Partant de cette considération que l'action vasoconstrictive passagère de l'adrénaline peut aussi, par l'usage prolongé du médicament, devenir durable — comme le montrent les modifications que subissent les épithéliomas sous l'influence des badigeonnages à l'adrénaline —, M. le docteur G.-A. Weill (de Paris) a eu l'idée d'employer le même mode de traitement contre un eczéma rebelle dont il était atteint depuis huit mois, et qui avait résisté aux procédés thérapeutiques et aux régimes habituellement prescrits en pareille occurrence. La lésion, qui était le siège de poussées successives avec suintement assez abondant et vives démangeaisons, avait envahi toute la face dorsale de la main droite, constituant une gêne professionnelle notable.

Or, les premières applications d'adrénaline eurent pour effet de calmer les démangeaisons et de supprimer le suintement. Répétés six à huit fois par jour tout d'abord, puis seulement matin et soir, les badigeonnages étaient pratiqués avec la pulpe du doigt qui était 5 ou 6 gouttes de la solution à 1 ‰; après évaporation, notre confrère appliquait une légère couche de glycérolé d'amidon sur la région et poudrait celle-ci avec un mélange d'amidon et d'oxyde de zinc à parties égales. Au bout d'une quinzaine, la peau avait recouvré son aspect normal, restant seulement un peu plus épaisse et plus colorée. Le traitement fut poursuivi régulièrement pendant deux semaines encore et, depuis lors, il est repris à intervalles irréguliers, chaque fois qu'un léger prurit ou un peu de rougeur annonce l'imminence d'une poussée nouvelle, laquelle avorte immédiatement par l'application d'adrénaline.

Les composés iodés en injections épidurales et intraveineuses contre la méningite tuberculeuse cérébrospinale.

Il y a trois ans, M. Mauclaire signalait les bons effets que les injections épidurales d'huile iodoformée lui avaient donnés dans le traitement du mal de Pott (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 221). De son côté, un médecin italien, M. le docteur A. Rossini, a obtenu, dans un cas de méningite tuberculeuse cérébrospinale, un excellent résultat de ce moyen thérapeutique, auquel il associait des injections intraveineuses d'une solution iodo-iodurée.

Il s'agit d'un garçon de seize ans, chez lequel l'affection évoluait d'une façon subaiguë, sans d'ailleurs paraître influencée en quoi que ce soit par les médications habituelles. Notre confrère eut alors l'idée de pratiquer, entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire, une ponction par laquelle il retira 5 c.c. de liquide céphalo-rachidien, puis, se servant de la même aiguille, il injecta dans l'espace arachnoïdien 5 c.c. d'huile iodoformée à 1 %. Six heures après, M. Rossini fit au centre du triangle sacré de Cathelin, avec une aiguille de Pravaz, une nouvelle ponction de 1 c.c. de liquide, suivie de l'injection d'une quantité égale d'huile iodoformée. Il répéta ensuite cette petite intervention de six en six heures, se contentant seulement de changer l'endroit de l'injection, qu'il pratiqua d'abord entre la dixième et la onzième vertèbre dorsale, puis entre la cinquième et la sixième, enfin entre la première dorsale et la septième cervicale, pour recommencer ensuite la série de bas en haut.

De plus, dans une veine superficielle du membre supérieur, notre confrère injectait, de deux jours l'un, 1 c.c. d'une solution iodo-iodurée ainsi composée :

Iode métallique	1 gramme.
Iodure de potassium	4 grammes.
Eau distillée stérilisée	100 —

Dès le lendemain du jour où ce traitement fut institué, la température tomba de 40°5 à 39°, et la fièvre ne tarda pas à disparaître entièrement. L'état général alla en s'améliorant et la diurèse se rétablit. Ajoutons qu'à partir du cinquième jour, les inoculations pratiquées sur le cobaye avec le liquide céphalo-rachidien du malade, en vue de la recherche du bacille de Koch, demeurèrent négatives, alors que jusque-là elles avaient constamment permis de déceler le microbe incriminé.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du rôle de l'hérédité en pathologie rénale.

L'existence de l'albuminurie héréditaire et familiale, que les publications de MM. Lecorché et Talamon, et plus récemment celles de MM. Dickinson, Arnozan, Paul Londe, ont mise en lumière, était la seule notion positive connue, jusqu'en ces dernières années, en ce qui concerne l'hérédité rénale.

Les récents travaux de l'un de nous sur la débilité rénale (1) ont précisé ces notions au point de vue clinique, mais en réservant entièrement la question au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique.

Des constatations nouvelles, et toute une série d'expérimentations positives, nous permettent, maintenant, non seulement d'apprécier le rôle que joue l'hérédité en pathologie rénale, mais encore d'en expliquer le mécanisme intime.

I

Les *observations cliniques* que nous avons pu recueillir sont, à l'heure actuelle, très nombreuses, et se rapportent à l'un des deux types morbides suivants :

On remarque, dans un certain nombre de faits, que les enfants nés de parents atteints de néphrite, sont chétifs, se développent mal et meurent dans les premières semaines ou les premiers mois qui suivent leur naissance. Si l'on a eu soin d'examiner leurs urines pendant leur courte existence, on y a trouvé de l'albumine, et si l'on peut — comme cela nous est arrivé — faire leur autopsie, on constate que leurs reins sont atteints de néphrite diffuse. C'est le type le plus complet et le plus probant de l'hérédité rénale, car on ne saurait, en pareille occurrence, incriminer les infections ou intoxications qui sont si fréquentes dans une existence humaine de moyenne durée.

La deuxième série de faits est représentée par les cas cliniques qui ont été décrits sous le nom d'albuminurie héréditaire et familiale. Les observations de M. Talamon, celles de MM. Dickinson, Arnozan, Londe sont classiques : on constatera fréquemment des faits semblables pour peu que l'on étudie les antécédents héréditaires des malades que l'on observe. L'exemple le plus remarquable est, sans contredit, celui qui a été relaté par M. Dickinson en 1889 à la Société pathologique de Londres : la transmission héréditaire de l'albuminurie porte, en effet, sur quatre générations. La première est représentée par un frère et quatre sœurs : le frère meurt à trente-quatre ans à la suite d'une longue maladie des reins; deux des sœurs succombent à l'âge de quarante-huit et de quarante-neuf ans après avoir été albuminuriques pendant plusieurs années. La seconde génération est constituée par six enfants nés du frère, soit deux garçons et quatre filles, et, sur ce nombre, quatre devinrent albuminuriques : un des garçons, qui mourut à vingt-six ans, présentait de l'albumine dans ses urines depuis l'âge de douze ans; l'aînée des filles meurt à trente-neuf ans ayant été albuminurique dès l'âge de seize ans; une seconde fille meurt d'albuminurie compliquée de glycosurie; une troisième vit encore, albuminurique. La transmission de l'albuminurie à la troisième génération se fait par les enfants de deux des filles : sur cinq enfants de l'une, un est albuminurique; sur les six enfants de l'autre, un seul a échappé à la maladie familiale. Enfin, dans la quatrième génération, on trouve un enfant de l'aîné des six sujets précédents, lequel est albuminurique depuis sa naissance.

Telle est l'observation la plus typique d'albuminurie familiale, car elle porte sur une famille suivie médicalement pendant de longues années. Sans que nos constatations remontent aussi loin dans le passé, nous avons, pour notre part, observé une série de cas analogues; toutefois, nous pensons qu'il ne s'agit là que d'une variété de l'état morbide que nous avons décrit sous le nom de « débilité rénale »; autrement dit, ce que nous croyons héréditaire et familial, c'est non pas l'albuminurie, mais une sorte de prédisposition morbide que nous allons chercher maintenant à définir et à expliquer.

Nous avons proposé l'expression inusitée de « débilité rénale » pour qualifier un état morbide particulier des reins, qui est essentiellement caractérisé par le fait que ces organes, n'offrant pas une résistance suffisante aux infections et aux intoxications, laissent passer de l'albumine dans les urines, sous l'influence de la cause la plus légère.

En général, les sujets qui sont atteints de cette tare morbide paraissent, à première vue, malingres et mal développés. On apprend, par un interrogatoire sommaire, qu'ils ont présenté de l'albuminurie à plusieurs reprises, à l'occasion d'un écart de régime, d'une infection ou d'une intoxication légère : quand on constate de tels symptômes, on doit toujours soupçonner la débilité rénale.

Mais il peut se faire qu'on se trouve en présence d'un individu chez lequel on n'a jamais, antérieurement, recherché l'albuminurie au cours de circonstances pathologiques analogues à celles que nous venons de rappeler; aussi avons-nous tenté d'établir une série de *symptômes révélateurs de la débilité rénale*. Nous avons étudié, à ce point de vue, les injections sous-cutanées d'ovo-albumine, l'absorption à jeun de blancs d'œufs et l'épreuve de la chlorurie alimentaire : nous sommes arrivés à cette conclusion que les sujets chez lesquels on constate de l'albuminurie à la suite de ces différentes épreuves, doivent être considérés comme ayant les reins débiles.

Nous avons pu suivre déjà pendant cinq à six ans une série de ces malades, et nous avons pu préciser ainsi différents modes évolutifs.

Tout d'abord, il nous faut dire que, parmi ces sujets, nous n'en avons jamais vu un seul qui, après avoir été reconnu par nous comme atteint de débilité rénale, fût revenu à un état physiologique normal : ils continuent tous à présenter, à l'heure actuelle, de l'albuminurie sous l'influence de la moindre cause, et notamment à la suite des épreuves révélatrices.

Parmi ces prédisposés, le plus grand nombre sont restés au stade de débilité rénale pure et simple. Quelques-uns sont devenus des albuminuriques permanents sans que l'on puisse déceler chez eux le moindre trouble de la perméabilité rénale ou le moindre signe de néphrite; ajoutons, d'ailleurs, que certains de ceux qui sont devenus ainsi des albuminuriques permanents pendant des semaines et des mois, ont vu leur affection rétrograder sous l'influence des causes les plus variables et sont revenus au stade primitif de débilité simple. Enfin, plusieurs des malades que nous avons en observation présentent, à l'heure actuelle, le tableau clinique complet de la néphrite interstitielle, mais il nous faut un plus grand nombre d'observations, et surtout il est nécessaire que nous suivions ces cas pendant des années encore, pour pouvoir dire dans quelles proportions les néphrites sont l'aboutissant de la débilité rénale.

Dès maintenant, nous croyons pouvoir affirmer que beaucoup de ces patients éviteront d'être atteints de néphrite, s'ils ont une bonne hygiène et s'ils ne sont pas exposés à trop d'infections ou d'intoxications. Nous sommes sûrs, en revanche, que s'ils sont soumis à une intoxication nocive pour le rein (s'ils deviennent peintres en bâtiments, par exemple, comme dans 2 de nos observations), ils présenteront très rapidement tous les signes de la néphrite atrophique. Si bien que, pour résumer l'évolution de la débilité rénale, nous avons pu dire que cet état morbide nous apparaît, par rapport aux néphrites, de la même façon que les néphrites elles-mêmes par rapport à l'urémie; toute néphrite prédispose à l'urémie mais n'y aboutit pas forcément, surtout quand on établit rapidement un traitement approprié; de même, la débilité rénale prédispose à la néphrite confirmée, mais ne la commande pas d'une façon absolue, et les malades pourront y échapper s'ils suivent une bonne hygiène.

Cette notion d'un état morbide héréditaire et familial répondant au type clinique de la débilité rénale nous paraît appelée à rendre de grands services en ce qui concerne la prophylaxie des néphrites, puisque, d'une part, il est possible de faire le diagnostic du rein débile et que, d'autre part, en prescrivant de bonne heure à ces malades une hygiène convenable, on peut s'opposer au développement de la néphrite qui les menace.

Malgré l'intérêt qui s'attache à ce côté de la question, nous n'y insisterons pas davantage, voulant nous borner à étudier ce qui concerne l'hérédité rénale en général. Or, la débilité rénale est le type morbide que lèguent le plus habituellement à leurs enfants les ascendants atteints de néphrite. Si l'on prend soin d'examiner, dans ce sens, les enfants issus d'une mère atteinte d'une maladie bien spécifiée des reins, ou même d'une cardiopathie mal compensée, ou encore simplement de tuberculose avec albuminurie, il sera fréquent de constater que tous ces enfants offrent les symptômes et surtout les signes révélateurs de la débilité rénale. Et si l'on peut suivre de tels malades, on constatera qu'ils présentent — sous l'influence de la moindre cause — de l'albuminurie, et on pourra voir ultérieurement apparaître chez eux des poussées de néphrite aiguë, ou bien encore évoluer une néphrite chronique.

Cet état morbide nous paraît tellement fréquent, et même banal, pour peu qu'on se donne la peine de le rechercher, que nous avons été étonnés de ne pas en trouver la moindre description dans les auteurs classiques. Et cependant cette notion existait pour ainsi dire en germe dans le traité de MM. Lecorché et Talamon (1), lesquels s'expriment ainsi, à propos de faits d'albuminurie héréditaire : « Il est probable qu'il s'agit d'une faiblesse congénitale, d'une résistance moindre de l'épithélium rénal qui le prédispose à subir plus facilement l'action nocive des agents morbides capables de léser le rein. C'est ainsi, peut-être, que peuvent s'expliquer un certain nombre des albuminuries dites physiologiques survenant à certains moments, à certaines heures, d'une manière intermittente, sans troubles de la santé générale. »

Cette opinion, émise il y a seize ans dans un livre si plein de faits et d'idées neuves et originales, aurait dû susciter une série de travaux ayant pour but de donner une base anatomo-clinique à cette théorie pathogénique, mais en réalité on s'est borné à admettre purement et simplement les cas d'albuminurie héréditaire et familiale, sans même leur attacher l'importance qu'ils méritaient.

Nous avions pensé, cependant, trouver des faits analogues à la débilité rénale dans un travail récent de M. Inouye (2), une analyse détaillée de ce mémoire, que nous avons eue sous les yeux, paraissant indiquer que l'auteur attachait une grande importance à la faiblesse constitutionnelle des reins, dans la production des différentes formes d'albuminurie. Mais en nous reportant au texte même de M. Inouye, nous avons constaté que le terme de faiblesse constitutionnelle était employé dans le sens beaucoup plus large d'infériorité des divers organes (vaisseaux, reins, estomac, etc.) et que d'ail-

(1) J. Castaigne. La débilité rénale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 10 déc. 1903, p. 1389, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 409.)

(1) E. Lecorché et C. Talamon. Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, p. 456. Paris, 1888.

(2) Inouye. Ueber alimentäre Albuminurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1903, LXXV, 3-5.)

leurs, pour cet auteur, beaucoup d'albuminuries sont indépendantes de toute lésion rénale. Il ne nous paraît pas douteux cependant qu'un certain nombre de faits cliniques relatés par M. Inouye se rapportent à la débilité rénale, mais ils ont été mal interprétés, et ce type morbide est resté inconnu jusqu'à présent.

Toutefois, il nous faut faire une exception en ce qui concerne l'enseignement de M. le professeur Teissier (1), qui insiste à plusieurs reprises sur « une prédisposition morbide du rein », expliquant, pour lui, la facilité avec laquelle se produisent les albuminuries dites physiologiques. « Quand le rein, dit-il, laisse filtrer l'albumine sans provocation, voilà qui me paraît constituer la vraie prédisposition morbide, surtout quand les influences héréditaires directes ou collatérales viennent s'y associer. » Et ailleurs: « Mais ceux-là même qui, comme dans la catégorie qui nous occupe, font de l'albuminurie sans cause pathologique provocatrice directe, ne sont-ils pas ceux-là vraiment qui sont marqués au coin de la vraie tare héréditaire et dont le rein est en état de méiopragie fonctionnelle, puisque le filtre rénal est susceptible, chez eux, de laisser passer de l'albumine sans provocation réelle? »

En dehors de cette conception précise de M. Teissier, et de la phrase si judicieuse de MM. Lecorché et Talamon, on s'aperçoit, en lisant les autres auteurs qui parlent de « prédisposition morbide rénale héréditaire », que ce n'est là, pour eux, qu'une notion vague de pathologie générale ne reposant sur aucune base clinique, et dont ils font état simplement parce que la théorie du *locus minoris resistentiæ* est tout à fait commode quand on n'a pas d'autre explication pathogénique à fournir.

Notre étude de la débilité rénale a montré qu'il s'agit, en réalité, d'un état morbide héréditaire bien spécifié; pour peu qu'on se donne la peine de le rechercher, on constatera sa fréquence et on verra qu'il tient sous sa dépendance les albuminuries dites physiologiques, intermittentes, cycliques, digestives, orthostatiques, etc., etc., en un mot toutes les albuminuries qui jusqu'à présent semblaient difficiles à classer et que, pour cette raison, M. Brault (2) réunissait naguère encore sous l'appellation commune d' « albuminuries dont le mécanisme est indéterminé ».

La réalité clinique de la débilité rénale — et en général des tares rénales héréditaires — est donc facile à vérifier; reste à nous demander maintenant à quelles altérations anatomiques elle répond et quel en est le mécanisme pathogénique.

II

Afin de pouvoir apprécier l'existence et la nature des lésions rénales héréditaires, nous avons examiné histologiquement les reins d'un grand nombre d'enfants ayant vécu seulement quelques heures ou peu de jours, et dont l'état de moindre résistance était expliqué par une maladie maternelle.

Les *examens histologiques* que nous avons pratiqués ont été faits avec tout le soin que comporte une pareille étude, et en suivant la technique précise que nous avons décrite précédemment (3). Nous avons été ainsi conduits à faire toute une série fort longue d'examens anatomo-pathologiques que nous ne pouvons détailler ici et qui seront publiés incessamment ailleurs. Nous ne retiendrons pour le moment que les faits qui nous intéressent directement, à savoir ceux qui concernent des mères atteintes de néphrite chronique et ayant donné naissance à des enfants qui moururent très rapidement et dont l'autopsie montra l'existence d'une néphrite diffuse évidemment d'origine héréditaire.

Notre première observation fut recueillie en 1897 dans le service de M. Talamon dont l'un de nous était alors l'interne. Nous avions eu l'occasion de soigner, à plusieurs reprises, une jeune femme âgée de vingt-huit ans qui présentait fréquemment des accidents de petite urémie. Elle avait subi une néphrectomie droite dans son enfance (pour rein polykystique, lui avait-on dit) et lorsque nous la vîmes pour la première fois elle offrait au grand complet les signes de la néphrite atrophique lente. Sur ces entrefaites, elle devint enceinte et resta dans nos salles pendant presque toute la durée de sa grossesse. Elle accoucha à la maternité de Tenon et son enfant, qui ne pesait que 2 kilos 200 — quoiqu'il fût à terme —, mourut au bout de quelques heures.

Il nous fut possible de pratiquer l'autopsie des reins dans de très bonnes conditions, si bien que les lésions que nous constatâmes n'étaient certainement pas des altérations cadavériques; d'ailleurs elles pourraient difficilement être interprétées ainsi. On trouve, en effet, sur les coupes de ce rein d'enfant toutes les lésions classiques de la néphrite interstitielle, à tel point qu'il nous est arrivé, dans des conférences de démonstration pour les élèves, de présenter ces coupes comme tout à fait caractéristiques du petit rein rouge contracté.

Jusqu'en ces dernières années, cette observation — que nous avions cependant recueillie avec grand soin et pour laquelle nous nous étions entouré de toutes les garanties possibles d'exactitude — nous était apparue comme une exception, comme une sorte de monstruosité et nous n'avions pas voulu en faire état dans nos différentes études anatomiques et cliniques concernant la pathologie du rein.

Or, depuis deux ans, nous avons eu l'occasion d'observer 3 autres cas analogues, et en rapprochant maintenant ces faits de nos résultats expérimentaux, nous sommes persuadés que, si l'on veut se donner la peine d'observer, on recueillera facilement des cas semblables.

Ces 3 faits concernent aussi des mères atteintes de néphrite à évolution lente et « urémigène », qui donnèrent naissance à des enfants dont l'existence extra-utérine dura de quelques heures à peu de jours.

Les reins de ces enfants ont été examinés en prenant toutes les précautions possibles pour étudier l'histologie fine, et nous avons pu ainsi déceler deux ordres de lésions : les unes parenchymateuses, les autres interstitielles. Ce qui attire l'attention au premier abord, c'est l'existence de zones plus vivement teintées par le picro-carmin et qui, regardées à un plus fort grossissement, sont constituées par des îlots de tissu conjonctif jeune enserrant dans ses mailles des glomérules et des vaisseaux notablement épaissis, ainsi que des tubes contournés fortement plissés. En dehors de ces zones rappelant l'aspect des néphrites interstitielles, on peut constater que certains groupes de tubes contournés — même en dehors des îlots de sclérose — présentent un épithélium très altéré, et il est évident que la cause qui a produit ces altérations a porté, comme c'est la règle, sur les deux éléments du rein (tissu épithélial et tissu interstitiel).

On peut se demander ce que seraient devenus de tels reins si les sujets avaient vécu : peut-être est-il logique d'admettre que les lésions étaient trop diffuses pour permettre des fonctions rénales suffisantes, de sorte que la mort de ces enfants a sans doute reconnu, comme cause importante, ces altérations rénales.

D'ailleurs, il est de toute évidence que les autopsies — quand elles peuvent être faites — ne nous montrent que les lésions extrêmes et l'on peut présumer que des enfants naissent avec des lésions rénales moins accentuées, compatibles avec l'existence, mais laissant des cicatrices lésionnelles qui font des reins un point faible dans l'organisme. C'est ainsi que nous sommes arrivés à nous faire une conception anatomique de la débilité rénale, mais pour cela il nous a fallu nous appuyer aussi sur des données expérimentales qui confirment pleinement et expliquent les résultats obtenus par la méthode anatomo-clinique.

III

Avant d'exposer nos *résultats expérimentaux*, nous tenons à montrer que la clinique jointe à l'anatomie pathologique permet à elle seule d'affirmer l'existence de l'hérédité rénale.

Nous avons constaté que les enfants issus de mères atteintes de néphrite au moment de leur grossesse présentaient une tendance plus marquée à être atteints d'albuminurie et de néphrite; nous avons vu quelques-uns de ces enfants mourir aussitôt après leur naissance et l'examen histologique des reins a montré qu'ils étaient atteints de néphrite diffuse. Comme, d'autre part, l'examen de toute une série de reins d'enfants morts dans les premiers jours de leur vie ne nous a pas permis de constater de lésions rénales, si leurs mères n'étaient pas atteintes de néphrite grave, nous pensons que toutes ces raisons d'ordre anatomo-clinique sont suffisantes pour admettre l'influence de l'hérédité sur le développement des lésions rénales et pour en faire soupçonner la pathogénie. Il nous a semblé, toutefois, que si l'expérimentation permettait de reproduire des lésions identiques, la preuve de la nature héréditaire des altérations serait encore plus éclatante.

Nos recherches, dans ce sens, étaient facilitées par les travaux antérieurs de M. le professeur Charrin (1) et de ses élèves : « Chez des femelles pleines, dit M. Charrin, tantôt nous avons malaxé, broyé, détérioré le rein droit ou gauche, exceptionnellement les deux; tantôt nous avons lié le pédicule vasculo-nerveux. Or, à côté d'indiscutables échecs, plus d'une fois, au niveau des glomérules ou des *tubuli* des petits lapins ou cobayes nouveau-nés, nous avons constaté l'existence de zones de congestion et d'hémorrhagies juxtaposées à des altérations épithéliales, à la vérité peu marquées. » Nous avons tenu à reproduire *in extenso* ce passage d'un article de M. Charrin, afin de montrer que nos connaissances expérimentales sur l'hérédité rénale sont encore bien minimes. C'est ce qui ressort également de la thèse plus récente de M. Delamare.

Aussi nous a-t-il semblé nécessaire d'étudier de plus près ces lésions congénitales, transmises expérimentalement, d'autant plus que nous pouvions entreprendre cette étude d'une façon très précise, grâce aux recherches que nous avons faites précédemment sur l'histologie pathologique du rein (2).

Nos expériences ont été conduites de façons diverses, qui nous permettent de classer en deux grands groupes les résultats obtenus : le premier comprend les cas où nous avons pratiqué des injections de substances néphrotoxiques à des femelles pleines; le second groupe, qui répond mieux à ce qui se passe en clinique humaine, comprend les cas où nous avons pu faire couvrir et rendre pleines des femelles auxquelles nous avions produit antérieurement des lésions rénales.

Les injections d'émulsion rénale ou de sérums néphrotoxiques sont très mal supportées par les femelles pleines, et il faut avoir soin de ne pas injecter de fortes doses si l'on veut éviter l'avortement.

Sur 10 femelles que nous avons ainsi trai-

(1) J. Teissier. Les albuminuries curables, p. 15 et 16. Paris, 1900.

(2) Brault. Article « Maladies du rein » *in* Traité de médecine de Bouchard et Brissaud, t. V, p. 380. 2e éd., Paris, 1902.

(3) J. Castaigne et F. Rathery. Lésions expérimentales du rein. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept. 1902, p. 599.)

(1) Charrin. Le rôle des substances solubles dans la transmission des tares pathologiques des ascendants. (*Semaine Médicale*, 1902, p. 416.)

(2) J. Castaigne et F. Rathery. (*Loc. cit.*)

tées, 3 ont mis bas des fœtus morts, respectivement un jour, trois jours et dix-sept jours après l'injection. Les autres ont donné naissance à des petits vivants mais chétifs, malingres, se développant mal et qui, pour la plupart, sont morts rapidement de cachexie progressive ou à la suite de convulsions.

L'étude des lésions rénales présentées par les jeunes animaux, dont *les mères étaient atteintes de néphrite avant d'être couvertes*, se rapproche davantage des faits que l'on a l'habitude d'observer en clinique, mais expérimentalement ces lésions sont assez difficiles à provoquer, pour les raisons que nous allons énoncer.

Il faut, en effet, tout d'abord, que la néphrite produite chez la femelle soit assez intense pour qu'il passe dans la circulation des substances néphrotoxiques qui pourront envahir ultérieurement l'organisme fœtal. Mais il importe que ces lésions ne soient pas trop accentuées, afin que l'organisme puisse faire les frais nécessaires à la conception, à la grossesse et à la mise-bas à terme.

Nous avons pu, dans 3 cas au moins, éviter ces deux écueils et provoquer chez des femelles des néphrites intenses sans doute, mais permettant, toutefois, des mise-bas à terme, de sorte que nous avons pu étudier histologiquement les reins de leurs produits.

Les lésions que nous avons constatées dans ces deux séries d'expérimentations sont analogues et offrent deux variétés : tantôt les altérations étaient uniquement épithéliales, et pour ainsi dire superficielles; tantôt elles étaient diffuses et durables.

Les lésions épithéliales se présentent sous l'aspect que nous avons nommé cytolyse protoplasmique, et sont tout à fait comparables à celles que l'on observe chez les animaux auxquels on a injecté de l'émulsion rénale. On trouve, en effet, disséminés sur l'étendue des coupes, une série d'îlots formés de 4 ou 5 tubes et tranchant par leur coloration claire sur les tubes voisins qui sont tout à fait intacts. Si l'on examine ces zones altérées à un plus fort grossissement, on note que les cellules ont perdu presque complètement leurs granulations, surtout dans les parties sus et péri-nucléaires. Il s'agit donc là de lésions très marquées des tubes contournés, entraînant le passage d'albumine dans les urines, mais de lésions limitées, permettant la survie des animaux.

Les altérations diffuses que nous avons produites expérimentalement sont analogues à celles dont nous avons signalé tantôt l'existence chez de jeunes enfants nés de mères atteintes de néphrite interstitielle.

A un faible grossissement, on constate, en effet, des zones très nettes de sclérose périglomérulaire et péri-tubulaire. Il s'agit, dans ces cas, de sclérose jeune (tissu conjonctif avec nombreuses cellules embryonnaires), mais les fibrilles sont cependant assez volumineuses et prennent intensément le carmin, de sorte qu'on ne peut pas croire que ce soit du tissu mésenchymateux, lequel est constant, comme nous l'avons montré, dans les reins des fœtus normaux, mais disparaît complètement à la naissance.

Les tubes contournés qui sont encerclés par la sclérose prennent un aspect étoilé et s'atrophient, de même que les glomérules voisins deviennent imperméables et que les parois des artérioles sont très nettement épaissies.

En dehors des zones conjonctives, on trouve par places des groupes de tubes contournés dont l'épithélium est très altéré : la bordure en brosse a complètement disparu et le protoplasma cellulaire n'est plus représenté que par une bande très mince adhérant à la membrane basale. On assiste en ces points à la formation de cylindres intratubulaires.

Telles sont les lésions expérimentales que nous avons pu provoquer, et il est facile de comprendre que leur connaissance complète utilement les notions anatomo-cliniques. Nous n'avions constaté, en effet, que les lésions ultimes, non compatibles avec l'existence de l'enfant; expérimentalement, nous avons reproduit ces lésions diffuses et montré ainsi qu'elles sont bien dues à l'hérédité rénale, mais de plus nous avons pu établir que, dans un grand nombre de cas, les lésions sont plus superficielles, compatibles avec l'existence, et cela nous permet de comprendre les formes héréditaires moins graves, notamment la débilité rénale.

IV

Restait enfin une question à résoudre, celle de la pathogénie. Il nous semble que les documents que nous possédons permettent de la comprendre, et nous invoquerons pour ces cas, selon l'expression de M. Charrin, « le rôle des substances solubles dans la transmission des tares pathologiques des ascendants ». Pour que cette pathogénie soit scientifiquement démontrée, il suffit de prouver : d'une part, qu'il existe des substances néphrotoxiques dans le sang circulant des sujets atteints de néphrite; d'autre part, que ces néphrotoxines sont transmises par la mère au fœtus.

L'existence de *néphrotoxines dans le sang circulant des malades atteints de néphrite urémigène* a été antérieurement établie par nous, au moyen de la méthode d'étude expérimentale *in vitro* que nous avons exposée pour la première fois dans ce journal (1). Nous avons montré que le sérum de semblables malades produisait, par cette méthode, des altérations rénales attribuables aux néphrotoxines, car le sérum normal n'engendre pas de lésions analogues.

Le *passage de ces néphrotoxines de la mère au fœtus* a été prouvé par d'autres expériences que nous venons de faire sur le liquide amniotique d'une série de femelles pleines.

Nous nous sommes d'abord assurés que ce liquide, quand il est prélevé sur une lapine normale, n'entraîne pas de lésions rénales *in vitro*, à condition, bien entendu, que son point cryoscopique soit ramené à — 0°78. Des fragments de rein normal de cobaye, qui ont séjourné une demi-heure dans du liquide ainsi préparé, présentent sur les coupes des tubes contournés dont l'épithélium est normal.

Si, au contraire, nous prélevons du liquide amniotique chez une lapine pleine ayant reçu quelques jours auparavant une injection d'émulsion rénale, si nous ramenons ce liquide au point cryoscopique de —0°78 et si nous cherchons *in vitro* son pouvoir toxique pour le rein de cobaye, nous constatons des résultats tout à fait différents des précédents.

Les fragments de rein qui y ont séjourné pendant une demi-heure offrent des altérations très prononcées. Quelques tubes ont leur épithélium atteint de cytolyse protoplasmique, mais ils sont, pour la plupart, altérés beaucoup plus profondément : la bordure en brosse a disparu, les granulations et les noyaux remplissent la lumière des tubes et il ne reste plus que la partie basale de la cellule, comme dans les néphrites très intenses. Il y a donc une action toxique très manifeste produite par le liquide amniotique, et qui tient évidemment à ce que les néphrotoxines contenues dans le sang de la mère atteinte de néphrite sont transmises au fœtus. Dans ces conditions, il est facile de comprendre le mécanisme pathogénique de l'hérédité rénale et nous croyons en avoir ainsi donné la preuve expérimentale.

V

De l'ensemble de ces faits, il résulte que la notion de l'hérédité rénale repose sur une triple base : clinique, anatomo-pathologique, expérimentale.

La clinique nous apprend que des mères atteintes de néphrite donnent naissance à des enfants dont les reins sont moins résistants aux infections et aux intoxications (débilité rénale, albuminurie héréditaire et familiale). Dans certains cas même, les altérations rénales sont tellement prononcées qu'elles ne sont pas compatibles avec l'existence, et les enfants succombent dès les premières heures ou les premiers jours de leur vie.

C'est dans ces derniers cas qu'il nous a été possible de faire des examens histologiques, qui nous ont montré que les reins des enfants nouveau-nés pouvaient être atteints de néphrite diffuse très profonde.

Mais nous n'arrivions ainsi qu'à la connaissance des cas extrêmes, non compatibles avec l'existence, et nous n'étions pas fixés sur le substratum de ces faits cliniques, beaucoup plus fréquents, que nous avons décrits sous le nom de débilité rénale.

L'expérimentation nous permet de combler cette lacune, tout en confirmant les résultats d'histologie humaine. Nous avons pu, en effet, produire des néphrites chroniques chez des femelles que nous avons fait couvrir par la suite : les produits de ces femelles présentaient des altérations rénales que nous avons pu classer en deux groupes, selon les observations. Dans certains cas, il s'agissait de néphrites diffuses tout à fait comparables à celles que nous venons de signaler chez les fœtus humains. Dans d'autres cas, les lésions étaient beaucoup plus superficielles, exclusivement épithéliales, compatibles avec la vie, mais déterminaient cependant de l'albuminurie. Il y a tout lieu de supposer qu'il existe des altérations semblables chez les enfants atteints de débilité rénale ou d'albuminurie héréditaire.

Enfin, l'étude du pouvoir néphrotoxique du sérum et du liquide amniotique des femelles pleines, atteintes de néphrite, nous a montré qu'il existe des substances néphrotoxiques dans le sang maternel et qu'elles sont transmises très abondamment au fœtus.

Dans ces conditions, le mécanisme pathogénique des différentes formes de l'hérédité rénale est facile à comprendre : puisque toute malade atteinte de néphrite présente dans son sérum des substances très toxiques pour le rein, et puisque ces substances passent facilement de la mère au fœtus, on conçoit que dans tous les cas où une femme atteinte de néphrite devient enceinte, le fœtus est, pendant toute la durée de son développement, irrigué et baigné par des humeurs néphrotoxiques. Mais il y a des degrés dans la toxicité : aussi, dans certains cas, les altérations seront-elles si marquées que la mort surviendra dans les premiers jours ou même les premières heures, tandis que, dans d'autres, les altérations sont superficielles et compatibles avec la vie; mais le rein n'en reste pas moins un point faible, prêt à présenter des réactions lésionnelles à l'occasion des moindres poussées toxiques ou infectieuses.

Dr J. Castaigne, Chef de laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Beaujon.

F. Rathery, Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

(1) J. Castaigne et F. Rathery. Etude expérimentale de l'action des solutions de chlorure de sodium sur l'épithélium rénal. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 309-312.)

CHIRURGIE PRATIQUE

La torsion incomplète du cordon spermatique.

On connaît bien aujourd'hui la torsion complète du cordon spermatique; des faits relativement nombreux ont permis, non seulement d'établir la réalité de l'affection, mais d'en esquisser les conditions pathogéniques, et surtout d'en reconnaître les formes anatomiques, les symptômes et l'évolution. Dans un livre publié au commencement de cette année, M. le docteur A. Lapointe (de Paris) en rassemblait 43 observations.

On connaît moins les torsions incomplètes, passagères, spontanément curables, qui débu-

tent avec la brusquerie et l'acuité des torsions nécrosantes, qui suscitent au diagnostic les mêmes difficultés, provoquent les mêmes alarmes, mais qui tournent court, et se « redressent » sans dommage. Pareilles crises ont assez souvent précédé l'accident final de la torsion « définitive »; assez souvent aussi elles n'ont reçu qu'à ce moment leur interprétation exacte. Dans le travail que nous venons de citer, M. Lapointe avait recueilli 7 observations de ces torsions récidivantes. Tout récemment, M. le docteur H. Mohr (de Bielefeld) étudiait le même accident et en relatait 2 exemples, dont le premier, tout au moins, est fort typique.

Il s'agit d'un souffleur de verre, de vingt-trois ans. Un soir, après le travail, sans aucun traumatisme, il est pris brusquement de vives douleurs dans la bourse droite, qui ne tarde pas à se tuméfier; les accidents aigus se prolongent jusqu'au surlendemain matin, puis la douleur s'atténue et disparaît en huit jours, le gonflement en trois semaines. Quinze jours après, nouvelle crise, la nuit, cette fois. La troisième crise, observée par M. Mohr, débute, comme les deux autres, par une douleur scrotale violente, irradiée le long du cordon, et par du gonflement; au quatrième jour, on constate que le testicule est à sa place normale, qu'il est gros, ainsi que l'épididyme, tendu, douloureux; que le cordon, plus sensible encore, est épaissi jusque dans son trajet inguinal. On ne trouve pas de hernie; il n'y a pas eu de traumatisme; l'urèthre est sain. Tout cède en huit jours, mais, trois mois après, testicule et cordon restaient encore un peu tuméfiés.

Le second sujet, jeune homme de vingt ans, avait le testicule gauche « à l'anneau », très mobile, petit. Plusieurs crises fugaces, survenant d'ordinaire après des exercices de gymnastique, avaient eu lieu déjà; au cours de la dernière, on sentait, au niveau du canal inguinal gauche, au-dessus de l'arcade et parallèlement, une tuméfaction ovoïde, de 8 centimètres de long, fluctuante, et au fond de laquelle, en déprimant le liquide, on reconnaissait le testicule, atrophié, du volume d'une noisette; le lendemain, fluctuation et douleurs avaient presque disparu. Huit jours après, on opéra : on trouva une épiplocèle adhérente au collet d'un sac congénital, et un testicule ectopié; le cordon ne présentait pas de traces nettes de torsion.

Malgré cette constatation négative au bout de huit jours, il est fort possible que la torsion ou la coudure du cordon ait eu sa part dans la pathogénie des accidents à répétition; mais le cas est complexe, et moins caractéristique, au demeurant, que les faits où l'absence de toute hernie, comme de tout traumatisme, de toute infection uréthro-vésicale, restreint singulièrement le champ des hypothèses.

Nous avons recueilli, l'été dernier, une observation de ce genre, fort instructive, en vérité, car la brusquerie et l'acuité extrême des accidents semblaient, au premier abord, justifier toutes les inquiétudes. Un jeune médecin de vingt-six ans, très vigoureux, sans tare aucune, sans antécédent génito-urinaire, et qui portait seulement, depuis plusieurs années, un varicocèle gauche, de moyen volume, est pris tout à coup, dans la matinée, vers dix heures, d'une douleur déchirante et « angoissante » dans la région sous-ombilicale; il chancelle, pâlit, se couche. La douleur persiste avec une intensité croissante, elle s'étend le long du cordon et dans la bourse gauche, et s'y localise. On croit d'abord à une hernie étranglée. Une heure après, nous trouvons le patient dans un état d'agitation extrême et de souffrance aiguë; le ventre est rétracté, légèrement sensible dans la région sus-inguinale gauche; la bourse gauche est gonflée, un peu rouge, elle contient déjà manifestement du liquide; on reconnaît le testicule et l'épididyme, tendus et durs; au-dessus, le cordon est épais, comme tassé, d'une sensibilité extraordinaire au moindre contact; l'anneau inguinal est fermé, la paroi inguinale antérieure n'est pas soulevée, il n'y a pas d'impulsion, aucune trace de hernie. J'ajoute que la douleur ne se propage pas le long de l'uretère, et qu'il n'y a pas de ténesme. La face est très pâle, mais le pouls très bon, et de fréquence à peu près normale. Nous émettons l'hypothèse d'une torsion du cordon; on applique localement des compresses humides chaudes et l'on fait une piqûre de morphine; il est convenu que, si les accidents ne cèdent pas, on interviendra dans l'après-midi, pour prévenir une altération grave du testicule. Trois heures après, tout se calme; vers le soir, la détente est complète, il n'y a plus de douleur, presque plus de gonflement. Depuis, à part quelques élancements fugaces, nul autre accès ne s'est produit.

Ces torsions incomplètes, d'allures si particulières, valent d'être signalées à l'attention du praticien; elles déroutent par la brusquerie de leur début : on pense tout de suite à l'étranglement herniaire, et, du reste, lorsqu'elles affectent un testicule en ectopie, il est bon de vérifier tout d'abord ce diagnostic. On pense aussi à l'orchite aiguë, traumatique, gonococcique ou tuberculeuse; mais une entrée en scène si brusque et sans préparation n'est point dans leurs habitudes. Orchite par effort, dira-t-on encore, en reprenant une formule bien vieille, bien usée, et dont l'exactitude n'a jamais été démontrée; ou bien, lors de testicule ectopié, étranglement du testicule à l'anneau. Or, précisément, la soi-disant orchite par effort, ou, du moins, les accidents que, faute de mieux, on intitule ainsi, rentreraient le plus souvent dans le cadre des torsions incomplètes, curables : cette interprétation a été soutenue par M. le docteur Sébileau, chirurgien des hôpitaux de Paris, et nous avons le souvenir de plusieurs faits de ce genre, restés obscurs, et qui, aujourd'hui, rapprochés de ce que nous avons appris de la torsion spermatique, s'expliquent fort bien. Quant à l'étranglement du testicule ectopié, sans le nier, il est permis de croire aussi qu'un certain nombre des exemples rapportés ne sont, en réalité, que des torsions, auxquelles le testicule oscillant est, du reste, de par sa mobilité même, particulièrement exposé.

Je sais bien que la torsion ne se démontre pas, à proprement parler, dans ces formes incomplètes, spontanément curables : la preuve anatomique manque, puisqu'on n'opère pas. Mais il ne conviendrait pas de pousser trop loin le scepticisme; la torsion totale est bien démontrée, elle, par des examens opératoires nombreux : or, les accidents dont nous parlons sont calqués sur ceux de la torsion totale, à la durée et à l'intensité près, et, assez souvent, ces crises ébauchées se répètent en série plus ou moins longue, avant l'accident final et irrémédiable. Enfin, dans quelques cas, n'a-t-on pas « détordu » par manœuvres externes? On cite partout l'histoire de ce jeune médecin, observé par Van der Poels, qui, sujet à des crises répétées de torsion funiculaire, avait appris à « redresser » son cordon.

Ce n'est point qu'il faille, croyons-nous, faire grand crédit aux manœuvres externes, pour venir à bout d'une torsion commençante; et, d'autre part, on ne saurait apprécier exactement, au début, à quel type d'accidents l'on a affaire. Sera-ce une forme incomplète, ébauchée, spontanément curable? Sera-ce, au contraire, la torsion serrée, définitive, qui crée, à bref délai, l'infarctus hémorrhagique du testicule? Les signes du début, le plus souvent, ne diffèrent pas, et c'est pour cela qu'il importe de connaître et de reconnaître vite cette curieuse affection, de la suivre de près, et, à temps, de prendre les déterminations nécessaires. L'existence même du testicule est en jeu, et l'on sait, d'après les recherches expérimentales de M. Enderlen, qu'au bout de seize heures de torsion complète, le testicule « se reprend » encore, mais qu'au bout de vingt-deux heures, l'atrophie consécutive est inévitable. Sans se précipiter, on devra donc recourir assez tôt à une intervention efficace, et si, par la morphine, le lit, les applications chaudes, une sédation franche tarde à se faire, on agira sagement en opérant de bonne heure, en découvrant le testicule et le cordon, pour détordre à ciel ouvert et terminer par l'orchidopexie. Il convient d'ajouter qu'après plusieurs crises de torsion incomplète et récidivante, l'orchidopexie devient tout indiquée, pour prévenir le danger d'une torsion ultérieure, complète, et que l'indication opératoire n'est que plus pressante, lors de testicule ectopié.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 novembre 1904.

Traitement rationnel de la luxation congénitale de la hanche.

M. Le Damany (de Rennes) lit une note dans laquelle, après avoir rappelé le mécanisme pathogénique de la luxation congénitale de la hanche (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 44), il montre que le traitement de cette affection doit avoir pour but de faire disparaître les lésions qui ont accompagné ou suivi la luxation et de remédier à l'excès de torsion du fémur et à l'obliquité en avant du cotyle.

La méthode de réduction non sanglante imaginée par M. Lorenz réalise complètement la première partie du traitement.

La correction de l'obliquité en avant du cotyle se fait tout naturellement, dans le traitement ambulatoire de la luxation unilatérale, par l'excès d'appui sur le membre sain. Le bassin primitivement oblique ovalaire est transformé en un bassin ilio-fémoral. L'obliquité du détroit supérieur change de sens, celle du cotyle en avant se corrige. Cette correction n'est possible que dans la luxation unilatérale. En présence d'une luxation bilatérale, la seule ressource est de pousser plus loin la détorsion fémorale.

Pour cette détorsion, on imitera le procédé dont la nature se sert chez l'homme sain. Dans l'extension forcée du fémur, nécessaire pour la station debout, la diaphyse tend à basculer sur l'insertion inférieure du ligament ilio-prétrochantérien, l'épiphyse à tourner sur la diaphyse. Les mêmes phénomènes peuvent être provoqués, le fémur restant fléchi, pourvu que l'action des muscles extenseurs soit conservée, complétée au besoin par une traction supplémentaire, et à la condition qu'un appui soit donné à la diaphyse pour son mouvement de bascule. Cet appui peut être fourni par une bande passant sous la partie supérieure de la cuisse et fixée à un corset.

Chez les enfants âgés de plus de cinq ans, la correction anatomique est aléatoire, et par suite la guérison purement orthopédique est douteuse. Le traitement devra donc être commencé à une époque aussi rapprochée que possible de la naissance.

Utilisation des matières grasses chez les tuberculeux.

M. Laufer communique le résultat de ses recherches sur les modifications de poids observées chez des tuberculeux soumis à la suralimentation graisseuse.

Chez une première série de tuberculeux qui absorbaient en moyenne de 150 à 200 grammes de matières grasses, la courbe des poids s'est élevée rapidement, puis est restée stationnaire et enfin s'est abaissée quelquefois au-dessous du poids primitif, soit à la suite de troubles digestifs (anorexie), soit par le fait d'un défaut d'utilisation des graisses qui passaient dans les selles sans être transformées.

Chez les malades du second groupe, qui n'absorbaient que de 100 à 150 grammes de matières grasses, la courbe des poids s'est élevée lentement, mais d'une façon progressive et permanente.

La dose de 100 à 150 grammes paraît donc

être la quantité maxima réellement utile de substances grasses, alimentaires ou surajoutées (huile de foie de morue, beurre, etc.), que puisse tolérer l'organisme des tuberculeux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1904.

Traitement des anévrysmes poplités.

M. Nélaton. — J'ai observé, chez un homme de trente-cinq ans, un cas d'anévrysme poplité qui me paraît mériter de vous être relaté. Je comptais faire une ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter; mais M. Delbet, qui avait examiné le malade, pensa qu'il s'agissait d'un anévrysme sacciforme qu'on pouvait facilement disséquer et extirper, en plaçant une ligature sur un segment artériel relativement restreint. Toutefois, comme le patient était syphilitique, il fut soumis préalablement au traitement spécifique, et présenta bientôt une amélioration notable; l'opération paraissait devoir être faite alors dans d'excellentes conditions, mais elle fut différée. Or, après les vacances, cet homme revint dans mon service avec une gangrène totale du pied et de la jambe, consécutive à la rupture de l'anévrysme au cours d'une fièvre typhoïde survenue dans l'intervalle. Ayant amputé le membre, j'ai pu constater que l'anévrysme était fusiforme et qu'il n'aurait guère été justiciable de l'ablation.

M. Monod. — Je vous ai présenté il y a quatre ans un malade guéri par l'extirpation d'un énorme anévrysme poplité (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 134) Je crois que, dans les anévrysmes anciens, il existe une circulation collatérale qui suffit à empêcher le sphacèle du membre après l'ablation totale.

M. Guinard. — Je pense aussi que la circulation collatérale développée au niveau des anévrysmes anciens offre des ressources très grandes au point de vue de l'extirpation des anévrysmes.

M. Ricard. — Dans un cas d'anévrysme poplité, j'ai dû, pour enlever la poche, réséquer la totalité de l'artère poplitée et la gangrène que je redoutais ne s'est pas produite.

M. Delbet. — A l'époque où M. Nélaton m'a montré son malade, j'ai cru, en effet, en raison de l'existence d'un souffle très localisé, qu'il s'agissait d'un anévrysme sacciforme. A la suite de la rupture du sac, les conditions ont pu être modifiées complètement, mais au moment où j'ai vu le malade, j'ai eu l'impression que l'extirpation était parfaitement indiquée.

Quant au danger de gangrène, j'ai déjà eu l'occasion d'insister devant vous sur les raisons pour lesquelles il me paraît beaucoup moins grand après l'extirpation qu'après la ligature: la gangrène, en effet, me semble due, dans la plupart des cas, à des embolies partant du sac, dont la conservation augmente, par conséquent, les risques de sphacèle.

De l'ablation des tumeurs du gros intestin.

M. Hartmann. — J'ai traité par l'ablation, dans ces trois dernières années, 10 cas de tumeurs du gros intestin, rectum excepté, à savoir 6 cas de cancer et 4 de tuberculose; si je joins à ces 10 observations 4 faits plus anciens, j'ai un total de 14 interventions, avec 11 guérisons opératoires et 3 morts, dont 2 dues très certainement à l'opération.

Je crois que, avant d'enlever un cancer du gros intestin, il est bon d'extérioriser le segment sur lequel siège la tumeur, en fermant l'abdomen, l'anse étant fixée par des points non perforants à la plaie abdominale. Le néoplasme une fois enlevé, il ne reste plus qu'à oblitérer le bout inférieur et à transformer le bout supérieur en un anus artificiel. Si l'on veut ultérieurement supprimer ce dernier, il est facile, dans un deuxième temps, de pratiquer la ligature des deux bouts et une entéro-anastomose.

Thoracectomie avec décortication pulmonaire.

M. Tuffier. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Jeanne (de Rouen). Il s'agit d'un cas d'empyème consécutif à une pleurésie à pneumocoques, que notre confrère a traité par une large thoracectomie, en pratiquant la décortication presque totale du poumon; la guérison a été obtenue en cinq mois et se maintient depuis cinq ans. Je désire attirer votre attention sur une petite manœuvre que M. Jeanne a employée à la fin de son intervention, et dont j'ai pu moi-même apprécier les avantages : lorsqu'il eut terminé la libération du poumon, notre confrère laissa le patient se réveiller un peu, et, dans les efforts que celui-ci fit alors, il vit le poumon se distendre et put se convaincre ainsi que la libération de l'organe était suffisante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 novembre 1904.

Trachéotomie et tubage.

M. Barbier. — Voici le larynx et la trachée d'un enfant de trois ans et demi qui avait été tubé au sixième jour d'une diphtérie grave : l'examen de ces organes permet de constater que le tube a refoulé une fausse membrane trachéo-bronchique, dont l'expulsion aurait vraisemblablement été facile, si au lieu du tubage on avait eu recours à la trachéotomie. On peut conclure de ce fait que, dans certaines formes de diphtérie accompagnées d'une abondante production de fausses membranes, la trachéotomie présente quelquefois de réels avantages sur le tubage, en favorisant l'expulsion spontanée de la fausse membrane par la plaie trachéale ou en en permettant l'extraction au moyen d'une pince.

M. Moutard-Martin. — Il y a une trentaine d'années, j'ai eu l'occasion de voir un cas de mort subite pendant la trachéotomie, la canule ayant refoulé non pas une fausse membrane, mais un bourgeon cancéreux qui forma bouchon dans la trachée.

M. Apert. — Etant chef de clinique de M. Dieulafoy, j'ai eu l'occasion d'observer un fait assez analogue à celui que M. Moutard-Martin vient de relater. Il s'agissait d'un homme atteint de cancer de l'œsophage propagé au larynx, et qui mourait par asphyxie; une trachéotomie n'ayant donné aucun résultat, j'eus l'idée d'introduire une sonde à une dizaine de centimètres de profondeur dans la trachée, et bientôt la respiration se rétablit; le malade survécut quatre mois.

M. L. Martin. — J'ai observé un enfant de deux ans, atteint d'une forme grave de diphtérie pseudo-membraneuse, chez lequel la trachéotomie n'a amené aucune sédation dans les phénomènes asphyxiques. L'introduction d'une sonde en gomme dans la trachée, à travers la canule, ne modifia pas davantage la situation, et le petit malade succomba dix-huit heures après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie permit de constater que la canule avait été introduite entre la trachée et une fausse membrane volumineuse qui formait clapet au-dessous d'elle et s'opposait complètement à la sortie de l'air.

Je crois que, dans les formes pseudo-membraneuses de la diphtérie, il est souvent difficile de faire un choix entre la trachéotomie et le tubage. Il me semble, toutefois, que le tubage mérite la préférence, car il permet de pratiquer une sorte d'écouvillonnage de la trachée.

M. Guinon. — Je pense aussi que les formes graves de la diphtérie pseudo-membraneuse sont justiciables de la canule, ainsi que de la pince à fausses membranes de Balthazard.

Fièvre à type intermittent chez deux petites filles.

M. Caussade communique les observations de deux fillettes, qui ont été atteintes toutes deux d'accès de fièvre intermittente : ceux-ci tantôt étaient bi-quotidiens et tantôt ne se reproduisaient que tous les trois ou quatre jours. Au cours de ces accès, la température oscillait de 38° à 41°. Dans leur intervalle, l'apyrexie était complète. Ces accès se sont, en outre, montrés complètement rebelles à la quinine, et leur véritable origine n'a pu être déterminée, les deux petites malades n'ayant présenté, comme autres phénomènes, l'une qu'une légère congestion pulmonaire, et l'autre que quelques troubles gastro-intestinaux ayant duré à peine huit jours. Toutes les deux ont fini par guérir, la première au bout d'un mois, la seconde au bout de treize jours.

M. Moizard dit avoir observé plusieurs enfants atteints de grippe, chez lesquels la fièvre s'est montrée également par accès franchement intermittents. A son avis, la congestion pulmonaire constatée chez l'une des petites malades de M. Caussade, les accidents gastro-intestinaux observés chez l'autre, doivent être également rattachés à une infection grippale qui s'est manifestée surtout par des accès de fièvre intermittente.

M. Guinon fait remarquer que l'intensité de la fièvre, chez les fillettes observées par M. Caussade, ne peut pas être invoquée contre le diagnostic de grippe, l'élévation de la température chez les enfants étant toujours indépendante de la nature de l'affection dont ils sont atteints et subordonnée seulement à des conditions individuelles.

Ictère splénomégalique syphilitique tardif.

M. L. Bernard. — Un homme de trente-cinq ans fut pris, au mois de novembre 1902, d'une crise gastralgique avec fièvre, immédiatement suivie d'ictère, décoloration incomplète des fèces, etc. Quelques jours après, on notait une légère tuméfaction du foie et une splénomégalie marquée. Le régime lacté fut institué sans résultat. Tenant compte alors de l'existence d'une infection syphilitique remontant à dix ans, on pratiqua plusieurs injections sous-cutanées de benzoate de mercure. Rapidement l'ictère disparut, ainsi que la tuméfaction du foie; la splénomégalie diminua également d'une façon notable, et le malade parut guéri. Neuf mois après, en octobre 1903, les mêmes accidents reparurent, mais ils cédèrent de nouveau au traitement spécifique.

La nature syphilitique de cet ictère paraît bien démontrée par l'efficacité de la médication. Le long intervalle qui s'est écoulé entre l'apparition du chancre et celle de l'ictère ne permet pas de rattacher cet accident à la période secondaire de la syphilis.

L'hypothèse d'une obstruction des voies biliaires par une gomme semble également devoir être rejetée, en raison de la physionomie clinique et de l'évolution des accidents. Au contraire, la coloration des fèces, la splénomégalie, la fièvre initiale et éphémère, la rechute rappellent plutôt les caractères des ictères infectieux. Il est probable que la syphilis a agi en déterminant une hépatite infectieuse légère qui a donné lieu au syndrome de l'ictère infectieux splénomégalique.

Tétanos aigu traité avec succès par les injections sous-cutanées de sérum antitétanique et par le chloral.

M. Tixier communique, au nom de M. Jeanselme et au sien, l'observation d'un cas grave de tétanos aigu, qui se termina par la guérison au bout de quinze jours, à la suite d'un traitement mixte par le sérum antitétanique, dont le malade reçut 1,060 c.c., et par le chloral absorbé à doses massives (224 grammes en dix-neuf jours). L'orateur incline à croire que ce sont les injections de sérum antitétanique qui ont joué le rôle le plus important dans la guérison du malade. A noter l'apparition, au cours de ces injections, de deux érythèmes scarlatiniformes, l'un sept jours après la première injection et l'autre une semaine plus tard.

M. Dufour présente un homme d'une quarantaine d'années, atteint d'une paralysie générale qui a débuté trois ans après l'infection syphilitique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 novembre 1904.

Tuberculose expérimentale de l'endocarde.

MM. Bernard et **Salomon.** — Nous avons déterminé chez 6 lapins des lésions tuberculeuses, en injectant directement dans les cavités ventriculaires, sans traumatiser les valvules cardiaques, une culture de bacille de Koch. Chez 2 chiens nous avons pratiqué semblable injection dans l'artère carotide, quelques jours après la ligature d'un uretère. A l'ouverture du cœur de ces animaux, nous avons

vu sur l'endocarde du ventricule gauche — et même, chez l'un des chiens, sur la face interne de l'aorte — des granulations blanchâtres disséminées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille.

Malgré leur aspect macroscopique, ces lésions n'ont pas la constitution histologique des formations tuberculeuses; mais, se rapprochant de celles qu'on a constatées dans la tuberculose de l'endocarde chez l'homme, elles consistent en un simple bourgeon fibrineux rempli de bacilles de Koch.

Cette réaction particulière de l'endocarde au bacille de Koch, réaction inflammatoire fibrineuse et non réaction spécifique folliculaire, est mise en pleine lumière ici par ce fait que dans les mêmes expériences ledit bacille a provoqué sous le péricarde et dans le myocarde des follicules tuberculeux typiques.

Sur l'action cardiaque directe du nitrite d'amyle, indépendante de la dépression artérielle.

M. Fr. Franck. — On sait que M. Vaquez a conclu récemment, de ses recherches sphygmomanométriques, que les inhalations de nitrite d'amyle déterminent d'abord un abaissement de la pression artérielle et, en second lieu, une accélération des battements du cœur (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 339). Je rappellerai que le cœur des batraciens, dépourvu de vaisseaux propres, s'accélère sous l'influence du nitrite d'amyle, qu'il ait été isolé et soumis à une circulation artificielle ou que l'animal soit intact. C'est donc à une action propre du nitrite d'amyle sur le myocarde, et non à l'abaissement de la tension artérielle, qu'est due la tachycardie amylique.

Il résulte de cette expérience que si le nitrite d'amyle agit comme vasodilatateur sur les vaisseaux périphériques, il agit de même, et d'une façon indépendante, sur le cœur, pour y provoquer, par une action également périphérique, la tachycardie associée et les autres modifications fonctionnelles concomitantes. Je ne puis donc souscrire à la conclusion de M. Vaquez, qui subordonne la tachycardie amylique à la dépression artérielle.

Influence de quelques actions nerveuses sur les échanges osmotiques.

MM. Achard et **Gaillard**. — L'injection de solutions inoffensives dans le péritoine du cobaye donne lieu à des modifications régulatrices consistant en résorption de la substance introduite et transsudation de chlorure de sodium. Chez des animaux de même poids, ces modifications sont, dans le même temps, sensiblement égales. En opérant avec des animaux témoins, nous avons recherché l'influence de quelques traumatismes des centres nerveux (compression cérébrale, dilacération de la moelle cervicale) et de certains anesthésiques (chloroforme en inhalation, éther sulfurique, alcool, chloralose, chloral en injection sous-cutanée, cocaïne en injection intracrânienne).

Sous ces diverses influences, le rétablissement de la concentration moléculaire du liquide contenu dans le péritoine a été gêné. L'absorption de la substance introduite a été diversement influencée. La transsudation de chlorure de sodium a été moindre que chez les témoins, sauf dans deux expériences où une hémorrhagie péritonéale avait introduit du chlorure dans le liquide.

En injectant comparativement la cocaïne dans le péritoine ou sous la peau, nous n'avons pas obtenu les mêmes effets qu'en l'introduisant dans le crâne. En somme, les lésions du névraxe et les anesthésiques agissant sur les centres nerveux peuvent modifier la régulation des humeurs et gêner le rétablissement de l'équilibre osmotique et salin.

Action du radium sur les épithéliomas bénins.

MM. Rehns et **P. Salmon**. — Nous avons pu constater que l'application d'une boîte en ébonite à lame de mica contenant tantôt 0 gr. 010, tantôt 0 gr. 050 milligr. de bromure de radium pur sur des épithéliomas bénins divers (verrues séniles ou juvéniles, *molluscum contagiosum*, épithélioma perlé, etc.) amène, après un temps variable, la chute de ces tumeurs avec production d'une cicatrice souple, superficielle et blanchâtre, parfois entourée d'une pigmentation légère.

L'action des émanations du radium n'est donc pas spécifique pour telle ou telle variété de tumeurs, puisqu'elle est aussi manifeste pour les épithéliomas bénins que pour les épithéliomas cancéreux. Cette action est cependant plus rapide sur les cellules épithéliales jeunes — comme celles des tumeurs malignes — que sur les cellules cornées, et, dans nos cas, nous avons dû faire des applications très prolongées, dépassant une heure, sans qu'il en résultât d'ailleurs d'inconvénient appréciable.

M. Remlinger relate un certain nombre d'expériences d'où il résulte que la salive, recueillie chez les animaux enragés après injection de pilocarpine, n'est pas virulente, aucun des animaux auxquels cette salive a été inoculée n'ayant contracté la rage.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 novembre 1904.

Anomalies exceptionnelles des dents dans un cas de syphilis héréditaire tardive.

M. E. Lesné. — Voici le squelette facial d'un homme de trente-deux ans, mort de tuberculose pulmonaire avec dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins. Ce sujet, qui présentait de nombreux stigmates de syphilis héréditaire, offrait en particulier des anomalies dentaires tout à fait remarquables. Peu marquées au maxillaire inférieur, qui est simplement dépourvu de chaque côté de sa dernière molaire, ces anomalies sont au contraire exceptionnellement accentuées au maxillaire supérieur où l'arcade dentaire ne comprend que 11 dents : à droite une petite et 2 grosses molaires, à gauche 2 grosses molaires font défaut. On remarque encore l'implantation supéro-externe de la canine droite. Enfin, ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est la présence d'une grosse molaire dans la cavité nasale, où elle est fixée à la branche montante du maxillaire supérieur gauche, ainsi que d'une autre grosse molaire traversant la voûte palatine par une perforation dont l'origine congénitale ou acquise reste indéterminée. Cette dernière dent est implantée sur la branche montante du maxillaire droit. Les dents ne présentent rien d'anormal dans leur structure ni dans leur forme, et l'émail en est intact.

M. Ed. Fournier. — Ce qu'il y a de frappant, c'est l'intégrité de l'émail dentaire en pareil cas. On sait que l'émail se développe vers le sixième mois de la vie intra-utérine; il est donc vraisemblable que l'influence hérédo-syphilitique, qui a amené les anomalies d'implantation dentaire signalées, s'est exercée antérieurement à cette époque, probablement dès le quarantième jour, moment où débute l'évolution des bourgeons faciaux.

Séborrhéide chez un nouveau-né.

M. J. Darier. — Je vous présente un enfant de deux mois, qui depuis douze jours est atteint d'une éruption généralisée n'ayant épargné que les extrémités des membres. Cette affection a débuté à la tête par un érythème rouge avec des croûtes d'apparence séborrhéique; puis elle s'est étendue au corps, où elle a pris la forme d'une érythrodermie avec exfoliation. Bien que le poids soit stationnaire, l'état général de l'enfant reste satisfaisant; il n'y a pas de fièvre, les fonctions digestives sont intactes.

A première vue, on pourrait songer à la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés. Mais cette maladie débute par le pourtour de la bouche, sa généralisation est plus rapide, elle s'accompagne de fièvre, l'état général devient mauvais et la terminaison est généralement fatale. De plus, les lésions histologiques sont plus profondes que celles que j'ai observées ici.

Cette affection ressemble, en somme, aux séborrhéides, telles qu'elles évoluent chez les jeunes gens de dix-huit ans. D'ailleurs, des applications d'une pâte à l'ichtyol et au soufre ont donné de bons résultats.

M. Brocq. — Je pense aussi qu'il s'agit ici non d'une dermatite exfoliatrice, mais d'une séborrhéide. Cette affection est très proche du psoriasis et vous voyez chez cet enfant les plaques d'exfoliation prendre un aspect micacé.

M. Millian. — Au point de vue du pronostic, je tiens à dire que dans un cas analogue, que j'ai observé chez un nouveau-né, la guérison était complète au bout de quatre semaines.

M. Hudelo montre une jeune femme atteinte de *dermite paratuberculeuse avec eczématisation.*

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 26 octobre 1904.

Sur les maladies à trypanosomes.

M. R. Koch. — A côté des affections bactériennes se sont fait place, depuis quelques années, tout un groupe de maladies causées par des protozoaires. Ce chapitre de pathologie a été ouvert par M. Laveran, avec la découverte des hématozoaires de la malaria; puis vient, par ordre chronologique, la constatation des piroplasmes comme agents de la fièvre du Texas; enfin, plus récemment, les trypanosomes sont entrés en scène, lorsque M. Bruce eut décelé leur présence chez les animaux atteints de la maladie tsé-tsé. Les affections à protozoaires ont ainsi pris peu à peu une grande importance. A l'heure actuelle, vu les nouvelles recherches sur l'étiologie de la maladie du sommeil, les trypanosomes notamment ont acquis un intérêt particulier (1). Aussi bien est-ce à leur étude que je me limiterai.

Les trypanosomes sont des protozoaires du groupe des flagellés; ils ont donc un corps unicellulaire, muni d'un noyau et d'un nucléole, et portant à sa partie antérieure un *flagellum;* leur multiplication a lieu par division longitudinale; ils vivent dans le sang, où, chez les animaux récemment infestés, il est généralement facile de les mettre en évidence.

Les affections qu'ils déterminent ont pour caractère commun de rappeler le paludisme : comme celui-ci, elles comportent des formes aiguës et des formes chroniques, ces dernières, les plus fréquentes, pouvant durer des mois et des années; elles se traduisent par des états fébriles irréguliers, à intermittences variables, par de l'anémie, de l'asthénie, de l'amaigrissement, des œdèmes localisés, des érythèmes, de la tuméfaction des ganglions lymphatiques et de la rate.

Ces affections peuvent être distinguées en trois groupes :

1° Les *trypanosomiases des rats*, extraordinairement répandues (on trouve des trypanosomes dans le sang de 30 rats sur 100 environ). Les parasites en cause offrent des caractères absolument spécifiques; ils sont du reste fort peu virulents, au point que les animaux infestés peuvent offrir toutes les apparences de la santé; ils sont transmissibles seulement de rat à rat par les puces (L. Rabinowitsch et Kempner);

2° La *maladie tsé-tsé*, la plus connue des trypanosomiases; originaire du sud de l'Afrique, elle s'est étendue à la presque totalité du continent africain. Les trypanosomes de cette affection sont morphologiquement bien caractérisés, mais n'offrent pas un parasitisme spécifique et sont transmissibles à presque tous les mammifères : l'infestation expérimentale du cheval est généralement mortelle; les bovidés sont un peu moins sensibles, et il en est de même des ânes, dont la réceptivité est d'ailleurs variable suivant la race; le mouton et la chèvre sont très

(1) Dans la séance du 31 octobre 1904 de l'Académie des sciences de Paris, M. Laveran a fait une communication sur *Les trypanosomiases dans l'Ouest africain français*, qui montre bien la grande dissémination de ces affections. C'est ainsi que la maladie du sommeil est endémique dans plusieurs régions du Sénégal (Casamance, Sine-Saloum), dans la plus grande partie de la haute Guinée, dans l'hinterland de la Côte d'Ivoire, en divers points du Soudan et au Congo. Des épizooties à trypanosomes ont en outre été observées dans la plupart de ces possessions, notamment dans la Guinée française, au Soudan, au Chari et au lac Tchad. — N. D. L. R.

résistants; quant à l'homme, il paraît absolument réfractaire à ce trypanosome, dont la transmission se fait par l'intermédiaire de la *Glossina morsitans*. Le *Surra* asiatique me paraît identique à la tsé-tsé, mais la mouche inoculatrice appartient vraisemblablement à une autre espèce. Enfin, le *mal de Caderas* sud-américain est dû à un trypanosome qui, malgré les différences de détail signalées par divers auteurs, ne me semble pas pouvoir être distingué de celui de la tsé-tsé;

3° La *trypanosomiase des bovidés* observée par M. Taylor à Prétoria, et dont le parasite, remarquable par ses grandes dimensions, n'est pathogène que pour les animaux de l'espèce bovine; sa virulence est médiocre, car la mortalité n'excède pas 5 %.

Pour ce qui est de l'homme, on a longtemps pensé qu'il n'offrait aucune réceptivité à l'égard des trypanosomes. Mais la découverte de parasites de ce genre, d'abord dans le sang de pseudo-malariens de la région du Zambèze, puis dans le liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de la maladie du sommeil, a démontré la fausseté de cette opinion. On a depuis lors pu établir que nombre d'individus affectés de trypanosomiase tombent plus tard dans la maladie du sommeil, et il est aujourd'hui certain que cette dernière n'est qu'un symptôme de la trypanosomiase humaine, vraisemblablement dû à l'invasion du liquide céphalo-rachidien par le parasite. La maladie du sommeil (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 413-415), connue dès le début du siècle dernier, a été maintes fois constatée dans l'Amérique du Sud, à l'époque esclavagiste, sur des nègres importés parfois depuis six ou huit ans; mais elle ne s'y est jamais propagée, sans doute faute de l'insecte nécessaire à sa transmission.

Au total, si l'on envisage les trypanosomes au point de vue de leur parasitisme, on peut en distinguer deux groupes : le premier, absolument fixé dans ses caractères de morphologie, de virulence et de parasitisme, correspond aux trypanosomes du rat, qui sont strictement liés à cet animal; le second contient toutes les autres formes de trypanosomes qui, variables dans leur morphologie et leur virulence, offrent en outre un grand éclectisme en ce qui concerne le choix de leur hôte et ne sont pas encore fixés d'une façon définitive à un animal déterminé. Leur pouvoir pathogène non seulement se modifie par leur passage d'une espèce animale à une autre, mais peut même offrir des variations spontanées : c'est ainsi que, d'un couple de chevaux originaires de Togo que j'ai observés et qui avaient été infestés au même endroit et au même moment, l'étalon eut une trypanosomiase rapidement mortelle, tandis que la jument ne fut que légèrement atteinte; et ce ne sont pas les conditions particulières de résistance de chacun de ces animaux qui entrèrent en jeu, car, inoculée avec des trypanosomes provenant de l'étalon, la jument ne tarda pas à périr; il s'agissait donc bien de deux races de trypanosomes à virulence différente.

La virulence peut d'ailleurs être artificiellement exaltée ou diminuée : M. Martini est parvenu, par des passages successifs, depuis des juments de Togo, sur des chevaux, puis sur de nombreuses séries de chiens, à l'exalter au point que la mort des animaux inoculés, qui primitivement n'avait lieu qu'au bout de cent trente-sept jours, survenait finalement en dix à quinze jours. Inversement, avec un trypanosome très virulent pour les bovidés, j'ai obtenu une virulence très atténuée par des passages sur le rat et le chien.

Ces dernières recherches devaient naturellement amener à tenter la prophylaxie des trypanosomiases, et notamment de la tsé-tsé, en conférant l'immunité aux animaux par l'inoculation de cultures atténuées. Toutefois, les essais que j'ai institués à cet égard ne laissent guère l'espoir d'arriver par cette voie à la solution du problème, car les animaux immunisés conservent toujours des parasites dans leur sang, et constituent dès lors des foyers de dissémination pour la maladie, ainsi que la chose a déjà été constatée pour la fièvre du Texas; on sait d'ailleurs que les espèces animales jouissant de l'immunité naturelle à l'égard de la tsé tsé jouent un grand rôle dans la propagation de cette épizootie.

Aussi la prophylaxie ne saurait-elle être assurée que par des moyens plus radicaux, à savoir l'abatage et la destruction de tout animal dont le sang renferme le parasite. C'est parce qu'on n'a pas voulu recourir à de telles mesures qu'à l'île Maurice tout le bétail et les chevaux ont été enlevés en deux ans par le surra importé de l'Inde, tandis que l'île de Java, où ces moyens ont été appliqués dès que les premiers cas eurent été constatés, fut parfaitement préservée.

En ce qui concerne l'homme, le problème de la prophylaxie des trypanosomiases reste entier. Je ne crois pas que l'isolement de tous les sujets atteints de maladie du sommeil puisse fournir de bons résultats, vu le grand nombre de porteurs de trypanosomes qui offrent toutes les apparences de la santé. Il faut donc chercher un médicament qui ait à l'égard des trypanosomes la même efficacité que la quinine vis-à-vis des hématozoaires du paludisme, mais les quelques essais faits jusqu'ici ne permettent pas encore de considérer le problème comme résolu.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 31 octobre 1904.

Recherches sur les tumeurs d'apparence cancéreuse des souris.

M. L. Michaelis communique le résultat des recherches qu'il a faites sur l'anatomie pathologique et l'inoculabilité des tumeurs « cancéroïdes » que présentent parfois les souris.

Histologiquement, il en décrit trois variétés : carcinome simple, tumeurs adénomateuses, enfin tumeurs rappelant celles-ci, mais à alvéoles plus volumineux renfermant des cellules épithéliales irrégulièrement disposées. Ces deux dernières variétés sont d'ailleurs très voisines et par inoculation reproduisent l'une et l'autre des tumeurs de type adénomateux.

Au point de vue clinique, ces néoplasmes se distinguent par la rareté des métastases (l'orateur n'en a constaté qu'une fois), par l'absence de propagation diffuse, enfin par l'intensité très variable de leur retentissement sur l'état général de l'animal atteint. Toutefois, ils se rapprochent des tumeurs malignes par leur croissance indéfinie et aussi par leur capacité à former des métastases, quelque peu fréquentes que soient celles-ci.

Quant à l'inoculabilité de ces néoproductions, elle offre certaines difficultés : on ne doit d'abord pas se servir d'une émulsion fine, mais bien d'une émulsion contenant de petits fragments du tissu néoplasique, et par conséquent s'abstenir de toute filtration; d'où l'on peut conclure que l'agent pathogène se trouve dans les cellules, et non dans le suc des tumeurs. Le choix de l'animal à inoculer a en outre une grande importance, au point que les tumeurs de la souris blanche ne sont pas transmissibles à la souris grise, et réciproquement.

M. Michaelis dit enfin avoir cherché à rendre des souris réfractaires à l'inoculation de ces néoplasmes par l'inoculation préalable de tissu néoplasique soumis à l'action du chloroforme, mais ces essais ont complètement échoué, voire même que les animaux ainsi traités ont paru posséder une réceptivité légèrement accrue.

Influence des albuminoïdes, des peptones et des peptides sur la coagulation du sang.

M. Brat fait une communication dans laquelle il rappelle tout d'abord ses précédentes recherches, d'où il résulte que la peptone, la gélatose et la gélatine ont une action analogue, qui se traduit par l'augmentation du fibrinogène.

Il expose ensuite le résultat d'expériences qu'il a faites avec M. Bergell, sur les propriétés des dérivés par hydrolyse de la fibroïne de la soie : en faisant agir de l'acide chlorhydrique sur cette substance, on obtient une peptone *a;* puis, par l'action de la baryte sur celle-ci, une peptone *b;* enfin cette dernière, sous l'influence du ferment pancréatique, donne de la tyrosine, mais en laissant un résidu qui, en raison de sa résistance à la fermentation, mérite le nom d'*antipeptone*. Or, de cette série de dérivés, seule la peptone *b* jouit de la propriété d'entraver la coagulation du sang. Ces faits démontrent combien est irrationnel l'emploi des peptones dans l'alimentation par voie sous-cutanée, puisque de la sorte prennent naissance des substances qui diminuent la coagulabilité du sang.

L'orateur a également fait des recherches sur les peptides et leurs dérivés; il a pu s'assurer que parmi les composés de ce groupe il en est un, la *glycylglycine*, qui offre des analogies avec l'antipeptone et qui, notamment, résiste comme celle-ci au suc pancréatique; en raison de cette propriété, cette substance pourrait être employée pour neutraliser l'action des peptones.

On voit donc que, au moyen des produits de destruction des albuminoïdes, il est possible d'agir sur la coagulabilité du sang soit dans un sens, soit dans l'autre.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Exclusion totale du gros intestin dans la colite ulcéreuse, par M. L. Moszkowicz.

On sait que l'intervention chirurgicale, dans cette terrible et rebelle affection, se propose un double but : mettre au repos, soustraire au contact des matières le segment ulcéré de l'intestin; ouvrir un accès au traitement local, topique. Cela suffit à faire comprendre que les anastomoses inter-intestinales, l'iléo-sigmoïdostomie, par exemple, ne remplissent qu'une partie du programme, et que, jusqu'à présent, l'anus artificiel, pratiqué à diverses hauteurs, ou, ce qui vaut le mieux, le plus haut possible, sur le cæcum ou l'iléon terminal, reste la méthode opératoire la plus rationnelle.

Elle n'est point, d'ailleurs, d'une efficacité constante ni parfaite; d'autre part, au bout d'un certain temps, toujours assez court, elle est mal supportée par les malades, et l'on est contraint parfois de fermer trop tôt la voie artificielle. M. Moszkowicz relate une observation qui témoigne, une fois de plus, de ces difficultés. Une femme de vingt-sept ans était atteinte, depuis six mois, d'une colite ulcéreuse grave, se traduisant par des évacuations journalières, très fréquentes, de pus et de sang, et par une anémie des plus accusées. En décembre 1902, l'auteur intervient; il trouve l'S iliaque infiltré et épaissi et croit reconnaître que l'infiltration ne remonte qu'au côlon transverse; il pratique donc, en deux temps, un anus contre nature sur la portion moyenne de ce côlon transverse. L'amélioration consécutive est notable, la malade reprend du poids; on agit directement sur le segment colique sous-jacent à l'anus artificiel par des lavages, etc. En juin 1903, l'opérée réclame instamment l'occlusion de l'orifice anormal, et M. Moszkowicz se met en devoir de réaliser l'intervention que voici : extirpation de toute la portion du gros intestin située au-dessous de l'anus contre nature; libération et abaissement du côlon transverse, pour l'aboucher à l'anus. La première partie de ce plan fut seule remplie, la faiblesse très grande de la malade ne permettant pas d'aller plus loin; du reste, la mort survint deux jours après l'opération. L'examen du segment extirpé fit voir que la plupart des ulcérations étaient remplacées par des bandes cicatricielles, et que, par suite, le premier acte opératoire avait été suivi d'un réel effet; mais l'autopsie révéla que le processus ulcéreux, loin de s'arrêter au côlon transverse, se continuait sur toute la longueur du côlon ascendant et du cæcum. L'anus cæcal ou iléal eût donc été tout indiqué.

A propos de ce cas, l'auteur s'est demandé s'il ne serait pas possible d'exclure la totalité du gros intestin, en évitant les inconvénients de l'anus contre nature haut situé; et, pour cela, d'implanter la portion terminale de l'iléon à l'anus. Cette opération nouvelle, il l'a tentée chez l'animal et répétée sur le cadavre humain; et sa technique était la suivante :

Sur le devant de l'anus, à la jonction de la peau et de la muqueuse, on pratiquait une incision, et, laissant en avant le sphincter, on décollait peu à peu la paroi rectale, de façon à creuser une sorte de loge qui était provisoirement bourrée de gaze. Ceci fait, le ventre était

ouvert, l'iléon sectionné à son implantation cæcale, le bout périphérique fermé par une suture appropriée, le bout central lié par un fil dont les deux chefs étaient maintenus très longs. On « détamponnait » alors la poche prérectale, on y faisait passer une pince qui effondrait le cul-de-sac péritonéal, allait saisir les deux chefs longs de la ligature intestinale et ramenait dans la plaie le bout supérieur de l'iléon : pour que cet abaissement fût aisément exécutable, il était presque toujours nécessaire d'échancrer un peu le mésentère entre ses arcades vasculaires. Enfin l'iléon « descendu au périnée » était fixé au devant de l'anus, le sphincter, préalablement décollé, comme nous l'avons dit, enserrant les deux orifices.

Il convient de reconnaître que les résultats expérimentaux n'ont pas été fort heureux; sur 4 chiens et 1 chat « opérés », un seul animal a survécu vingt cinq jours; toutefois ces premières tentatives ont montré que le plan opératoire était exécutable et que la continence pouvait être obtenue de la sorte. Pour obvier à la fréquence des évacuations liquides et aux inconvénients qui en résultent, l'auteur imagina de réaliser, par la plicature incomplète de la paroi intestinale, à 10 ou 20 centimètres de l'abouchement périnéal, une sorte de valvule, et le résultat en fut très satisfaisant. Chez l'homme la technique serait semblable : il serait utile, pourtant, de ne pas sectionner l'iléon tout près de cæcum, parce que cette portion terminale a un mésentère trop court, mais de reporter la section à 20 centimètres environ de la valvule de Bauhin; une courte entamure du mésentère permettrait l'abaissement jusqu'au périnée.

Ce n'est là, bien entendu, qu'un projet d'intervention, auquel manque la sanction pratique, et, d'ailleurs, M. Moszkowicz ne propose cette exclusion totale du gros intestin que pour les cas de colite ulcéreuse rebelle, après l'échec de l'anus cæcal et de toutes les médications topiques. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.) — L.

Origine traumatique des varices,
par M. K. Schmidt.

C'est là une question fort intéressante, et qui se pose assez souvent, à l'heure actuelle : le développement ou l'aggravation des varices peuvent-ils être tenus, dans un certain nombre de cas, pour un accident du travail? Rarement, la réponse devra être positive, et l'auteur rappelle que le processus variqueux suppose presque toujours quelque anomalie de résistance, héréditaire ou congénitale, des parois veineuses: l'apparition précoce de varices, parfois considérables, chez de jeunes sujets qui n'ont pas encore ou qui ont à peine travaillé, suffirait à le démontrer.

Pourtant, ce premier point acquis, on ne saurait oublier que les conditions physiques de la profession et du travail ont leur importance : on sait quel est le rôle de la station debout prolongée. Les efforts répétés et habituels pour soulever de lourdes charges représentent aussi un facteur non douteux; la « presse abdominale » refoule alors le sang veineux dans les veines du bassin et dans la veine fémorale, et, en même temps, elle affaisse et comprime cette dernière au niveau de son entrée dans le bassin et du coude qu'elle dessine à ce niveau; cette hypertension du tronc veineux fémoral se propage naturellement dans les veines superficielles du membre, et avec d'autant plus d'efficacité que la contraction musculaire entrave le fonctionnement des anastomoses profondes. La répétition de pareils efforts pourrait donc distendre des parois veineuses déjà « faibles de naissance », et concourir au développement des varices au niveau de certains segments prédisposés. Il convient aussi d'invoquer cette prédisposition pour expliquer l'apparition brusque de varices à la suite d'un violent effort de « soulèvement », comme le fait a été signalé par Düms chez des soldats qui avaient soulevé un canon.

Dans les mêmes conditions, et sous la même réserve d'une « aptitude » préalable, l'excès de tension, résultant d'un violent effort, peut provoquer la dilatation persistante d'un segment déterminé d'une grosse veine, de la fémorale. Et le fait suivant en témoignerait, d'après M. Schmidt. Un ouvrier était occupé, avec un de ses compagnons, à renverser une benne de charbon contenant environ 30 quintaux : il appuie contre la benne son genou droit, place le pied gauche un peu en arrière, se courbe fortement et, des deux mains, se cramponne; au moment de la secousse, son pied gauche glisse un peu en arrière, et il ressent un violent élancement à l'aine gauche. La douleur persiste, il ne peut reprendre le même travail le lendemain et doit garder le lit plusieurs jours. Sa demande d'indemnité fut repoussée par le tribunal d'arbitrage (*Schiedsgericht*), par cette raison que l'ouvrier n'aurait été employé qu'à son travail habituel. Or, voici ce que constatent M. Thiem et l'auteur : le patient se plaint toujours de douleurs à l'aine gauche, douleurs qui augmentent lorsqu'il se baisse ou soulève quelque charge; il boite un peu de ce côté; sur ce membre, les varices sont extraordinairement développées : au-dessous de l'aine, sur le milieu de la cuisse, la veine fémorale dessine une tumeur aplatie, de 5 centimètres de long, de 2 centimètres de large, une véritable dilatation sacciforme; plus bas, il y a un méplat, et un cordon veineux encore distendu, mais beaucoup moins, qui descend vers la face interne du membre. La conclusion est celle-ci : au moment d'un effort considérable sur un membre déjà variqueux, le reflux veineux ne peut trouver place dans les veines périphériques déjà distendues, il dilate le tronc de la fémorale, et cet évasement initial du tronc veineux s'accentue sous l'action de la pression veineuse, d'autant plus aisément que la veine n'est recouverte, à ce niveau, que de tissu cellulaire lâche et de trousseaux fibreux, qui peuvent aussi s'être rompus au cours de l'accident. Finalement, l'auteur admet que cet accident est bien en cause, qu'il a provoqué l'aggravation des varices et, en particulier, la dilatation sacciforme de la veine fémorale, et que, de ce fait, il y a lieu d'évaluer à un tiers l'incapacité permanente partielle qui en résulte. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, août 1904.) — L.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le moût de raisins frais contre les infections cutanées.

Nous avons signalé naguère les bons effets que le jus stérilisé de raisin a donnés à un médecin russe, M. E. Ivanov, dans les maladies les plus diverses (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 48). De son côté, M. le docteur Chambard-Hénon (de Lyon) a récemment obtenu des résultats fort encourageants dans 3 cas d'affections cutanées qu'il a traités par le moût de raisins frais, n'ayant pas encore fermenté et, par conséquent, riche en levure : notre confrère prescrivait le « vin doux » à la dose quotidienne de deux ou trois demi-verrées à prendre en deux ou trois fois.

Dans le premier fait où M. Chambard-Hénon a employé ce mode de traitement, il s'agissait d'un enfant de sept ans qui présentait une éruption d'impétigo polymorphe occupant les deux lèvres et le menton, et ayant déterminé un engorgement ganglionnaire sus-hyoïdien médian : en cinq jours, éruption et adénite disparurent entièrement.

Le second cas était relatif à un eczéma des deux pieds compliqué d'une éruption furonculeuse peut-être d'origine iodique, car le malade avait été soumis à la médication iodurée. Après cessation de celle-ci, on administra trois demi-verres de « vin blanc doux » par jour : au bout d'une huitaine, l'affection était fort améliorée et la guérison fut complète après que le traitement eut été continué quelques jours encore.

Dans la troisième observation, il s'agissait d'une tumeur sébacée de la partie latérale du cou qui subsistait depuis plusieurs années, et qui, sous l'influence du traitement, disparut en six jours, ne laissant qu'une petite poche cutanée, vide et affaissée.

Les injections interstitielles de paraffine dans la fièvre des foins.

Partant de cette considération que l'hydrorrhée nasale est due à une excrétion de sérum sanguin à travers les mailles du tissu conjonctif, et que par suite tout moyen susceptible d'empêcher l'apport du sang dans la pituitaire doit supprimer immédiatement l'hydrorrhée, M. le docteur Brindel (de Bordeaux) a eu l'idée d'employer contre le coryza spasmodique les injections interstitielles de paraffine, pratiquées comme celles dont on fait usage dans le traitement de l'ozène (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 61) : après avoir anesthésié profondément à la cocaïne la muqueuse du cornet inférieur et déterminé une rétraction *maxima* de cette membrane à l'aide d'une application d'adrénaline, notre confrère injecte quelques gouttes de paraffine fusible à 60° sous la muqueuse du cornet lui-même, en deux ou trois points différents.

D'après M. Brindel, cette petite intervention ne provoquerait jamais de réaction d'aucune sorte, et l'hydrorrhée disparaîtrait le soir même. Les jours qui suivent, il se forme un petit noyau d'induration autour de la masse de paraffine injectée : c'est cette zone de sclérose qui constitue un obstacle mécanique à l'arrivée du sang dans le réseau caverneux de la pituitaire.

Depuis plusieurs mois, notre confrère a employé le traitement dont il s'agit dans 5 ou 6 cas, et il n'a eu à enregistrer que des succès, l'affection n'ayant jamais récidivé.

Traitement des fibromyomes de l'utérus par la faradisation.

Bien que la faradisation ait déjà été préconisée à différentes reprises contre les corps fibreux de l'utérus, elle ne semble pas jusqu'ici être passée dans la pratique courante, la plupart des auteurs la considérant comme inefficace en pareil cas. C'est pourquoi il nous paraît intéressant de signaler les résultats fort encourageants que M. le docteur E. Witte (de Charlottenbourg) aurait obtenus du mode de traitement dont il s'agit. Voici la technique employée par notre confrère :

On se sert d'une sonde utérine dont les 7 centimètres inférieurs sont isolés, tandis qu'une pièce transversale sert d'arrêt et empêche l'instrument de pénétrer trop avant dans l'utérus; l'électrode indifférente est mise au contact de la paroi abdominale. On fait agir le courant tous les jours durant vingt à trente minutes avec une intensité progressivement croissante, mais sans aller jusqu'au point où les applications deviendraient douloureuses.

Depuis deux ans qu'il a recours à ce procédé thérapeutique, M. Witte n'a jamais observé d'accident ni de complication ayant nécessité une interruption du traitement. Les contractions de l'utérus, analogues aux douleurs de la parturition, qui se produisent à la suite d'une faradisation intensive, déterminent la suppression des écoulements sanguins, arrêtent les progrès de la myomatose utérine et amènent, enfin, une régression, voire même la disparition totale des tumeurs, l'organe reprenant ses dimensions normales.

L'opothérapie ovarienne contre l'hémophilie.

L'année dernière, M. S. Zavadier a fait connaître les résultats très encourageants qu'il avait obtenus de l'ovariothérapie dans un cas d'hémophilie grave (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 300). De son côté, un confrère écossais, M. le docteur Lachlan Grant (de Ballachulish), a eu récemment l'occasion d'employer le même mode de traitement chez un garçon de huit ans, appartenant à une famille d'hémophiles avérés et chez lequel une hémorrhagie grave était survenue à la suite d'une coupure profonde de la plante du pied. Malgré des tentatives multiples de traitement, y compris des applications d'une solution d'adrénaline à 1 ‰, la plaie continuait à saigner. Notre confrère eut alors l'idée, le troisième jour après l'accident, de recourir à l'extrait ovarien administré trois fois *pro die* à la dose de 0 gr. 15 centigr. Pendant les premières quarante-huit heures, cette médication parut inefficace. Mais le troisième jour, le suintement sanguin cessa, la température — qui s'était élevée jusqu'à 39° — retomba à la normale et les douleurs disparurent. Peu à peu la plaie prit meilleur aspect; elle mit six semaines à se cicatriser.

Sans vouloir accorder à cette observation la valeur d'une preuve définitive de l'efficacité de l'opothérapie ovarienne, M. Grant croit cependant devoir attribuer à l'extrait organique dont il s'est servi l'arrêt rapide des hémorrhagies.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

La dilatation idiopathique ou congénitale du côlon.

I

Décrite sous le nom de *maladie de Hirschsprung* en Allemagne et sous celui de *maladie de Mya* en Italie, observée, d'ailleurs, longtemps avant la publication des travaux de ces deux auteurs, la dilatation idiopathique ou congénitale du côlon reste encore fort peu connue en France. Les traités classiques de médecine et de chirurgie ne la mentionnent même pas, et les ouvrages de pédiatrie lui consacrent à peine quelques lignes. C'est ainsi que, dans la dernière édition de son *Traité des maladies de l'enfance*, M. Comby se borne tout simplement à faire remarquer, en parlant de la constipation, que « la dilatation avec hypertrophie congénitale du côlon, décrite par Hirschsprung, Mya, etc., se traduit par une constipation opiniâtre avec météorisme, vomissements, et se termine le plus souvent par la mort » (1). M. Marfan (2) est quelque peu plus explicite : pour lui, « les faits décrits récemment par Hirschsprung et divers auteurs sous le nom de *dilatation hypertrophique congénitale du côlon* paraissent représenter les cas les plus extrêmes, les plus graves de la constipation congénitale », laquelle serait engendrée par l'exagération et la multiplicité des inflexions de l'S iliaque. Aussi, tout en donnant quelques détails sur les caractères anatomo-cliniques de l'état morbide en question, M. Marfan a-t-il soin de déclarer qu' « il n'est pas légitime de créer pour ces faits un groupe à part dans les constipations du nourrisson » (3).

Est-ce à dire qu'il s'agisse d'une affection particulièrement rare et qui doive, à ce titre, être considérée comme une simple curiosité pathologique? Il s'en faut. A en juger d'après le nombre des observations consignées, pour la plupart, dans les recueils étrangers, la dilatation idiopathique du côlon serait loin d'être exceptionnelle : M. Duval (4) a pu en réunir 48 cas, et encore ce chiffre est-il de beaucoup inférieur à la réalité, l'énumération faite par cet auteur étant très incomplète (5), puisque nous n'y trouvons pas mentionnées, non seulement les observations antérieures au travail de M. Hirschsprung, et dues à Oulmont (1), Little et Gallaway (2), Dupleix (3), Pippingsköld (4), etc., etc., mais encore celles qui ont été relatées plus récemment par MM. Bossowski (5), Duhamel (6), Nicolaysen (7), Johannessen (8), Tittel (9), Neter (10), Frommer (11), Tarozzi (12), Björkstén (13), etc.

Sans vouloir faire ici l'historique détaillé de ce chapitre de pathologie intestinale, nous nous bornerons à rappeler que M. Concetti (14) croit pouvoir attribuer à Favalli (15) la priorité de la description exacte de l'altération morbide en question, et à Porro (16) celle de l'indication des rapports étroits qui existent entre la dilatation du côlon et la constipation habituelle des enfants en bas âge. L'état morbide en question avait donc été signalé bien avant les travaux de M. Hirschsprung. Nous avons, d'ailleurs, trouvé dans la littérature médicale une observation française, antérieure à celle de Favalli et qui n'est citée dans aucun mémoire consacré à la maladie dont il s'agit, encore qu'elle semble bien se rapporter à une dilatation *idiopathique* du côlon. Publié par Oulmont, ce fait a trait à un ancien militaire, qui fut admis à l'hôpital après cinq jours d'une constipation opiniâtre, avec ballonnement considérable du ventre; cinq ans auparavant, cet homme avait éprouvé des accidents semblables, qui avaient fini par se dissiper, mais cette fois-ci le traitement échoua et vingt-quatre heures après son admission à l'hôpital, il succomba. A l'autopsie, « on trouva une dilatation générale de tout le tube digestif et de l'estomac lui-même, mais principalement du côlon descendant qui forme une énorme cavité remplie de matières. Les tuniques intestinales étaient hypertrophiées. L'obstruction siégeait à la partie supérieure du rectum et était formée par la torsion du rectum entraîné et déplacé par le côlon distendu » (1). Malgré l'existence d'une torsion du rectum, il nous paraît difficile de ranger ce cas parmi les dilatations intestinales d'origine mécanique : l'hypertrophie des tuniques intestinales milite en faveur de l'hypothèse d'une dilatation primitive, et, quoique sommaire, la description même des lésions trouvées à l'autopsie témoigne de la nature secondaire de la torsion, celle-ci étant consécutive à un déplacement du rectum par le côlon distendu.

Une autre observation française, que nous n'avons pas, non plus, vue mentionnée par les divers auteurs qui se sont occupés de la maladie en question est due à Dupleix (2). Il s'agissait ici d'un maçon âgé de trente-huit ans, qui naquit avec une imperforation de l'anus (3) et, depuis son enfance, éprouvait des troubles intestinaux caractérisés par une constipation opiniâtre et un ballonnement du ventre, survenant une ou deux heures après les repas et disparaissant aussitôt après l'évacuation d'une quantité assez considérable de gaz. Trois mois avant d'être admis à l'hôpital, cet homme remarqua que le gonflement habituel de son ventre, au lieu de se dissiper comme les autres fois, persistait et augmentait progressivement. D'un volume énorme, l'abdomen était uniformément distendu, tout en faisant saillie au niveau de l'épigastre, où la masse intestinale paraissait s'être réfugiée. Pris, un jour, en allant à la selle, de dyspnée intense et subite, le malade succomba au bout d'une heure. L'autopsie fut pratiquée : « A l'ouverture de la cavité abdominale, dont les parois étaient très amincies, le couteau ayant éraillé une partie de l'intestin, il y eut subitement un dégagement considérable de gaz avec des matières fécales, noirâtres et très molles. Ce dégagement fut précédé d'un bruit assez fort et projection au loin des matières fécales, en même temps que l'ouverture de la plaie était agrandie et portée à près de 30 centimètres... On apercevait une masse énorme remplissant toute la cavité de l'abdomen, depuis la partie inférieure jusqu'au diaphragme, refoulant non seulement ce muscle dans l'intérieur de la cavité thoracique, mais avec lui l'intestin grêle, l'estomac, le foie et la rate. Il fut reconnu que cette masse énorme n'était autre chose que l'S iliaque et le rectum très dilatés ». Fait important, et qui éclaire, en quelque sorte, la nature de cette ectasie, l'épaisseur des parois intestinales était considérablement accrue au niveau de la dilatation; les trois tuniques étaient épaissies, mais c'était la couche musculaire qui paraissait l'être le plus. En outre, on remarquait, sur la face interne de la portion dilatée de l'intestin, la présence d'éraillures plus ou moins profondes et plus ou moins étendues, qui semblaient occasionnées par la distension des parois. Or, ces constatations, comme nous allons le voir, cadrent bien avec le tableau anatomo-pathologique que les auteurs s'accordent à considérer comme propre à la *dilatation congénitale avec hypertrophie du gros intestin.*

II

La caractéristique anatomique de la maladie de Hirschsprung est constituée, en effet, par

(1) J. Comby. Traité des maladies de l'enfance. 4e éd., p. 461 Paris, 1902.

(2) Marfan. Article « Constipation », *in* Traité des maladies de l'enfance de Grancher, Comby et Marfan, t. II, p. 660. Paris, 1897.

(3) Il convient, toutefois, de faire remarquer que pour la deuxième édition du même traité, actuellement en cours de publication (sous la direction de MM. Grancher et Comby), on en a jugé autrement : au lieu d'être rattachée à l'article *Constipation*, la dilatation congénitale du côlon y fait l'objet d'un chapitre à part, écrit par M. Hirschsprung.

(4) P. Duval. De la dilatation dite idiopathique du gros intestin; mégalocôlon congénital (Mya); maladie de Hirschsprung. (*Rev. de chir.*, mars, avril et mai 1903.)

(5) Il serait fastidieux de passer ici en revue toutes les observations de dilatation idiopathique du côlon que nous avons trouvées dans la littérature médicale. Aussi nous bornerons-nous à indiquer seulement les faits les plus saillants, ainsi que les travaux paraissant avoir échappé à l'attention des auteurs qui se sont proposés de dresser la liste de *tous* les cas d'ectasie congénitale du côlon. Ajoutons que cette manière de présenter une sorte de recueil d'observations nous paraît d'autant moins profitable pour le lecteur que, pour la plupart de ces observations et des indications bibliographiques qui s'y rapportent, les auteurs ne se donnent guère la peine de procéder à des recherches personnelles. C'est ainsi que, dans le mémoire susmentionné de M. Duval, on lit, pour l'observation de M. Tordeus (p. 658): « Cité par Concetti sans indication bibliographique », et, plus loin, dans l'index bibliographique (p. 666) : « Tordeus. — Concetti ne donne pas d'indication bibliographique ». Or, quel est ce mystérieux travail de M. Tordeus, sur lequel M. Duval ne nous renseigne pas, faute d'avoir trouvé une indication correspondante chez M. Concetti? Eh bien, il s'agit tout simplement d'un travail français (Observation de tumeur stercorale; mort; autopsie). publié par M. E. Tordeus (de Bruxelles) dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* du 9 juillet 1896, de sorte que nous ne voyons pas bien la nécessité qu'il y avait, en l'espèce, de recourir, vainement d'ailleurs, aux lumières d'un auteur italien.

D'autre part, dans un article paru il y a quelques jours seulement (*Policlinico*, 5 novembre 1904), M. Meynier mentionne, entre autres cas de dilatation congénitale du côlon, une observation de M. Grüneberg. Or, en se reportant au journal cité par l'auteur italien, on ne sera pas peu surpris de voir qu'il s'agit, en réalité, d'un *rétrécissement* congénital du côlon descendant avec rétrodilatation consécutive. La communication même de M. Grüneberg est intitulée « Congenitale Verengerung im Kolon descendens » (*Biol. Abtheil. des ärztlich. Vereins Hamburg*, séance du 14 mars 1899, in *Münch. med. Wochensch.*, 11 avril 1899, p. 496).

(1) Oulmont. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, janv. 1843, p. 336.)

(2) Little et Gallaway. Enormous dilatation with hypertrophy of the colon, especially of the sigmoid portion. (*Transact. of the Pathol. Soc. of London*, 1850-1851, p. 106.)

(3) Dupleix. Dilatation énorme de l'S iliaque. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet 1877, p. 493.)

(4) Pippingsköld. Ett fall af kolossal dilatation of coecum och colon. (*Finska läkaresällskapets handlingar*, 1880, XII, 5-6, p. 410.)

(5) A. Bossowski. W sprawie wrodzonych nieprawidlowosci jelita esowatego u dzieci. (*Przeglad lekarski*, 6 mai 1899.)

(6) J. Duhamel. Ueber die Erweiterung der Flexura sigmoïdea coli, insbesondere die angeborene Erweiterung. (*Thèse de Strasbourg*, 1899.)

(7) L. Nicolaysen. Hypertrofi og dilatation af colon hos spædborn. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars 1900.)

(8) A. Johannessen. La dilatation hypertrophique du gros intestin chez l'enfant. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, fév. 1900.) — Dilatation og hypertrofi af tyktarmen hos barnet. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars 1900.)

(9) K. Tittel. Ueber eine angeborene Missbildung des Dickdarmes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 sept. 1901.)

(10) E. Netér. Die Beziehungen der congenitalen Anomalien des S romanum zur habituellen Verstopfung im Kindesalter (zur Hirschprung'schen Krankheit) und zum Volvulus flexurae sigmoideae der Erwachsenen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, 1901, XXXII, 3-4.)

(11) A. Frommer. Zur Casuistik der Anomalien des Dickdarmes. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXVII, 1.)

(12) G. Tarozzi. Malattia di Hirschsprung et megalocolon idiopatico. (*Riforma med.*, 13 et 14 août 1902.)

(13) M. Björkstén. Ein Fall von congenitaler Dilatation des Colon bei einem Kinde. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1902, LV, 6.)

(14) L. Concetti. Sopra alcune anomalie congenite del colon inducenti la costipazione abituale dei bambini. (*Bull. della R. Accad. med. di Roma*, 1898-1899, XXV, 7-8.) — Ueber einige angeborene, bei Kindern die habituelle Verstopfung hervorrufende Missbildungen des Colon. (*Arch. f. Kinderheilk.*, 1899, XXVII, 5-6.)

(15) C. Favalli. Caso di ipertrofia con dilatazione del colon; meteorismo peritoneale grave da far congetturare una perforazione intestinale; morte 16 ore dopo l'avvenuto meteorismo. (*Gazz. med. di Milano*, 20 juin 1846.)

(16) E. Porro. Sopra un caso singolarissimo di patologia embriologica. Milan, 1871. — Cité par Concetti.

(1) Oulmont. (*Loc. cit.*, p. 336-337.)

(2) Dupleix. Dilatation énorme de l'S iliaque. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juillet 1877, p. 493.)

(3) Ce fait, ainsi que l'observation de M. Joukovsky (voir plus loin), va à l'encontre de l'affirmation de M. Duval qu' « il n'est pas noté chez les malades de malformation congénitale quelconque ». Comme on le verra par la suite, la chose n'est pas sans importance au point de vue pathogénique.

une distension extraordinaire du gros intestin, jointe à un épaississement très marqué de sa paroi. Dans la plupart des cas, la dilatation est limitée au côlon seul, mais on a signalé quelques faits dans lesquels le cæcum et la partie inférieure de l'intestin grêle participaient au développement anormal, et d'autres, un peu plus nombreux, où le rectum était également intéressé.

L'ectasie peut, d'ailleurs, porter soit sur la totalité du côlon, soit seulement sur une portion de celui-ci, et alors c'est le plus souvent le segment pelvien qui est en cause. A l'ouverture de l'abdomen, on n'aperçoit que deux grandes tumeurs verticales et parallèles, que M. Walker a comparées à une cuisse et à une jambe fléchie (1). Ces tumeurs remplissent toute la cavité abdominale, et, en les soulevant, on peut se rendre compte qu'il s'agit de deux portions continues du côlon.

Outre la dilatation, on note toujours une hypertrophie considérable des parois intestinales. En général, l'ectasie et l'hypertrophie vont parallèlement, mais parfois les deux processus divergent en quelques endroits : c'est ainsi qu'au niveau des flexions naturelles de l'intestin, on peut voir le calibre de celui-ci diminuer, sans que l'épaississement de la paroi subisse le moindre changement. Il va, du reste, de soi qu'il ne s'agit, en pareille occurrence, que d'un amoindrissement *relatif* du calibre intestinal, le terme *idiopathique*, appliqué à la maladie, impliquant nécessairement l'absence de tout rétrécissement et de toute compression externe, susceptibles de déterminer une *rétro-dilatation* du côlon (2).

Encore que l'épaississement de la paroi intestinale fasse, pour ainsi dire, partie intégrante de l'anatomie pathologique de l'ectasie idiopathique du côlon, on a pourtant signalé des cas où le processus hypertrophique se trouvait interrompu et où certaines parties de l'intestin dilaté présentaient, au contraire, une réduction plus ou moins notable de l'épaisseur de la paroi. C'est ainsi que, dans l'observation de M. Gaume (3) — où une inflammation chronique avait, il est vrai, tellement altéré les éléments constitutifs des diverses couches intestinales que celles-ci étaient devenues difficiles à reconnaître —, il existait, au milieu du côlon transverse hypertrophié, une partie injectée, amincie et friable. Dans le procès-verbal de l'autopsie du petit malade de M. Nicolaysen, on retrouve également, à côté de l'épaississement général très marqué (2 millim. 1/2) de la paroi du gros intestin, une partie (entre le côlon descendant et l'S iliaque) « assez mince, par endroits presque transparente » (4). M. Concetti (5) insiste particulièrement sur cet amincissement de la dernière portion du côlon : il y a constaté une aplasie partielle de la musculature circulaire et une aplasie presque totale des fibres longitudinales; en rendant cette partie du gros intestin inapte à contribuer aux fonctions motrices du tube digestif, l'aplasie en question provoquerait une sorte d'hypertrophie compensatrice, avec dilatation des anses sus-jacentes.

Quelque ingénieuse que soit cette interprétation, il s'en faut, pourtant, que l'on puisse lui attribuer une portée générale, l'atrophie partielle de la tunique musculeuse faisant souvent défaut. Au surplus, l'amincissement de la paroi intestinale ne pourrait-il pas être, comme le suppose M. Hirschsprung, d'origine secondaire, consécutif à la pression des matières fécales accumulées dans des endroits particulièrement défavorables à leur progression?

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que, d'une manière générale, l'hypertrophie des parois de la portion dilatée de l'intestin constitue un des traits les plus saillants de l'état morbide en question. L'épaisseur de la paroi intestinale peut atteindre 2 millim. 9 (cas de Concetti), au lieu de 1 millim. 5, qui est le chiffre normal. Le processus hypertrophique peut porter sur toutes les tuniques, la muqueuse, la sous-muqueuse, la musculeuse, voire même sur la séreuse, mais il intéresse surtout la musculature intestinale, en affectant une prédilection très marquée pour la couche à fibres circulaires.

L'aspect de la muqueuse varie suivant l'ancienneté et la gravité du cas. A en juger par les autopsies des nourrissons ayant succombé peu de temps après la naissance, la muqueuse n'est jamais tout à fait saine : elle est fortement injectée, pigmentée et les plis en sont effacés. Mais c'est seulement chez l'enfant plus âgé que l'on trouve des ulcérations plus ou moins nombreuses et de forme irrégulière, attaquant parfois la tunique musculaire et susceptibles même de devenir perforantes, comme le fait a été noté dans les observations de MM. Herringham et Clarke (1), Concetti (2) et Fenwick (3). Suivant M. Hirschsprung, ces ulcérations correspondraient à une période avancée de la maladie, qui s'annoncerait par de la diarrhée et des phénomènes de marasme.

III

Bien que la dilatation idiopathique du côlon ait été signalée chez des sujets âgés, voire même chez des vieillards, elle constitue essentiellement une maladie des premiers âges de la vie. Sans vouloir, pour le moment, aborder la discussion de la question d'origine congénitale de cet état morbide, discussion qui sera mieux à sa place lorsque nous aurons à envisager les théories pathogéniques, nous nous bornerons à faire remarquer que, dans la plupart des cas, le début de l'affection remonte à la première enfance.

Caractérisée principalement par une constipation opiniâtre et une distension énorme de l'abdomen, la maladie se manifeste assez souvent dès les premiers jours de la vie par l'absence de rejet de méconium. La première idée qui vient alors à l'esprit du médecin, c'est qu'il se trouve en présence d'une imperforation de l'anus; mais, en examinant le nouveau-né, il constate que l'anus et le rectum sont parfaitement perméables. Sur ces entrefaites, le ventre commence à subir une distension qui s'accentue rapidement, en même temps que la peau devient luisante et que les veines de la paroi abdominale se dessinent. D'autre part, sous l'influence de l'activité des bactéries intestinales, les matières fécales retenues subissent une série de transformations, qui les rendent tout à fait différentes des fèces des nourrissons : elles finissent par former de véritables scybales et dégagent une odeur nauséabonde.

La distension abdominale, qui est surtout causée par l'accumulation des gaz, est toujours très accentuée et donne parfois lieu à des accidents de suffocation et de cyanose, qui peuvent paraître assez menaçants pour que l'on ait songé à y remédier au moyen d'une ponction intestinale (Cheadle, Hirschsprung, Money et Paget, Harrington, etc.).

Parfois, la palpation abdominale, combinée ou non avec le toucher rectal, permet de reconnaître l'existence d'une tumeur dure, plus ou moins volumineuse et qui diminue ou même disparaît complètement à la suite d'abondantes évacuations alvines, à telles enseignes que M. Fitz a cherché à établir une relation entre ces « stercoromes » et les tumeurs fantômes (1).

La stase fécale favorisant la production d'une colite, on comprend que la constipation, qui est le trait dominant du tableau clinique de la dilatation du côlon, soit, à un moment donné, remplacée par de la diarrhée. Celle-ci est d'un pronostic fâcheux, car elle annonce généralement une colite ulcéreuse mortelle : le malade succombe à la fois au marasme, déterminé par l'insuffisance de la nutrition, et à l'intoxication due à la putréfaction des matières fécales.

Il serait, toutefois, erroné de croire que la dilatation idiopathique du côlon comporte nécessairement une issue fatale à brève échéance : nombre de faits prouvent, au contraire, que cet état morbide est parfaitement compatible avec une existence prolongée, encore qu'il rende toujours pénible le fonctionnement de l'intestin et qu'il expose le malade à des accidents graves plus ou moins tardifs.

Ajoutons, comme symptômes négatifs, que, d'après M. Hirschsprung, les vomissements seraient nuls ou insignifiants, les mouvements péristaltiques relativement peu prononcés et la douleur modérée.

IV

Tout en reconnaissant que « l'histoire de la dilatation du côlon nous apprend des faits très intéressants », M. Marfan se refuse à admettre que « cette dilatation soit une modification primitive. Elle n'a jamais été rencontrée chez un enfant venant de naître. Jusqu'à plus ample information, nous devons la considérer comme une modification consécutive à la constipation congénitale, affection qui est essentiellement liée à la multiplicité et à l'exagération des inflexions de l'S iliaque. La stase des matières fécales dans le côlon suffit à expliquer toute la série des faits qu'on a observés dans le mégalocôlon : la dilatation en particulier est probablement due à la distension par les gaz de putréfaction » (2).

D'autres auteurs font également jouer à la stase fécale un rôle étiologique primordial. C'est ainsi que M. Fenton (3) mentionne la dilatation du côlon comme une simple conséquence de la constipation habituelle des enfants, et que M. Mya (4) met le développement de l'hypertrophie de la paroi intestinale sur le compte de la stagnation des fèces dans le côlon, comparant ce processus à l'hypertrophie qui se produit dans la vessie lorsqu'il existe un obstacle au cours de l'urine. L'auteur italien admet, toutefois, *comme lésions premières*, d'origine embryonnaire, une dilatation de l'intestin avec hyperplasie conjonctive qui augmente l'épaisseur de la paroi intestinale.

Par contre, M. Marfan conteste, comme nous venons de le voir, la nature congénitale de l'affection, en s'appuyant sur ce que celle-ci « n'a jamais été rencontrée chez un enfant venant de naître ». A cette objection on peut répondre, avec M. Hirschsprung, qu'il faut évidemment quelques jours pour que l'état

(1) T. J. Walker et J. Griffiths. Congenital (?) dilatation and hypertrophy of the colon fatal at the age of 11 years. (*Brit. Med. Journ.*, 29 juillet 1893.)

(2) Aussi hésiterons-nous à rattacher aux dilatations idiopathiques l'observation de distension de l'S iliaque, communiquée par M. Lespinasse (*Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. normales et pathol. de Bordeaux*, séance du 24 décembre 1888, p. 346), et dans laquelle la portion ectasiée de l'intestin était resserrée, en bas, par une bride probablement de nature épiploïque, bien que cette bride ne parût pas exercer sur l'intestin une constriction bien grande, un doigt pouvant facilement être glissé entre elle et la paroi intestinale.

(3) Gaume. Obstruction intestinale par matières stercorales; mort; autopsie; pas de lésion; matières stercorales d'un volume considérable dans l'S iliaque et le rectum; gros intestin énorme. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril 1886.)

(4) L. Nicolaysen. (*Loc. cit.*, p. 272.)

(5) Concetti. (*Loc. cit.*, obs. I.)

(1) W. P. Herringham et B. Clarke. Idiopathic dilatation of the sigmoid flexure. (*Clinical Soc. of London*, séance du 23 novembre 1894, in *Brit. Med. Journ.*, 1er déc. 1894, p. 1240.)

(2) Concetti. (*Loc. cit.*, obs. I.)

(3) W. S. Fenwick. Hypertrophy and dilatation of the colon in infancy. (*Brit. Med. Journ.*, 1er sept. 1900.)

(1) R. H. Fitz. The relation of idiopathic dilatation of the colon to phantom tumor and the appropriate treatment of suitable cases of these affections by resection of the sigmoid flexure. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août 1899.)

(2) Marfan. (*Loc. cit.*, p. 661.)

(3) W. J. Fenton. Constipation in infants and young children. (*Edinburgh Med. Journ.*, août 1903.)

(4) G. Mya. Due osservazioni di dilatazione ed ipertrofia congenita del colon (megalocolon congenito). (*Sperimentale*, XLVIII, 3.)

morbide se manifeste cliniquement et que l'on ne saurait, en tous cas, ne pas accepter le diagnostic de dilatation congénitale, établi comme vraisemblable au troisième jour de la vie et confirmé, à la mort de l'enfant, soixante-quinze jours après.

En faveur de l'origine congénitale de la dilatation avec hypertrophie du côlon, M. Hirschsprung invoque, entre autres arguments, l'existence de transformations analogues constatées en d'autres points du tube digestif, notamment l'œsophage et l'estomac. Nous avons, d'ailleurs, nous-même longuement étudié dans ce journal une autre affection du nourrisson, dans laquelle le développement excessif de la musculature du tube digestif joue également un rôle fondamental (1).

Dans un travail publié il y a quelques mois, M. Valagussa (2) insiste particulièrement sur le caractère primitif et embryonnaire de cette hypertrophie de la tunique musculeuse du côlon.

Enfin, une observation récente d'ectasie du gros intestin, que nous trouvons dans la littérature médicale russe et où cette anomalie était associée à l'*hypertrophie des parois de tout l'intestin*, ainsi qu'à une sténose du duodénum et à une hernie mésogastrique interne, vient on ne peut mieux corroborer ces vues sur la nature congénitale des lésions en question. Publiée par M. Joukovsky (3), cette observation a trait à un nourrisson chez lequel les phénomènes morbides avaient débuté *dès le premier jour de la vie* et qui succomba au vingt-sixième jour. A l'autopsie, on constata, outre la dilatation du gros intestin, deux autres *anomalies congénitales* du tube digestif, à savoir une hernie interne et un rétrécissement de la portion horizontale supérieure du duodénum; cette sténose était due, à la fois, à un développement excessif des plis de la muqueuse et à l'hypertrophie des parois duodénales. Le processus hypertrophique — et c'est là surtout que réside l'intérêt du fait — portait sur la totalité de la masse intestinale, constatation qui jette un jour nouveau sur la pathogénie de la dilatation idiopathique du côlon, les diverses théories de l'ectasie *par obstacle mécanique*, soutenues par MM. Treves (4), Fenwick, Griffith (5), etc., n'étant pas susceptibles d'être appliquées à cette hypertrophie généralisée à l'intestin entier (6).

V

Le traitement doit nécessairement viser moins la dilatation elle-même que l'entrave apportée par celle-ci au fonctionnement de l'intestin. La première indication consiste, en effet, à assurer autant que possible la régularité des évacuations alvines et à faire disparaître ou, tout au moins, à diminuer la distension du côlon.

Rappelons que l'accumulation des gaz peut être assez accentuée pour créer un danger imminent et justifier une ponction intestinale d'urgence. Ce moyen exceptionnel mis à part, comment faut-il s'y prendre pour remédier à la distension abdominale? De prime abord, on serait tenté de recourir aux purgatifs, pratique qui, le plus souvent, échouera, quand elle n'aura pas pour effet d'aggraver le mal en provoquant des crises de rétention intestinale avec vomissements. Les lavements ou, plus exactement, les grandes injections d'eau faites à l'aide d'une longue canule en verre, courbée à angle obtus, réussiront, au contraire, à amener l'évacuation des gaz et des matières; il importe, toutefois, d'introduire cette canule assez profondément, de manière à dépasser le coude formé par la rencontre de l'S iliaque avec le rectum. La quantité de liquide introduit dans l'intestin doit être suffisante pour réaliser un véritable brassage des matières fécales et en assurer l'élimination. Il faut d'ailleurs savoir que, s'il est facile d'injecter de la sorte dans l'intestin une quantité très notable d'eau, l'écoulement de celle-ci, par contre, se fera souvent attendre : on pourra alors essayer de l'accélérer en exerçant sur l'abdomen des frictions ou du massage.

Sous l'influence de ces lavements, répétés tous les jours et associés à une hygiène alimentaire sévère (aliments nutritifs sous le volume le plus réduit), on pourra voir survenir, dans quelques cas, une amélioration sensible se traduisant par l'apparition plus ou moins régulière de selles spontanées et par un relèvement de l'état général du patient. Il sera alors utile de compléter le traitement par l'emploi des agents destinés à influencer le tonus de la paroi intestinale, et à cet effet on aura notamment recours à l'électricité sous forme de lavement électrique, l'une des électrodes recouverte de caoutchouc, qui laisse la pointe à nu, étant, après injection préalable d'une solution saline, introduite dans l'intestin et mise en contact avec ses parois, pendant que l'autre électrode est appliquée à l'extérieur. On a également employé, dans le même but, la strychnine, l'ésérine, etc. (1).

Mais, très souvent, le traitement médical échouera, et des complications graves pourront survenir, qui nécessiteront une intervention chirurgicale. Deux ordres d'opérations s'offrent en pareille occurrence : les unes, palliatives, telles que la colostomie, l'entéro-anastomose, la colopexie; l'autre, curative, la résection intestinale.

La colostomie est une intervention insuffisante, qui ne doit être acceptée que comme opération d'urgence en cas d'occlusion complète ou de colite aiguë.

La simple fixation de l'anse intestinale dilatée ne paraît pas, non plus, appelée à un grand avenir, puisqu'en somme elle ne remédie nullement à la lésion primitive, à l'ectasie du côlon. Elle n'en a pas moins donné de bons résultats entre les mains de M. Woolmer (2) et de M. Trzebicky (3). Dans le service de ce dernier, M. Frommer (4) a pratiqué avec succès l'entéro-anastomose (entre la partie terminale de l'iléon et le commencement du rectum) chez un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de torsion de l'S iliaque anormalement dilatée. M. Giordano (5) a également eu recours à cette opération chez une fillette de dix ans, atteinte d'un mégalocôlon total. Les suites de l'intervention furent excellentes; toutefois, au bout de quinze mois, la petite patiente fut prise d'une appendicite, qui se termina, d'ailleurs, par résolution sous l'influence d'applications de glace. Encore que l'auteur italien soit loin d'incriminer, dans la genèse de cette appendicite, l'exclusion du côlon et la stagnation de sécrétions dans le cæcum, il estime néanmoins qu'il serait préférable, au cours de l'anastomose iléo-rectale, de réséquer l'appendice, celui-ci fût-il complètement normal.

Bien que, d'après M. Giordano, l'exérèse du côlon trouve son équivalent dans la simple suppression fonctionnelle de cette portion de l'intestin, la colectomie doit, cependant, être considérée comme l'opération de choix, à moins qu'il ne s'agisse d'une ectasie intéressant la totalité du côlon. Elle peut, d'ailleurs, porter sur des segments très longs, comme, par exemple, dans l'observation de M. Treves, où l'on réséqua l'S iliaque et tout le côlon descendant. M. Duval cite 2 succès sur 5 interventions de ce genre : le premier est dû à M. Treves, et le second, relaté par M. Fitz (1), a trait à une femme opérée par M. Richardson. Nous avons trouvé dans la littérature médicale un certain nombre d'autres faits non moins favorables à la colectomie, notamment les observations de MM. Bossowski, Murray (2), etc., etc.

Quoi qu'il en soit, le nombre des opérations chirurgicales pratiquées jusqu'à ce jour pour dilatation idiopathique du côlon est encore trop restreint pour que l'on puisse préciser la conduite à suivre, et, pour notre part, nous ne sommes pas loin de partager l'opinion de M. Duval, qui n'admet l'intervention sanglante que lorsque, malgré l'hygiène alimentaire la plus raisonnée et le traitement le plus régulier de la constipation, l'affection progresse et prend des allures menaçantes.

Dr L. Cheinisse (de Paris).

(1) L. Cheinisse. La sténose du pylore chez les nourrissons. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 261-263.)

(2) F. Valagussa. Contributo allo studio della patogenesi del *Megalocolon* congenito; caso clinico; reperto anatomo-patologico. (*Riv. di clin. pediat.*, déc. 1903.)

(3) V. Joukovsky. Dilatation congénitale du gros intestin avec hypertrophie des parois de tout l'intestin, sténose du duodénum et hernie interne (en russe). (*Méd. Obozr.*, 1903, LIX, 7.)

(4) F. Treves. Idiopathic dilatation of the colon, illustrated by a case in which the entire rectum, sigmoid flexure and descending colon were excised. (*Lancet*, 29 janv. 1898.)

(5) J. P. Crozer Griffith. Congenital idiopathic dilatation of the colon. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept. 1899.)

(6) Ajoutons que M. Le Roy des Barres (*Gaz. des hôp.*, 28 juillet 1903) a signalé un cas dans lequel la dilatation idiopathique du gros intestin coexistait avec une dilatation de la vessie.

(1) Voir, par exemple, l'observation relatée par M. J. V. Levi à la *Philadelphia Pediatric Society* (séance du 13 octobre 1903, in *Arch. of Pediatrics*, déc. 1903, p. 935).

(2) S. L. Woolmer. Two cases of extreme dilatation of the sigmoid flexure; colopexy; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 3 juin 1899.) — Surgical aspects of constipation. (*Lancet*, 16 juin 1900.)

(3) Frommer. (*Loc. cit.*, obs. I, p. 48.)

(4) Frommer. (*Loc. cit.*, obs. II, p. 50.)

(5) D. Giordano. Traitement chirurgical de la colonectasie. (*Arch. internat. de chir.*, 1903, I, 1.)

(1) Fitz. (*Loc. cit.*, p. 136.)

(2) R. W. Murray. Idiopathic dilatation of the colon. (*Ann. of Surgery*, nov. 1903.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 novembre 1904.

La radio-activité temporaire au point de vue de son utilisation thérapeutique.

M. Th. Tommasina. — J'ai pu m'assurer que, par l'action des rayons de Röntgen, il est possible de conférer à des corps inertes ou vivants une radio-activité temporaire, dont l'intensité et la durée sont proportionnelles à l'état d'ionisation du milieu, et par suite à l'intensité et à la durée de l'émission des rayons de Röntgen.

J'ai ainsi rendu radio-actifs toutes sortes de corps solides inorganiques ou organiques (fruits, herbes, animaux vivants), ainsi que des liquides conducteurs ou isolants; on arrive de même à radio-activer toute substance pharmaceutique d'usage interne ou externe, et aussi les aliments liquides ou solides, sans y introduire la moindre trace de substance radio-active.

Sans vouloir préjuger des avantages éventuels de cette radio-activation, il est permis de supposer qu'elle pourra rendre des services au point de vue thérapeutique, le fait parfaitement établi de l'ionisation due à la radio-activité semblant indiquer une influence susceptible de faciliter ou même de provoquer l'électrolyse. On pourrait de la sorte obtenir une assimilation plus rapide et plus complète de certains médicaments, tels que le fer dans le traitement de la chlorose. D'autre part, s'il est vrai, comme la chose paraît probable, que les propriétés thérapeutiques des eaux minérales sont liées à leur radio-activité, il sera possible de renforcer de la même façon ces propriétés, et même de les faire apparaître dans des eaux qui en sont dépourvues.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1904.

Traitement des sinusites frontales.

M. Berger. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. Luc, relatif au traitement des sinusites frontales par

la méthode de Kilian. On sait combien souvent sont rebelles les fistules consécutives aux opérations dirigées contre ces sinusites, indépendamment des accidents graves qu'on observe parfois à la suite de ces interventions. Le procédé de Kilian, employé par notre confrère, paraît réaliser un progrès très appréciable sur les méthodes qui l'ont précédé : il consiste à pratiquer une double ouverture sur la paroi antérieure et sur la paroi inférieure du sinus, en laissant entre les deux orifices un pont osseux constitué par le rebord orbitaire; de la sorte, il ne se produit aucune déformation consécutive; le drainage se fait par la voie nasale.

M. Luc a employé ce procédé dans 11 cas; dans un seul, il a constaté l'inconvénient fonctionnel résultant de la désinsertion de la poulie du grand oblique, mais cet inconvénient a été passager.

M. Terrier. — Il y a déjà longtemps que, pour traiter une sinusite frontale fistuleuse, j'ai réséqué complètement la paroi antérieure du sinus, respectant le rebord orbitaire; la guérison a été obtenue et la déformation consécutive n'a pas été bien considérable.

Traitement des ruptures traumatiques de la rate.

M. Demoulin. — Je dois vous faire un rapport sur une observation de M. Auvray, relative à un nouveau cas de rupture traumatique de la rate, traité par la splénectomie, chez un jeune homme de dix-huit ans qui, en se livrant à l'exercice du « cercle de la mort », fit une chute de 4 mètres avec sa bicyclette, dont le guidon vint violemment lui contusionner l'abdomen. C'est seulement vingt heures après l'accident que des signes nets d'hémorrhagie interne se manifestèrent. Notre confrère fit une laparotomie qui lui permit de constater l'existence d'une rupture totale de la rate, dont l'accès ne devint facile qu'après résection du rebord costal gauche; il pratiqua la splénectomie et son malade guérit sans incident.

J'ai eu moi-même l'occasion d'observer un cas de rupture de la rate avec apparition tardive des signes d'hémorrhagie interne; d'autres faits analogues ont été signalés par différents auteurs, montrant la fréquence relative de ces hémorrhagies retardées.

Quant à la résection du rebord costal gauche, je crois qu'elle constitue une manœuvre excellente pour obtenir une voie large, dans les interventions de ce genre, quand l'accès de l'organe lésé offre des difficultés.

Traitement des anévrysmes poplités.

M. Bazy. — A propos de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet dans la dernière séance, je tiens à dire que le volume de la poche anévrysmale, loin d'être une contre-indication, me paraît au contraire constituer une indication de l'extirpation. Je puis vous citer un fait d'anévrysme fémoro-iliaque que j'ai publié il y a quelques années, et où j'ai pu enlever le sac malgré ses dimensions.

M. Potherat. — J'ai observé, en 1892, un cas tout à fait comparable à celui que M. Nélaton nous a communiqué. Il s'agissait d'un homme de cinquante-deux ans chez lequel, croyant à un hématome consécutif à une rupture vasculaire, mon interne avait incisé une tumeur anévrysmale; après avoir endormi le malade et mis à nu l'anévrysme rompu, je trouvai des lésions si étendues que l'amputation me parut être la seule intervention possible; au cours de cette amputation, je dus à plusieurs reprises recommencer la ligature de l'artère fémorale, dont la friabilité était extrême.

M. Delbet. — Je crois qu'il ne faut jamais faire une amputation d'emblée pour un anévrysme; on doit, à mon avis, commencer toujours par tenter l'extirpation, laissant ainsi au malade une chance de conserver son membre.

De la décortication pulmonaire.

M. Bazy. — Je dois rapprocher de l'observation de M. Jeanne (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 365), au sujet de laquelle M. Tuffier nous a présenté un rapport dans la dernière séance, un cas où j'ai pratiqué la décortication partielle du poumon, pour compléter une opération d'Estlander, chez une femme de trente-cinq ans, atteinte d'empyème tuberculeux. Après avoir réséqué cinq côtes, je trouvai le poumon rétracté couvert d'une membrane fongueuse que j'enlevai sur une certaine étendue; la cavité a persisté encore pendant quelque temps, puis elle a fini par se combler et depuis cinq mois la guérison est complète.

Résultats éloignés d'une suture cardiaque.

M. Peyrot. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Launay, relative à un cas de suture d'une plaie du cœur par balle de revolver, suivie d'autopsie deux ans plus tard, le malade ayant succombé à une fièvre typhoïde. Notre confrère avait suturé successivement une plaie antérieure et une plaie postérieure du ventricule gauche. L'autopsie a montré une adhérence totale du péricarde, et a permis d'examiner les cicatrices cardiaques dans tous leurs détails; on n'a pu constater dans cet examen aucun point faible au niveau des cicatrices.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 novembre 1904.

Intoxication mortelle par le gaz des ballons.

M. Barié communique, en son nom et au nom de M. Brissy, l'observation d'un aérostier qui, après avoir transvasé dans la journée le gaz d'un ballon dans un autre, fut pris, le soir même, de douleurs abdominales et de vomissements porracés avec émission d'urines presque noires, laissant au fond du vase un dépôt semblable à de la suie.

A son entrée à l'hôpital, le lendemain, le malade présentait une coloration rouge brun de tout le tégument; la température ne dépassait pas 38°, le pouls battait 102 fois par minute et la tension artérielle était de 14 centimètres. On constata, en outre, une légère augmentation du volume du foie et de la rate. Les urines, rares et noires, contenaient une grande quantité d'hémoglobine et de nombreuses hématies empilées les unes sur les autres. Le sang présentait au spectroscope les deux bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine. La recherche de l'arsenic avec l'appareil de Marsh fit apparaître quatre anneaux noirâtres et la flamme de l'hydrogène laissa déposer sur la soucoupe une tache miroitante d'arsenic.

Malgré des injections de sérum, l'emploi de la glace *intus et extra*, de la théobromine, du régime lacté, etc., les accidents s'aggravèrent et le malade, de plus en plus adynamique, mourut dans le coma quatre jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, outre un état de conservation remarquable du cadavre, on nota une rétraction considérable de la masse intestinale, une dégénérescence graisseuse du foie et une coloration rouge vineuse des reins.

Les recherches chimiques pratiquées pendant la vie et les altérations constatées lors de l'autopsie permettent d'affirmer que le malade a succombé à une intoxication par le gaz des ballons, lequel est constitué, comme on le sait, par un mélange d'hydrogène impur et de quelques autres gaz toxiques.

Ingestion de sel et élimination de bromure dans l'épilepsie.

M. Toulouse relate un certain nombre d'expériences qui tendent à démontrer que le sel, en élevant la pression osmotique des humeurs, empêche le bromure de potassium d'être absorbé ou retenu par les tissus. La privation de sel chez les épileptiques soumis au traitement bromuré aurait donc pour conséquence d'abaisser la pression osmotique et, par suite, de faciliter la fixation d'une plus grande quantité de bromure par l'organisme.

Action du radium sur quelques affections articulaires.

M. Soupault communique plusieurs cas de guérison ou d'amélioration d'affections articulaires douloureuses subaiguës (hydarthrose, arthrite blennorrhagique, arthrite rhumatismale, etc.) par les émanations d'un mélange, en proportions variables, de bromure de radium et de bromure de baryum. Les mêmes affections, à la période aiguë, se sont, au contraire, montrées complètement rebelles au traitement en question.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 novembre 1904.

L'hépatalgie diabétique.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — L'hépatalgie est très fréquente chez les diabétiques. Tantôt les malades accusent seulement une sensation de pesanteur au niveau de l'hypocondre droit, tantôt ils se plaignent de véritables douleurs hépatiques. Objectivement, la sensibilité peut alors être assez vive pour gêner l'exploration et rappeler par son intensité la douleur de la congestion hépatique d'origine cardiaque. L'état du foie dans ces cas est variable : tantôt ce viscère est normal, tantôt et plus souvent il est hypertrophié, avec ou sans cirrhose.

Deux hypothèses peuvent expliquer l'hépatalgie des diabétiques : l'une la met sous la dépendance d'une altération hépatique préalable au diabète; l'autre, qui semble plus probable, la considère comme directement liée au travail excessif imposé au foie par cette affection; ainsi s'expliquent la relation étroite qui existe entre le taux de la glycosurie et l'hépatalgie, et la plus grande fréquence de ce symptôme dans le diabète par hyperhépatie, qui entraîne le surmenage du foie.

Pathogénie de l'athérome artériel et thyroïdectomie.

MM. Lortat-Jacob et **Sabaréanu.** — On sait que les injections intraveineuses répétées de petites doses d'adrénaline donnent lieu à la production de lésions athéromateuses des artères (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 385). Or, chez 4 lapins préalablement thyroïdectomisés, puis soumis aux injections d'adrénaline, nous n'avons jamais réussi, malgré les recherches les plus attentives, à déceler la moindre altération athéromateuse.

Ce qui semble prouver, d'autre part, l'action favorisante de la sécrétion thyroïdienne, c'est que chez un lapin témoin non thyroïdectomisé, injecté en même temps, aux mêmes doses et avec la même adrénaline, nous avons constaté sur l'aorte des plaques d'athérome accompagnées d'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche.

De l'influence des combinaisons organiques de l'acide phosphorique sur la nutrition.

MM. Desgrez et **Zaky-Bey.** — D'après nos recherches, les combinaisons organiques de l'acide phosphorique exercent sur l'organisme une action favorable qui se manifeste par une amélioration de l'histolyse, une augmentation de l'albumine fixe des tissus, un accroissement plus rapide et une minéralisation plus intense du squelette.

L'examen des animaux sacrifiés révèle, en outre, une moindre proportion des graisses accumulées, c'est-à-dire une meilleure utilisation de ces substances. Il résulte encore de ces recherches que les produits de la désassimilation des albuminoïdes, qui deviennent nocifs dès qu'ils s'accumulent, favorisent au contraire les échanges nutritifs aussi longtemps que leur élimination régulière s'oppose à ce qu'ils se trouvent jamais en excès dans l'organisme.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 2 novembre 1904.

Un cas de maladie de Mikulicz.

M. P. Marcuse présente un garçon de onze ans, atteint de l'affection qui a été signalée pour

la première fois par M. von Mikulicz (1) : les glandes lacrymales et toutes les glandes salivaires sont augmentées de volume, bien limitées, mobiles sous la peau, et forment des tumeurs mollasses et indolores.

La maladie a débuté subitement il y a trois mois par des douleurs dans la tête et la nuque, sans fièvre, puis les tuméfactions ont apparu. La sécrétion lacrymale est complètement suspendue, la sécrétion salivaire à peu près complètement ; le peu de salive qui est sécrétée ne renferme pas de sulfocyanure. Dans les urines on ne trouve pas de sucre. Le sang est tout à fait normal, ce qui mérite d'être relevé, car, dans 2 des rares cas de cette affection publiés jusqu'ici, on vit ultérieurement se développer le tableau d'une leucémie typique.

Pour l'orateur, il s'agit là de manifestations infectieuses; le traitement comporte l'usage de l'iodure de potassium, des préparations arsenicales et l'emploi du massage.

Bronchoscopie pour corps étranger.

M. Kob relate l'observation d'un enfant de trois ans, chez lequel on dut faire une trachéotomie pour des accès de suffocation dus à un corps étranger des voies respiratoires (fragment de plume d'oie); cette opération fit cesser la dyspnée, mais ne permit pas d'extraire le corps étranger. Au bout de quelque temps, de la matité apparut au niveau du poumon droit, en haut et en arrière, en même temps qu'une expectoration fétide; on eut alors recours à la bronchoscopie qui laissa voir la plume dans une bronche de second ordre, mais sans qu'on pût l'enlever; grâce à une seconde bronchoscopie, faite huit jours plus tard, on obtint enfin le résultat espéré.

Le petit malade avait parfaitement supporté ces deux explorations successives; aussi l'orateur est-il d'avis que la bronchoscopie est tout indiquée chaque fois que l'on soupçonne un corps étranger des voies respiratoires.

La viande des animaux tuberculeux et la transmission de la tuberculose à l'homme.

M. Westenhöffer communique les résultats d'expériences tendant à démontrer que, conformément à l'opinion qu'il a naguère soutenue, la viande des animaux tuberculeux, en dehors des cas de tuberculose miliaire, ne renferme pas de bacilles, et par suite peut être consommée sans inconvénient.

L'orateur s'est servi, pour ces recherches, du cobaye, animal extrêmement réceptif pour la tuberculose, comme on sait, et il a procédé par inoculation sous-cutanée de petits fragments de viande suspecte, moyen beaucoup plus efficace que l'ingestion. Or, ces expériences ont toujours donné un résultat négatif, et, même quand il s'agissait de tuberculose miliaire, l'inoculation ne réussit que 4 fois sur 7.

Cela étant, M. Westenhöffer estime qu'il n'y a lieu de proscrire — outre la viande des animaux morts de tuberculose miliaire — que celle qui ne peut être séparée soigneusement des organes tuberculeux (os, jointures) et celle des animaux ayant atteint le stade de cachexie; mais quand, notamment, on ne trouve que des lésions ganglionnaires, la destruction de l'animal n'est nullement justifiée.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 7 novembre 1904.

Sur le pronostic du diabète.

M. F. Hirschfeld. — Il est généralement admis qu'en dehors de ses formes graves — caractérisées par l'élimination de sucre malgré l'abstinence des hydrocarbonés, et entraînant la mort dans un délai de cinq ans environ —, le diabète, moyennant certaines précautions de régime et d'hygiène générale, a un pronostic peu grave *quoad vitam*.

Je ne crois pas cette opinion tout à fait fondée : à mon avis, dans le diabète dit « léger », il convient de distinguer deux ordres de faits, selon que la quantité de sucre excrétée à la suite de l'ingestion d'une dose de 100 grammes d'hydrates de carbone atteint 20 ou 25 grammes ou au contraire demeure inférieure à 10 grammes. Si, dans les cas du second groupe, le pronostic est en effet bénin, il en va autrement dans ceux du premier : le danger réside alors surtout dans l'apparition d'une néphrite, qui survient d'ordinaire entre la quatrième et la septième année de la maladie, particulièrement chez les sujets de quarante à cinquante-cinq ans. Comme cause prédisposant à cette grave complication, on peut citer la polyurie, l'obésité, la lithiase rénale, les cystites. Quant à la nature de cette néphrite, elle est encore douteuse : pour moi, il s'agit de lésions parenchymateuses chroniques, sans rapport avec l'artériosclérose. Au point de vue du traitement diététique, je proscris le régime lacté, mais je permets la crème, avec diminution de la quantité de viande.

Parmi les autres causes de mort, dans ce diabète « de moyenne gravité », il convient de signaler le coma, l'apoplexie, la faiblesse cardiaque, plus rarement la gangrène et la tuberculose. Peu nombreux sont les malades qui succombent à une affection intercurrente.

Le diagnostic et le traitement de la tuberculose rénale.

M. Fürbringer fait remarquer, à propos de la récente communication de M. Casper sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 348), que, d'après les statistiques données par cet auteur, la mortalité de la néphrectomie pour tuberculose rénale a notablement diminué depuis l'introduction des nouvelles méthodes de diagnostic, même abstraction faite des cas de mort imputables à l'insuffisance rénale post-opératoire (23 sur 129 dans la série ancienne, 12 sur 129 dans la série récente). Y a-t-il là un simple fait de hasard, ou bien faut-il invoquer les progrès réalisés dans la technique de l'intervention?

D'autre part, l'orateur ne croit pas que la tuberculose rénale non opérée aboutisse fatalement à la mort, et que le traitement médical soit absolument impuissant, comme l'admet M. Casper : il n'est pas exceptionnel de voir des lésions tuberculeuses du rein s'arrêter dans leur évolution, et même guérir complètement; d'ailleurs, M. Casper lui-même a dit avoir observé des faits de ce genre.

M. Milchner présente des préparations destinées à montrer les difficultés de diagnostic qu'offre parfois la tuberculose rénale : il s'agit d'une fillette de la clinique de M. Senator, qui avait des hématuries et de la pyurie, avec présence de bacilles acido-résistants dans les urines et sensibilité du rein gauche à la pression. M. Casper ne trouva rien d'anormal dans la vessie; le cathétérisme urétéral lui révéla une diminution fonctionnelle du rein malade; il conclut à la tuberculose rénale et — d'accord avec M. Rotter — conseilla d'intervenir. Or, à l'opération, on constata non des lésions tuberculeuses, mais une pyonéphrose; l'intervention eut d'ailleurs un excellent résultat. Depuis lors, on a pu s'assurer que les bacilles acido-résistants étaient simplement des bacilles du smegma, et qu'ils n'existaient que dans l'urine vésicale, non dans l'urine recueillie par cathétérisme de l'uretère.

M. Davidsohn insiste, avec préparations à l'appui, sur la nécessité de l'examen microscopique, dans certains cas, pour pouvoir affirmer qu'il s'agit bien de lésions tuberculeuses du rein, ces lésions étant parfois simulées d'une manière frappante par d'autres altérations.

M. L. Michaelis attire l'attention sur la « cystite en plaques », affection dont le tableau clinique est susceptible de rappeler de très près celui de la tuberculose rénale.

M. Casper répond à M. Fürbringer que c'est exclusivement à l'emploi des nouveaux moyens de diagnostic qu'est due l'amélioration des statistiques de néphrectomie pour tuberculose rénale : ces moyens, en permettant de reconnaître plus tôt l'affection et d'opérer plus précocement, assurent par là même de meilleurs résultats. Quant à la possibilité de la guérison spontanée, ou sous l'influence du traitement médical, l'orateur ne songe pas à la nier, mais une évolution aussi heureuse est trop rare pour qu'on doive hésiter à opérer.

M. Casper fait enfin observer que les faits exposés par M. Davidsohn doivent faire rejeter la pratique de certains chirurgiens, tels que M. Küster (de Marbourg), qui, pour établir le diagnostic de tuberculose rénale, libèrent le rein et l'incisent afin de s'assurer *de visu* de son état.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 12 novembre 1904.

L'hypertrophie gravidique des organes fœtaux et leur involution puerpérale.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. J. Halban** a exposé le résultat de recherches que — partant de l'opinion que les altérations de l'organisme féminin pendant la gravidité sont dues à une substance circulant dans le sang — il a instituées en vue de savoir si le fœtus ne subit pas, sous l'influence de la même substance, des modifications analogues. En effet, on trouve, dans les mêmes organes que chez la mère, des lésions qui sont seulement moins intenses et moins étendues. C'est ainsi que l'utérus des nouveau-nés est hyperémié et hypertrophié, et que sa muqueuse montre toute la série des altérations menstruelles. A la naissance, l'utérus a une longueur de 32 millimètres, puis il diminue jusqu'à 25 millimètres et ne commence à croître que dans la seconde année.

De même, le germe des seins offre dans les deux sexes, dès le huitième mois, une dilatation de la lumière des conduits galactophores avec gonflement et desquamation des épithéliums, infiltrations dans le tissu interstitiel et hémorrhagies. Après la naissance, il y a parfois une sécrétion de colostrum.

On constate encore chez les nouveau-nés d'autres altérations analogues à celles de l'organisme maternel, telles que la leucocytose, l'augmentation de la fibrine du sang, l'état aqueux de la peau, les altérations des reins et même l'albuminurie. Chez les garçons, la prostate est augmentée de volume. Toutes ces altérations disparaissent au bout de deux à trois semaines après la naissance.

La cause de ces modifications, d'après l'orateur, doit être cherchée dans des substances sécrétées par le placenta, substances dont l'action cesse dès que la mère et le fœtus ne sont plus réunis par cet organe. Ces substances sont peut-être aussi la cause de l'éclampsie.

M. O. Frankl fait observer que les fibres striées des ligaments ronds sont hypertrophiées chez les femmes gravides et aussi chez les nouveau-nés.

M. Hofbauer dit avoir trouvé, dans un cas de sécrétion lactée chez un nouveau-né, des follicules mûrs dans les ovaires. Peut être la sécrétion lactée pourrait être expliquée par cette particularité.

M. Fellner ne croit pas que la cause de l'éclampsie survenant après la naissance soit élucidée par la théorie de M. Halban.

M. Zappert cite, à l'appui de cette théorie, le fait que souvent la région génitale est œdématiée chez les nouveau-nés.

Présence d'infusoires dans l'estomac d'un malade atteint d'ulcère gastrique.

Dans la séance du 10 novembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. R. Schmidt** a montré les préparations microscopiques d'un cas d'ulcère gastrique, où le contenu stomacal renfermait de l'acide chlorhydrique (1 ‰) et des infusoires appartenant à l'espèce *Megastoma entericum* : ce sont des organismes flagellés, qui ressemblent à des cellules épithéliales, à corps piriforme et à deux noyaux.

(1) C'est en 1892 que cette maladie a été décrite par M. von Mikulicz, sous le nom d' « affection symétrique particulière des glandes lacrymales et salivaires » (*eigenartige symmetrische Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen*), d'après un cas observé par ce chirurgien à Königsberg : il s'agissait d'un patient chez lequel les deux glandes lacrymales, les parotides, les sous-maxillaires, les sublinguales, les glandes accessoires de la joue avaient pris peu à peu un volume relativement considérable; les paupières avaient peine à s'ouvrir; les sous-maxillaires étaient grosses comme un poing d'enfant : M. von Mikulicz les enleva, ainsi que les glandes lacrymales. Il semble rapprocher l'affection des lymphadénies localisées, d'origine infectieuse obscure. — N. D. L. R.

Ils n'ont été trouvés jusqu'à ce jour que dans le cancer gastrique et dans les cas où la réaction du contenu stomacal est alcaline. La guérison a été obtenue par le traitement ordinaire de l'ulcère.

Contracture partielle du muscle trapèze.

M. J. Flesch a présenté une jeune fille qui a eu un abcès du tissu cellulaire dans la région scapulaire droite, après une injection de sérum antidiphtérique. Cet abcès fut incisé et, en changeant le pansement, on remarqua que le bord acromial de l'omoplate était de 3 centimètres plus élevé à droite qu'à gauche et que l'angle inférieur du même os était tourné en dehors. Il s'agit d'une contracture fonctionnelle primitive de la portion moyenne du muscle trapèze.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Un cas de cancer primitif de la colonne vertébrale, par MM. PÉHU et J. COSTE.

Si les cancers secondaires de la colonne vertébrale sont loin d'être rares, les néoplasmes primitifs de cette région sont au contraire assez peu communs, puisqu'il n'en existe guère qu'une trentaine de cas dans la littérature médicale. Aussi nous paraît-il intéressant de résumer le fait observé par MM. Péhu et Coste à l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, souffrant depuis deux années d'élancements dans les membres inférieurs, qui rendaient quelquefois la marche difficile. Après un court répit, ces douleurs reparurent au niveau de la ceinture avec une intensité telle qu'il devint impossible au malade de fléchir le tronc ou d'étendre les bras en arrière. La persistance de ces douleurs amena cet homme à se faire admettre à l'hôpital. A son entrée, on constata qu'il présentait un teint jaune paille et un amaigrissement sensible. La motilité, la sensibilité et la réflectivité étaient d'ailleurs parfaitement intactes. Les choses en étaient là lorsqu'un matin, au moment où il se recouchait, le patient éprouva dans la région lombaire une vive douleur, suivie immédiatement d'une paralysie complète de la sensibilité et de la motilité au niveau des membres inférieurs avec paralysie concomitante des sphincters. Le lendemain de ce début apoplectiforme, l'état du malade n'avait guère changé; à la paraplégie était venu s'ajouter un météorisme abdominal très prononcé, et dans la région sacrée les téguments avaient pris une teinte livide et violacée. En outre, il existait un état de somnolence continuelle; cependant, quand on l'éveillait, cet homme répondait bien aux questions qu'on lui posait. L'état général empira rapidement, et le patient succomba le quatrième jour, sans qu'il fût survenu aucun phénomène nouveau.

A l'autopsie, on constata, avec l'intégrité complète des viscères, une subluxation de la colonne vertébrale, consécutive au ramollissement d'un néoplasme qui s'était développé sur les huitième et neuvième vertèbres dorsales. L'analyse microscopique révéla qu'il s'agissait d'une tumeur très maligne ayant pris naissance dans la moelle osseuse de l'apophyse épineuse, et qui était constituée essentiellement par des cellules rondes, plus grandes que des lymphocytes et dont quelques-unes, à très gros noyau et à protoplasma visible, avaient des dimensions particulièrement considérables. L'apparition soudaine de la paraplégie s'expliquait par la fracture des corps vertébraux usés par le néoplasme : sur l'arête vive ainsi formée, la moelle avait été coupée comme sur un instrument tranchant. (*Lyon méd.*, 9 octobre 1904.) — F. M.

Sur l'accoutumance à la tuberculine, par M. H. VALLÉE.

Des recherches déjà anciennes, notamment celles de Nocard, avaient paru démontrer que les injections de tuberculine provoquent, chez les animaux tuberculeux de l'espèce bovine, une véritable accoutumance, d'ailleurs passagère : c'est ainsi que le lendemain ou le surlendemain d'une injection de tuberculine, une nouvelle piqûre ne produirait de réaction que chez un tiers environ des animaux ayant réagi la première fois; au bout de huit jours, la proportion des résultats positifs ne serait encore que $^1/_2$; après deux semaines, elle ne dépasserait pas $^2/_3$; au total, il faudrait à peu près un mois pour que l'animal cessât d'être réfractaire.

La connaissance de ces faits n'a pas tardé à se répandre chez les éleveurs, et beaucoup d'entre eux, peu scrupuleux, les ont aussitôt mis à profit pour dissimuler la tuberculose des animaux qu'ils voulaient vendre, ou importer dans les pays où il existe des mesures de surveillance à la frontière : il leur suffit pour cela de faire une injection de tuberculine à leur animal, la veille ou l'avant-veille du jour où celui-ci doit être soumis à l'épreuve de la tuberculinisation. On se rendra compte de l'importance de cette fraude si l'on sait qu'en 1901 17.7 % des bovidés importés en Allemagne, et n'ayant par conséquent pas réagi à la tuberculine, furent reconnus tuberculeux à l'abatage!

Or, d'après les recherches de M. Vallée, cette prétendue accoutumance ne serait qu'apparente : bien au contraire, une première tuberculinisation ne ferait que sensibiliser l'animal, et il serait parfaitement possible d'obtenir une nouvelle réaction dès le lendemain. Seulement, du fait même de la sensibilisation de l'animal, cette réaction devient beaucoup plus *précoce* et plus *fugace*, de sorte qu'elle risque fort de passer inaperçue si, selon le procédé habituel, on ne commence à prendre la température qu'à la douzième heure après l'inoculation; mais en établissant la courbe thermique au moyen de relevés effectués dès la deuxième heure, on constate une réaction suffisamment nette pour pouvoir formuler une opinion. Et c'est ainsi que, sur une série de 36 bovidés dont 32 pouvaient être déclarés tuberculeux, de par les résultats de la première épreuve — les 4 autres étant suspects —, la seconde inoculation, faite avec les précautions que nous venons d'indiquer, fournit encore 28 résultats positifs (réactions de 1°5 et au-dessus) et 8 douteux (réactions de 0°8 à 1°5); aucun de ces animaux n'était donc à considérer comme indemne. A partir de la douzième heure, au contraire, on ne constatait plus qu'une élévation thermique nulle ou insignifiante, et, examinés seulement alors, la plupart des animaux en expérience auraient passé pour non tuberculeux.

Ces données nouvelles sont de nature à modifier notablement la technique de l'épreuve par la tuberculine : il est indispensable, si l'on veut dépister la fraude, de prendre la température dès la deuxième heure, mais il va sans dire qu'on devra poursuivre les relevés thermiques jusque vers la quinzième heure, pour le cas où l'animal n'aurait pas reçu une inoculation préalable.

En dehors de leur intérêt d'ordre pratique, les recherches de M. Vallée permettent encore de comprendre l'absence — si fréquente et quelque peu paradoxale — de toute réaction à la tuberculine, d'après le procédé ordinaire, chez les animaux très tuberculeux, phtisiques : sans doute ces animaux sont-ils tuberculinisés à l'avance et réagissent-ils eux aussi d'une façon précoce et fugace. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, octobre 1904.) — F. F.

Du rôle des embruns dans la transmission des maladies infectieuses, par M. P. BUSQUET.

Les recherches exposées dans ce travail tendent à démontrer que, sur les côtes, les embruns marins peuvent véhiculer des germes pathogènes et par suite jouer un rôle actif dans la transmission des maladies infectieuses.

Les expériences dont il s'agit ont été effectuées à Alger, sur la plage sablonneuse de Bab-el-Oued, en un point où se déversent deux égouts et où, de plus, les riverains laissent accumuler en abondance toutes sortes de détritus. Elles ont essentiellement consisté à exposer des boîtes de Petri à l'air, pendant un laps de temps déterminé, et cela à diverses reprises, dans des conditions de vent tout à fait différentes; puis on faisait la numération des colonies qui s'étaient développées, ainsi que la détermination des microbes en vue de rechercher les espèces pathogènes.

M. Busquet a pu s'assurer de la sorte que, avec un vent léger, venant de terre ou de mer, le nombre des germes est environ deux fois plus considérable que par temps calme et sans vent; dès que le vent devient assez violent pour déterminer le brisement de la mer sur le rivage et la projection de l'eau sous forme d'embruns, on voit la proportion des microbes croître d'une façon considérable. C'est ainsi que, en un même point, on compta, après deux minutes d'ensemencement, 32 germes aérobies dans chaque boîte de Petri par beau temps avec mer calme et atmosphère tranquille; 60 avec un vent léger; 254 avec un vent assez fort, donnant quelques embruns peu denses; 1,694 enfin par mer très agitée avec vent violent et embruns abondants. Au cours des deux premières expériences, la flore bactérienne ne se composait que des saprophytes habituels de l'air, sans aucune espèce pathogène; dans la troisième, chaque boîte de Petri contenait de 8 à 22 colonies de colibacille; le nombre de ces dernières varia de 64 à 144 lors de la quatrième expérience, faite par un vent violent. Le colibacille en question avait une virulence assez marquée, puisque, inoculé dans le péritoine ou dans les veines de cobayes et de lapins, il tuait ces animaux au bout de deux à six jours.

Deux autres séries de recherches, effectuées en des points différents de la même plage, donnèrent des résultats absolument concordants.

Il convient d'ajouter que le nombre des colonies diminue très rapidement (de quatre à huit heures) après la disparition des embruns, en même temps que le colibacille disparaît complètement.

Malgré cette circonstance favorable, les faits constatés par l'auteur n'en imposent pas moins, à titre de mesure prophylactique d'intérêt général, l'assainissement des plages, et notamment leur protection contre l'écoulement des eaux d'égout. (*Ann. d'hyg. publ.*, septembre 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Myocardite interstitielle aiguë autonome, par M. L. SELLENTIN.

La myocardite aiguë comme cause déterminante de la mort n'est pas exceptionnelle au cours des maladies infectieuses. Il est par contre assez rare que l'inflammation du muscle cardiaque se produise sans qu'il y ait simultanément une infection généralisée, un foyer septique quelconque ou du moins une lésion des autres membranes du cœur. C'est pourquoi il nous paraît intéressant de résumer ici les deux observations de myocardite *autonome* que M. Sellentin relate dans le présent mémoire.

Le premier de ces cas a trait à un ouvrier peintre âgé de seize ans, qui faisait remonter le début de sa maladie à un effort qu'il avait fait pour soulever une charge de 45 livres, sans que d'ailleurs, au moment même, il eût ressenti autre chose qu'une douleur lombaire assez intense. La nuit suivante, cependant, apparut une dyspnée qui alla en augmentant, puis survint de la toux accompagnée de crachats sanguinolents. Ces phénomènes ne firent que s'accentuer; l'état général empira rapidement, et le sixième jour, sans avoir présenté de signes bien nets en dehors d'une dyspnée permanente et d'une cyanose progressive, avec fréquence et petitesse du pouls, le malade succomba au cours d'un accès d'orthopnée. A l'autopsie, on trouva uniquement — outre des lésions banales dues à la stase sanguine généralisée — une myocardite aiguë caractérisée par une prolifération du tissu connectif interstitiel, les éléments néoformés étant constitués mi-partie par des cellules conjonctives, mi-partie par des lymphocytes, auxquels venaient s'ajouter un certain nombre de *Mastzellen*, mais sans que les leucocytes mono ou polynucléés prissent une part appréciable au processus morbide. Contrairement à ces altérations profondes du stroma conjonctif, les cellules musculaires propres du cœur ne présentaient que des modifications insignifiantes.

Le second fait concerne une femme de vingt-quatre ans, chez laquelle l'affection débuta brusquement par des douleurs dans le bas-ventre et dans les lombes, ainsi que par des vomissements; en outre, des pétéchies se montrèrent aux membres inférieurs. On pensa tout d'abord

à une appendicite, mais la région iléo-cæcale n'offrant de sensibilité exagérée à la palpation ni à travers la paroi abdominale ni par le vagin, on dut abandonner ce diagnostic; ajoutons qu'à ce moment le cœur fut trouvé parfaitement normal. Le troisième jour, l'état s'était considérablement aggravé; la malade était d'une pâleur extrême; le pouls, petit et misérable, devenait de plus en plus mauvais. Enfin, cette femme se plaignait de douleurs abdominales avec maximum bien marqué à l'épigastre, mais sans localisation nette en un point circonscrit. En somme, on se trouvait en présence d'un tableau symptomatique simulant à s'y méprendre une hémorrhagie interne, provenant vraisemblablement de l'estomac. C'est au milieu de ces phénomènes mal déterminés d'adynamie générale que la mort survint dans cette même journée.

A l'autopsie, on constata, outre des lésions agoniques, des altérations cardiaques qui ne différaient que par quelques points de détail des modifications signalées dans le fait précédent.

Au total, le trait particulier qui caractérisait également les deux cas que nous venons de résumer, c'est la présence d'une inflammation aiguë du myocarde, en l'absence de tout phénomène infectieux des viscères qui sont habituellement les plus prompts à réagir à des accidents de septicémie, tels que la rate, le foie ou les reins. La myocardite aurait donc existé, en l'espèce, d'une façon entièrement autonome et isolée, seul témoin d'un processus infectieux dont la nature aussi bien que les voies de propagation demeurent problématiques.

Pour ce qui est de la porte d'entrée du virus dans l'organisme, elle ne paraît guère plus facile à déterminer. Il convient de noter cependant que le sujet de la première observation avait eu, quatre semaines auparavant, un anthrax sous-maxillaire qui avait dû être incisé et n'était pas encore entièrement guéri lors du début des accidents qui entraînèrent l'issue fatale. Quant à la seconde malade, elle était atteinte d'une salpingite catarrhale et d'une endométrite consécutive à une rétroflexion de l'utérus : peut-être l'une ou l'autre de ces lésions a-t-elle favorisé la pénétration des germes morbides. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, ce ne sont là que des hypothèses, et l'étiologie des deux cas relatés par M. Sellentin n'en demeure pas moins tout à fait obscure. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.) — F. M.

Sur la fréquence de la rigidité de la colonne vertébrale et ses rapports avec la tuberculose pulmonaire, par M. Lorenz.

En présence des nombreuses publications sur l'ankylose de la colonne vertébrale, parues au cours de ces dernières années, l'auteur a cru intéressant d'entreprendre une enquête clinique en vue de déterminer la fréquence avec laquelle se produisent des modifications dans la mobilité normale du rachis et les états morbides où celles-ci s'observent de préférence.

A l'état normal, les vertèbres cervicales, les deux dernières dorsales, les deux premières et les deux dernières lombaires jouissent de la plus grande mobilité, tandis que les troisième, quatrième, cinquième et sixième dorsales sont celles dont les mouvements sont le plus limités. Toutefois, dans l'extension et la flexion forcée du rachis, ainsi que dans l'inclinaison latérale et les mouvements de rotation, les apophyses épineuses des vertèbres les moins mobiles s'écartent ou, au contraire, se rapprochent l'une de l'autre d'une manière très sensible, comme on peut facilement s'en rendre compte en appliquant la pulpe des doigts sur plusieurs apophyses voisines.

L'enquête instituée par M. Lorenz a porté sur 677 sujets atteints de différentes maladies internes et hospitalisés à l'hôpital Friedrichstadt de Dresde. Chez 168 d'entre eux, c'est-à-dire dans 24.8 % des cas, la mobilité de la colonne vertébrale était plus ou moins compromise. Dans 33 observations, elle était très limitée, la rigidité portant principalement sur les vertèbres dorsales et lombaires, rarement aussi sur la colonne cervicale; en général, l'extension était complètement impossible, la flexion et la rotation fortement gênées. Dans les formes légères et moyennes, les troubles de la motilité se bornaient à une extension insuffisante, surtout marquée pour la portion dorsale du rachis.

Cette rigidité plus ou moins accentuée de la colonne vertébrale a été notée à tous les âges (à partir de dix-huit ans), mais dans 75 % des cas il s'agissait de sujets ayant dépassé quarante-cinq ans. Quant au sexe, il n'a pas paru exercer la moindre influence sur la fréquence du phénomène morbide en question; il fut également impossible d'établir le rôle éventuel des diverses professions et de l'hérédité.

Au point de vue des antécédents morbides, l'auteur a trouvé le rhumatisme articulaire dans 10 % des cas, mais ce qui l'a surtout frappé au cours de cette enquête, c'est la coexistence très fréquente de la rigidité du rachis avec les affections de l'appareil respiratoire, notamment avec la tuberculose pulmonaire. Alors que sur le nombre total de 677 malades examinés il n'y avait que 174 phtisiques, c'est-à-dire 25.7 %, on en comptait 68, c'est-à-dire 40.5 %, parmi les 168 patients à mobilité rachidienne plus ou moins compromise. D'autre part, sur les 174 phtisiques, 68 étaient atteints de rigidité de la colonne vertébrale, ce qui représente 39 %, tandis que pour la totalité des malades, comme nous l'avons dit, la proportion des sujets ankylosés ne dépassait pas 24.8 %. Chose particulièrement digne d'intérêt, parmi les individus atteints de rigidité du rachis avec phtisie, 55 % avaient moins de quarante ans.

En présence de ces faits, on ne saurait évidemment considérer la fréquence des lésions ankylosantes de la colonne vertébrale chez les phtisiques comme une simple coïncidence accidentelle, encore qu'il soit, pour le moment, impossible de préciser le rapport causal entre les deux états morbides en question et de déterminer notamment lequel des deux constitue la lésion primitive. Quoi qu'il en soit, les constatations faites par M. Lorenz cadrent bien avec les travaux de MM. Freund, Mendelsohn et Schmorl, qui ont signalé, dans la tuberculose pulmonaire, l'ankylose fréquente de l'articulation sternale de la première côte. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 octobre 1904.) — L. GH.

Cure radicale du conduit omphalo-entérique persistant, par M. Max Sträter.

L'auteur relate une observation nouvelle à l'appui de l'excision précoce du conduit omphalo-entérique persistant, et insiste sur les avantages de cette cure hâtive. Son opéré était un enfant de quatre semaines : le diverticule de Meckel s'ouvrait à l'ombilic, au niveau d'une tumeur rougeâtre, lisse, d'apparence intestinale, grosse comme une noisette; par l'orifice, situé un peu à gauche du sommet de la tumeur, une fine sonde plongeait à plusieurs centimètres de profondeur; il n'en sortait qu'un peu de mucus clair, et pas de matières fécales. Sous le chloroforme, on circonscrivit l'ombilic par une incision circulaire que l'on prolongea, en dessus et en dessous, sur la ligne médiane, de 2 centimètres environ; le péritoine ouvert, on reconnut un diverticule s'insérant sur le bord convexe d'une anse grêle, d'une part, et, de l'autre, pénétrant dans un petit sac herniaire ombilical, auquel il adhérait un peu; on rompit les adhérences, on détacha le sac à sa base, et, dès lors, le diverticule fut libre, appendu à l'anse grêle; il ne resta plus qu'à l'exciser, après l'avoir pincé à son implantation : l'orifice restant fut fermé par un premier rang de sutures, qui chargeaient toute la paroi intestinale, et un second, pardessus, séro-séreux, à la Lembert. La plaie pariétale fut réunie en deux plans.

L'intervention n'entraîna aucune suite grave, et l'enfant, revu deux mois après, était dans un parfait état.

Il y a, en pareil cas, de bonnes raisons de hâter la cure de la malformation, et cela, surtout, lorsque le conduit ombilico-intestinal donne passage aux matières fécales; mais il est une autre complication plus grave encore, le prolapsus du diverticule, qui devient souvent le prolapsus de l'intestin lui-même, et crée le danger de l'étranglement. L'auteur n'a pu trouver dans la littérature qu'un seul cas, celui de Briddon, où un diverticule de Meckel, ouvert à l'ombilic et compliqué de prolapsus intestinal, ait guéri; il s'agissait d'un enfant de trois semaines; le prolapsus était gros comme un œuf de poule; après avoir sectionné l'anneau ombilical sur son bord inférieur, on réussit à réduire, mais le segment intestinal sous-jacent au diverticule était si rétréci, que sa libre perméabilité au passage des matières parut douteuse, et l'on crut bon de laisser l'orifice diverticulaire ombilical, comme voie de sûreté. Au bout d'une dizaine de jours, l'anus ombilical fut obturé par un tampon, et la défécation normale s'établit. A la septième semaine, on procéda à l'excision du diverticule, qui fut suivie de guérison. Il y a lieu de remarquer, d'ailleurs, que, malgré le volume du prolapsus, il n'existait aucun accident d'étranglement, dans ce dernier fait; or, tous les exemples jusqu'ici publiés de prolapsus étranglé se sont jugés par la mort. Enfin l'on connaît bien les complications tardives qui peuvent résulter de la permanence de ce tractus diverticulaire, étendu de l'intestin à l'ombilic.

Aussi la cure radicale, précoce, est-elle fort rationnelle; proposée par Barth en 1887, elle a été exécutée par Alsberg en 1888, et, depuis lors, répétée un certain nombre de fois. M. Sträter a rassemblé 22 observations de ce genre, dont 3 se sont terminées malheureusement, mais dans des conditions qui ne sont pas de nature à peser gravement sur le pronostic opératoire proprement dit. De ces observations, 7 ont trait à des enfants opérés de la quatrième à la huitième semaine, et tous guéris. L'auteur conclut donc qu'en présence d'un diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic, pourvu que l'enfant soit bien portant et fort, la laparotomie suivie d'excision du conduit anormal doit être pratiquée le plus tôt possible. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.) — L.

Les modifications du nasopharynx chez les femmes enceintes, les parturientes et les nouvelles accouchées, par M. H. W. Freund.

Dans ces derniers temps on a signalé certaines relations entre l'appareil olfactif et les organes génitaux de la femme. M. Freund a donc pensé qu'il serait intéressant de compléter cette étude en décrivant les particularités de l'appareil olfactif pendant la grossesse.

La très grande majorité des femmes gravides offrent une hyperémie de la muqueuse et une hypertrophie du cornet inférieur : à ce niveau, la muqueuse est rouge bleuâtre ou parsemée de nombreuses arborisations vasculaires; sur le point opposé de la cloison, on observe des altérations analogues. Une première conséquence de ce fait est la fréquence des épistaxis (28 fois sur 105 femmes examinées), qui se produisent d'un seul côté ou des deux à la fois. L'hypertrophie du cornet (69 fois sur 105) peut porter sur l'un des cornets (29 cas) ou sur les deux (40 fois). Par suite de cette hypertrophie, qui siège de préférence à l'extrémité antérieure et s'accompagne parfois de petites formations polypoïdes pouvant atteindre jusqu'au volume d'une fève, le cornet prend une apparence vitreuse et transparente. Ces diverses altérations et les épistaxis n'offrent dans leur intensité ou leur apparition aucune périodicité pouvant faire penser qu'ils soient dus à la persistance de la « vague » menstruelle. Le hasard a quelquefois permis de noter chez la même femme l'état de la muqueuse avant et après la conception : or, dans le premier cas elle fut toujours trouvée normale. Quant à la date d'apparition de ces modifications, elle est variable, mais peut être contemporaine du début même de la grossesse.

Pendant le travail et les douleurs, la congestion nasale et l'hypertrophie du cornet ne font qu'augmenter. Le phénomène s'observe même chez des femmes atteintes de rhinite atrophique. Chez les nouvelles accouchées, on retrouve encore les mêmes altérations, sans que la lactation paraisse exercer une influence sur leur durée ou sur leur régression; elles disparaissent ensuite peu à peu.

Ces altérations sont évidemment dues à l'hypertrophie générale accompagnant la grossesse. Quant à leur rôle physiologique, on peut supposer qu'en se gonflant le cornet inférieur vient appuyer sur la cloison, développe ainsi des réflexes expiratoires, laryngés ou autres, et favorise le phénomène de l'effort.

Il est à noter aussi qu'on rencontre assez spécialement ces modifications chez les femmes qui vomissent. Parmi celles-ci, il en était même 3 qui présentaient tout le tableau clinique des vomissements incoercibles de la grossesse : or, M. Freund ayant fait détruire au galvanocautère l'hypertrophie du cornet inférieur, les vomissements cessèrent de ce jour; et l'on ne

pourrait arguer de suggestion, car ces patientes avaient subi auparavant toute la série des traitements possibles, et même des topiques nasopharyngiens, sans aucun succès. Ce n'est pas à dire toutefois que l'hyperémèse gravidique reconnaisse toujours pareille origine.

Quant aux altérations de la gorge, d'ailleurs rares, elles consistent simplement en un peu d'hyperémie tonsillaire; elles paraissent dépourvues d'influence sur la grossesse. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août et septembre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Contribution à la chirurgie du neurofibrome du nerf auditif, par MM. J. FRAENKEL et J. RAMSAY HUNT. — **Remarques sur le manuel opératoire**, par MM. G. WOOLSEY et CH. A. ELSBERG.

Les auteurs relatent 2 observations de neurofibrome du nerf auditif où le diagnostic put être posé avant l'intervention, et décrivent à ce propos les symptômes de l'affection et l'intervention chirurgicale dont elle est justiciable.

Ces tumeurs, développées sur la partie intracrânienne du nerf auditif, semblent s'accompagner de signes assez caractéristiques, dont les principaux sont la céphalée, les vertiges, les vomissements, la névrite optique, la bradycardie; on constate, en outre, des symptômes de lésion en foyer, tels que l'ataxie pédonculaire et cérébelleuse, la tendance à tomber du côté malade, la paralysie ou parésie croisée des extrémités, la paralysie des nerfs de la base du crâne et, en particulier, des cinquième, sixième et septième paires, la dysphagie, le nystagmus, la paralysie des mouvements conjugués des yeux, l'inégalité des pupilles, la surdité plus ou moins complète. Ce dernier symptôme est un des premiers à se manifester, puis apparaissent les vertiges et finalement les paralysies et les névrites.

Chez le premier de ces malades, opéré par M. Woolsey, la tumeur, comme le prouva l'autopsie, siégeait à la base de l'hémisphère gauche et englobait le nerf auditif dès son origine bulbo-protubérantielle. Pour l'atteindre, on disséqua un large lambeau cutané dans la région postérieure du crâne, et l'occipital fut perforé au voisinage et à gauche du trou occipital. L'ouverture, faite au trépan, fut agrandie à la pince coupante : elle se trouvait juste au-dessous du sinus latéral et s'arrêtait en dedans de la crête occipitale. La dure-mère n'était pas pulsatile; après qu'elle eut été incisée, le lobe cérébelleux gauche fit hernie dans la plaie. En glissant le doigt au dessous de lui, on sentit à quelque distance en avant une tumeur dure, nodulaire, grosse comme un œuf; aussi fut-on obligé de la morceler pour l'extirper. La plaie fut ensuite drainée et fermée. L'opération dura une heure et demie : on avait opéré en un seul temps, car, durant la craniotomie, le malade avait perdu fort peu de sang Pendant l'extirpation de la tumeur, la respiration était devenue irrégulière, mais, l'intervention achevée, elle s'était améliorée. Cependant, au bout de deux ou trois heures, le patient tombait dans le collapsus et succombait douze heures après l'opération. La mort fut en partie causée par une hémorrhagie dans la cavité laissée par la tumeur, hémorrhagie qui était due à une éraillure de la partie moyenne de la protubérance. Les manœuvres compliquées nécessitées par le morcellement furent sans doute la cause de cette lésion, mais le volume de la tumeur empêchait l'extirpation en bloc, laquelle aurait pu d'ailleurs s'accompagner de désordres analogues. L'examen microscopique du néoplasme montra qu'il s'agissait d'un neurofibrome sans trace de dégénérescence sarcomateuse.

Dans le second cas, opéré par M. Elsberg, et où la tumeur siégeait à droite, le diagnostic fut également posé avant l'intervention, que l'on se proposa d'effectuer en deux temps. On commença donc par une craniotomie, plus antérieure que dans le fait précédent, afin d'atteindre plus directement la tumeur. L'ouverture faite au trépan et agrandie à la pince mesurait 8 centimètres de haut sur 5 de large. Elle s'étendait d'un point situé à 1 centimètre en arrière du conduit auditif externe jusqu'à 3 centimètres en avant de la crête occipitale médiane. Son bord supérieur était formé par le sinus latéral, qu'on avait découvert sur une longueur de 5 centimètres dans sa portion horizontale et sur toute sa hauteur jusqu'à l'origine de la jugulaire interne dans sa portion verticale. La partie postérieure du lobe occipital et la partie antérieure du lobe cérébelleux se trouvaient ainsi mises à nu. La trépanation achevée, les téguments furent aussitôt suturés, mais le malade succombait au bout de quarante-huit heures avec des symptômes d'urémie. L'autopsie confirma le diagnostic; elle montra en outre que la tumeur ne siégeait qu'à 3 centimètres de profondeur et aurait pu être facilement et rapidement énucléée par la voie choisie. (*Ann. of Surgery*, septembre 1904.) — R. DE B.

De l'emploi de l'électro-aimant pour l'extraction des corps étrangers des bronches, par M. ANDREW J. HOSMER.

L'observation de M. Hosmer constituerait le premier cas de corps étranger des bronches extrait au moyen d'un électro-aimant.

Une fillette de seize mois avait, en jouant, avalé un assez gros clou : il s'ensuivit une quinte violente de toux avec suffocation, mais, cette crise passée, la petite malade put manger et pendant huit jours elle n'offrit guère que des symptômes de bronchite. Une radiographie montra cependant que la tête du clou atteignait le bord supérieur de la septième côte gauche; la pointe, dirigée en haut, était située vers le bord inférieur de la quatrième côte : le corps étranger se trouvait donc dans la bronche gauche, en arrière du cœur.

M. Hosmer pensa aussitôt à l'extraire avec un électro-aimant. Il put en trouver un qui attirait un gros clou à 5 centimètres de distance; toutefois, le délai nécessaire pour se procurer cet instrument ne lui permit d'opérer que treize jours après l'accident. On commença par exécuter une trachéotomie basse, puis on introduisit l'aimant dans la bronche gauche; le courant fut ensuite établi et un petit bruit sec vint aussitôt annoncer le contact entre le corps étranger et l'instrument; celui-ci fut alors retiré prudemment et revint avec le clou adhérent à son extrémité. Après occlusion partielle de la plaie, la petite malade guérit sans complications. (*Ann. of Surgery*, septembre 1904.) — R. DE B.

Les aliments boriqués comme cause de lésions rénales, par M. CH. HARRINGTON.

De toutes les substances employées afin d'assurer la conservation des produits alimentaires, le borax et l'acide borique sont celles que l'on utilise le plus couramment, et souvent *larga manu*. Cette pratique est-elle aussi inoffensive qu'on l'a prétendu, en se basant sur certaines recherches expérimentales qui, du reste, visaient surtout l'usage médicamenteux des substances en question? M. Harrington ne le pense pas, les expériences dont il s'agit ayant été de trop courte durée pour que leurs résultats soient applicables à l'ingestion longtemps répétée des composés boriqués. Cela étant, l'auteur a jugé utile d'instituer une série de recherches qui ont consisté à nourrir plusieurs animaux, pendant une période plus ou moins prolongée, avec des aliments additionnés de borax.

Ces expériences ont porté sur 6 chats : 4 d'entre eux reçurent, en cent trente-trois jours, respectivement 72 gr. 50 centigr., 112 grammes, 108 grammes et 106 gr. 50 centigr. de borax, la dose quotidienne moyenne variant entre 0 gr. 544 milligr. et 0 gr. 842 milligr.; le cinquième animal, qui succomba à la fin de la sixième semaine, avait absorbé pendant ces quarante-deux jours 28 grammes de borax (0 gr. 667 milligrammes en moyenne par jour); au sixième chat on donna, dans l'espace de cinquante-six jours, 48 grammes de borax, ce qui correspondait à une dose journalière de 0 gr. 857 milligr. Un autre lot de 6 chats, placés dans les mêmes conditions que les premiers, servirent de témoins : un d'entre eux ne reçut aucun « préservatif » avec sa nourriture, tandis que les aliments des 5 autres étaient additionnés d'une substance reconnue inoffensive.

Or, sur ces 12 animaux, 3 seulement — appartenant tous au premier groupe — présentèrent des troubles morbides. Au bout de dix-neuf semaines, tous les chats furent sacrifiés et soumis à l'autopsie. Chez 5 d'entre eux, on trouva des lésions rénales : ces 5 animaux provenaient tous du lot sur lequel on avait expérimenté le borax, un seul chat de ce groupe (celui pour lequel la quantité totale de borax absorbé dans l'espace de cent trente-trois jours n'avait pas dépassé 72 gr. 50 centigr.) ayant échappé à ces altérations.

Les lésions dont il s'agit étaient, chez les 5 animaux, de même nature; leur intensité seule variait d'un animal à l'autre. Elles rappelaient celles que l'on constate, chez l'homme, dans les cas de néphrite subaiguë ou chronique, encore qu'elles ne fussent pas conformes à un type défini.

Le fait que des altérations rénales accentuées existaient précisément chez les animaux nourris avec des aliments boriqués, tandis qu'on n'en trouvait pas trace chez les témoins, paraît très significatif et ne saurait évidemment être mis sur le compte d'une simple coïncidence.

On pourrait, il est vrai, objecter que les doses quotidiennes de borax administrées à ces animaux étaient fort élevées et, eu égard au poids du corps, de beaucoup supérieures à ce qu'un homme peut absorber, avec ses aliments, au cours d'une journée. M. Harrington est loin de partager cette manière de voir : en se basant sur les proportions habituelles de borax et d'acide borique que contiennent certains aliments « préservés », il démontre que, composée de ces aliments, la ration quotidienne d'un homme peut facilement renfermer plus de 14 grammes d'acide borique ou de borax. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, septembre 1904.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le cathétérisme nasal à demeure dans les affections dyspneiques des adénoïdiens.

Il y a quelque temps, M. le docteur H. Jarecki (de New-York), appelé auprès d'un enfant atteint de végétations adénoïdes, qui présentait, en outre, une dyspnée intense due à une pneumonie concomitante, crut devoir pratiquer extemporanément l'extirpation des végétations afin de soulager le petit malade menacé d'asphyxie. Redoutant les dangers qu'offre en pareille occurrence une intervention aussi radicale que l'adénectomie, un autre médecin américain, M. le docteur F. Huber (de New-York), a recours, lorsqu'il se trouve en présence de cas de ce genre, au cathétérisme à demeure des fosses nasales. Dans ce but, notre confrère se sert d'un tube souple en caoutchouc qu'il introduit suivant le procédé habituel et qu'il laisse en place après en avoir muni l'extrémité libre d'une épingle de sûreté qui empêche le tube de glisser. Le laps de temps durant lequel la sonde doit être maintenue varie suivant les cas : parfois un séjour de quelques heures suffit; d'autres fois le tube doit être laissé plusieurs jours, et on se contente de le retirer matin et soir pour le nettoyer.

Grâce à ce procédé aussi simple qu'inoffensif, M. Huber a obtenu d'excellents résultats fonctionnels chez des adénoïdiens présentant des abcès latéro-pharyngiens, des adénoïdes des ganglions de Henle, des affections pseudomembraneuses du nasopharynx, etc.

Inefficacité des injections mercurielles contre le mal de Pott.

Depuis quelques années, on a tenté, en Italie surtout, de traiter le mal de Pott par des injections sous-cutanées de sublimé : nous avons signalé les essais faits à cet égard par M. A. Capparoni, l'initiateur de la méthode, puis par M. T. Silvestri (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. CCXXXIV, et 1900, p. 118).

Un autre médecin italien, M. le docteur E. Curti, chirurgien de l'hôpital de Narni, a également eu recours au procédé thérapeutique dont il s'agit, mais les conclusions que notre confrère se croit autorisé à tirer de ses observations sont peu favorables à l'emploi des injections mercurielles contre le mal de Pott. Cette méthode, en effet, s'est montrée, entre ses mains, complètement inefficace dans 2 cas sur 3, et si, dans le troisième fait, il a pu enregistrer un succès, M. Curti estime que le repos forcé, l'alimentation substantielle, enfin la résistance naturelle d'un sujet encore jeune et vigoureux, suffisent parfaitement à l'expliquer, car, dans 2 autres cas exclusivement traités par les moyens hygiéniques, à l'exclusion de toute médication mercurielle, la guérison a également été obtenue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rôle pathologique des poisons de l'intestin.

Depuis plusieurs années, nous poursuivons, à l'aide des poisons intestinaux, des recherches qui nous ont conduits à produire une série de lésions et de troubles fonctionnels. Par leur nombre comme par leur variété, les modifications observées étendent singulièrement le domaine des auto-intoxications que M. Bouchard nous a appris à explorer et, en pathologie générale, confèrent à ces poisons une importance considérable, jusque-là à peine entrevue.

Remarquons de suite que la précision des résultats obtenus, aussi bien que leurs analogies avec les faits de la clinique, semble être, pour une part, la conséquence des modalités techniques mises en jeu. Habituellement, chez des nouveau-nés malades ou sains, après avoir recueilli, en respectant la muqueuse, le contenu du canal alimentaire, nous avons, par de patientes tyndallisations à des températures relativement basses, stérilisé ce contenu dilué dans 3 ou 4 fois son volume d'eau physiologique. Trop fréquemment les expérimentateurs ont employé la chaleur ou la filtration, qui détruisent ou retiennent un bon nombre des composés soumis à l'examen. Quant à l'usage des extraits par l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, etc., il permet de séparer les poisons solubles dans l'excipient utilisé, mais, par contre, il laisse de côté les insolubles. En d'autres termes, nous avons, en quelque sorte sans les modifier, fait pénétrer les substances chimiques pathogènes de l'intestin, surtout de l'intestin grêle. Si, de temps en temps, usant de quantités massives ou simplement assez fortes, injectées soit dans les veines, soit sous la peau, nous avons provoqué des accidents très rapides ou subaigus, plus souvent, introduisant les liquides par doses fractionnées tous les quatre ou cinq jours, nous nous sommes efforcés d'imiter ce qui se passe dans l'organisme. Plusieurs de nos expériences ne sont que la réalisation, chez l'animal, de certaines manifestations aiguës ou chroniques observées en clinique. C'est ainsi qu'au lieu de déposer ces liquides nuisibles dans le sang ou le tissu sous-cutané, parfois nous avons pratiqué des occlusions absolues ou des rétrécissements du cæcum. Evidemment, suivant la durée de la survie, allant de quelques instants à plusieurs semaines, les altérations ont offert des variations; ces variations dans le degré des lésions complètent les indéniables analogies de nos résultats avec les faits de la pathologie humaine.

I

Dans une première série de travaux, nous avons administré les éléments retirés de l'iléon à des animaux âgés de quatre à six semaines, vivant dans des conditions identiques à celles de témoins choisis parmi des lapins de la même portée. Or, au bout de cinq à sept mois, tandis que le poids de ces témoins dépassait 1,400 grammes, celui des sujets traités oscillait aux environs de 420. La pénétration de ces composés d'origine intestinale s'accompagne donc de retard dans le développement; on enregistre même des arrêts définitifs de la croissance, un véritable nanisme.

A ce point de vue, il n'est pas sans intérêt de rappeler qu'avec M. Gley, en imprégnant des générateurs mâles et surtout femelles de toxines bactériennes, nous avons, chez leurs rejetons, obtenu des tares analogues. L'expérimentation reproduit ainsi des insuffisances évolutives, qui par les conditions de leur réalisation rappellent les observations des cliniciens. On sait, en effet, comme le signalait récemment M. Variot, que, parmi les affections des nouveau-nés s'accompagnant d'atrophie pondérale, celles qui permettent au contenu de l'iléon de passer aisément dans les tissus, par exemple les gastro-entérites, sont relativement communes (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 333); d'un autre côté, c'est dans la descendance des tuberculeux, des syphilitiques, des alcooliques, etc., etc., c'est-à-dire des infectés ou des intoxiqués, qu'on découvre également ces atrophies. De plus, sous ces influences et sans méconnaître les causes nerveuses ou mécaniques, les chocs, les adhérences, etc., tant chez ces animaux que chez ces enfants on rencontre des déviations, des torsions osseuses, plus rarement des cloisonnements vaginaux, des pieds bots, des amputations ou luxations congénitales, des anomalies auriculaires et par exception un aspect rappelant le rachitisme. Si, pour les uns et les autres, on ajoute que les avortements, les cas de mortinatalité, etc., sont assez fréquents, entre les pathologies humaine et comparée expérimentale le parallélisme se poursuit. Quand on pénètre dans les détails, ces relations deviennent encore plus étroites. Ces petits êtres porteurs de tares digestives ou issus de parents malades, tout comme ces animaux recevant ces produits intestinaux, offrent des altérations dans des viscères qui, tels que le corps thyroïde, les organes génitaux, les capsules surrénales, la moelle osseuse, par leurs influences sur l'équilibre du métabolisme ou la circulation actionnent la croissance, sans cependant que cette croissance soit leur œuvre exclusive. Si, en effet, certains éléments anatomiques prennent au développement une part plus directe, on n'en est pas moins autorisé à considérer l'évolution progressive de l'économie comme résultant du fonctionnement de l'ensemble des cellules. Or, ces poisons extraits du tube digestif paraissent les impressionner à peu près toutes. Dès lors, à l'exemple d'ouvriers qui, affaiblis par l'alcool ou un autre toxique, cessent de construire avec activité l'édifice qu'ils sont chargés d'élever, ces cellules empoisonnées n'élaborent plus que mollement la matière organique.

II

Véritable intermédiaire entre les parenchymes intéressés, le sang n'est point épargné. Dans quelques cas, avec MM. Krassnov, Grawitz, on constate une diminution du fer, de l'hémoglobine, du nombre des hématies et un peu partout on découvre des foyers hémorrhagiques. Or, nul n'ignore les indéniables relations existant entre certaines anémies et les processus intestinaux. Dans la chlorose qui, d'ailleurs, comporte une pathogénie complexe, on a invoqué l'intervention des produits retenus par une opiniâtre constipation; MM. Einhorn, Bloch et Faber ont rattaché une des formes pernicieuses de ces anémies tant à l'achylie gastrique qu'à l'atrophie de la muqueuse de l'iléon, tares favorables à l'élaboration des fermentations putrides du canal digestif. Du reste, parmi les poisons de ce canal figurent des corps définis, spécialement les ammoniaques composés, l'hydrogène sulfuré, capables de détériorer la crase sanguine; d'un autre côté, à l'aide des sécrétions du colibacille, M. Charleton, M. Benedetti ont fait naître du purpura.

Dans la réalisation des phénomènes morbides la simplicité est chose rare; précisément, si l'on se rend compte des changements que les toxines intestinales impriment au foie, pour éclairer la genèse des altérations hématiques signalées il devient permis, tout en accusant les facteurs directs, d'incriminer aussi la participation de cet organe. — La physiologie pathologique nous apprend qu'en dehors soit des fonctions d'hématopoïèse active de la vie fœtale, soit également des extravasations mécaniques attribuables aux varices qui accompagnent les cirrhoses, ce viscère facilite encore les épanchements hors des capillaires, en agissant sur la fibrine, le fer, les matières minérales, la coagulation; en outre, grâce à la bile, il modifie les globules rouges, la vitesse et la pression du contenu des vaisseaux. Or, à la suite des obstructions partielles de l'intestin ou chez les sujets qui ont reçu des substances puisées dans le canal alimentaire, on note dans cette glande des hémorrhagies et diverses autres modifications. Par zones, les trabécules sont disloquées, les cellules dégénérées, et la réduction de la chromatine en poussière semble indéniable; en revanche, la sclérose, peut-être en raison de la durée relativement brève des processus, est à peine marquée. En tout cas, qu'on les obtienne après avoir pratiqué une occlusion de l'iléon ou des injections aux animaux, nos résultats, analogues à ceux de M. Lewin, prouvent que vis-à-vis de cet organe abdominal les attributs pathogènes de ces produits intestinaux sont très accentués. Malheur à la glande biliaire qui ne bénéficie pas de la salutaire protection d'une muqueuse digestive intacte; dans son sein, comme nous l'avons reconnu avec M. Cioffi, s'entassent des poisons propres à accroître notablement la toxicité de son parenchyme et à le détériorer. Ajoutons que ces poisons font que la bile est plus abondante et plus colorée. A eux seuls, pour amener ces excès de quantité et de qualité, les épanchements sanguins dus à ces injections peuvent mettre en liberté assez de matière colorante, destinée, à la faveur de légers changements, à devenir du vrai pigment biliaire. Toutefois, sous l'influence de ces substances toxiques, du côté des appareils siège de l'hémolyse d'autres éléments interviennent.

Plus spécialement, la rate présente une série d'anomalies. Les corpuscules de Malpighi sont altérés; la chromatophilie est diminuée; l'évolution des lymphocytes paraît incomplète; par leur réduction les macrophages laissent soupçonner le manque d'activité des défenses de l'économie. Là encore, dans ces multiples constatations se manifeste la complexité des actes morbides. Si, en effet, ces composés nuisibles puisés dans le tube gastro-intestinal agissent sur le sang, le parenchyme hépatique, le tissu splénique, par surcroît ce parenchyme et ce tissu s'actionnent réciproquement : des expériences poursuivies avec M. Moussu placent en lumière cette action du second sur le premier. — Après avoir pratiqué une fistule vésiculaire, lié le cholédoque et mesuré la teneur de la bile en pigments, il suffit d'enlever la rate pour enregistrer, dans la majorité des cas, un rapide abaissement dans les proportions de ces pigments; différentes données permettent, d'ailleurs, d'élucider le mécanisme de cette modification. D'une part, lorsque, à l'aide de poisons déterminés, ainsi que l'a fait M. Jawein, ou par l'introduction de sang dans le péritoine, on libère une certaine quantité d'hémoglobine, on voit augmenter ces matières colorantes de la bile, matières qui variables avec les espèces, rares chez le cobaye, abondantes chez le lapin, offrent une foule de fluctuations. D'autre part, avec MM. Portier, Pétrone, Korschum et Morgenroth, on reconnaît qu'au sein de la boue splénique le phénomène hémolytique, générateur d'effets identiques, est assez actif; si même il s'exagère, l'hémosidérine peut s'accumuler dans la glande biliaire. Aussi, paraît-il possible de soutenir, comme MM. Bleichröder et Meunier, que des débris globulaires, ferriques ou chromogènes, engendrent des cirrhoses. — Sans doute, l'influence de la rate sur le foie s'exerce également par d'autres procédés. Nous ne parlons pas, bien entendu, de cette sorte d'attribut bactérien mis en évidence à l'aide de recherches, pour le moins naïves, consistant à déceler dans le parenchyme hépatique un microbe déposé dans la pulpe de la rate; ce résultat établit un point qui ne semble guère contesté, à savoir que le sang de cette pulpe se rend au réseau portal! Mais, en dehors des fonctions pigmentaire ou martiale, sous le rapport des processus antitoxiques, des métamorphoses alimentaires et même de l'élimination de l'acide urique, etc., entre ces viscères existent diverses relations.

Toutefois, jusqu'à ce jour on n'a pas réussi à asseoir la réalité de toutes ces relations sur des expériences décisives. Heureusement, en pareille matière, la pathologie tente de combler les lacunes de la physiologie. Lorsque la suppléance par les ganglions ou la moelle osseuse est compromise, au dire tant de M. Bentivegna que de M. Lucibelli, l'ablation de la rate provoque dans le foie de nombreux changements; d'après M. Zypkin, M. Banti, ces changements sont profonds, quand des altérations des organes abdominaux de l'hématopoièse, altérations que M. Freymuth considère comme les sources des anémies digestives, s'opposent à la régularité de cette suppléance. A ce point de vue et à beaucoup d'autres, l'observation et l'expérimentation s'éclairent mutuellement.

III

Les lésions de l'appareil circulatoire, attribuables à la mise en jeu des poisons formés dans le canal digestif, ne se limitent pas au liquide sanguin. Quelquefois les vaisseaux s'indurent et, peut-être secondairement aux modifications capsulaires, leur membrane interne s'altère; M. Bittorf a signalé des détériorations des sigmoïdes de l'aorte. Moins rarement le myocarde s'épaissit; cet épaississement, qui peut frapper les deux cœurs, se localise de préférence au ventricule gauche. Le plus communément les fibres musculaires conservent en partie leur striation, mais habituellement leurs dimensions dépassent la normale; le sarcoplasma se montre abondant; le noyau est réduit et la caryocinèse sensiblement nulle; la dégénérescence se rencontre moins exceptionnellement que la véritable inflammation et des extravasations sanguines s'aperçoivent dans le tissu interfasciculaire. — La portée de ces recherches expérimentales s'accroît singulièrement, en raison de leur concordance avec les données de la clinique. En effet, chez les athrepsiques, fils de mères infectées ou intoxiquées, il n'est pas inouï d'observer des hypertrophies myocardiques; tantôt limitées aux parois des quatre cavités, tantôt et plus fréquemment concentrées sur celles qui projettent le sang à la périphérie, ces hypertrophies semblent indépendantes et de l'état des reins et des conditions de l'hydraulique circulatoire. Avec MM. Courtade et Guyon, nous avons constaté que si, pendant trente à cinquante minutes, on injecte dans les veines d'un chien curarisé une dilution de composés intestinaux, les variations de pression sont insignifiantes. Ces résultats mettent hors de cause une pathogénie mécanique et la durée du processus exclut toute influence réflexe; aussi est-on conduit à invoquer l'action des principes toxiques.

Quoi qu'il en soit, chez les rejetons porteurs de gastro-entérites, ces lésions ont une fréquence inconnue dans l'histoire cardiaque de l'adulte. Si, en dépit de ces gastro-entérites, ces nouveau-nés résistent, ils sont susceptibles de présenter un jour des accidents hémo-vasculaires dérivés de ces anomalies demeurées plus ou moins longtemps absolument latentes. Au voisinage même de la naissance, il est possible de déceler ces myocardites, comme aussi des altérations du foie, des reins, etc.; l'existence de ces tares, dès ces premières heures, relève souvent de l'intervention des poisons maternels passant au travers du placenta. De telles constatations sont de nature à rappeler que la pathologie de l'espèce humaine ne commence pas fatalement avec la vie extra-utérine; elle peut dater de l'instant de la fécondation ou remonter aux avaries des ascendants.

Les notions acquises permettent de comprendre que de son côté, directement ou non, la petite circulation doit subir l'influence des produits mis en jeu. Chez l'homme, chez le nouveau-né, à la suite des occlusions intestinales, des fermentations digestives excessives ou simplement d'une constipation opiniâtre, on observe des congestions du poumon, des bronchopneumonies, dont quelquefois le germe dérive de l'intestin; chez les animaux, l'introduction de ces poisons du tube digestif détermine des modifications se bornant habituellement à une hyperémie plus ou moins prononcée. — Pour expliquer ces désordres, séduits par les récentes données des auto-intoxications, des auteurs ont cru devoir uniquement mettre en cause des actions dues à des substances stables ou volatiles. Assurément, du contenu de l'iléon, on extrait des corps aptes à influencer les vasomoteurs; du liquide emprisonné dans un sac herniaire, M. Grossmann a retiré une base voisine de la muscarine, qui injectée dans les vaisseaux provoque dans le poumon de rapides stases sanguines. Mais, simpliste en face de la nature rarement réduite dans ses désirs de réaliser un phénomène à un seul procédé, l'esprit du chercheur cède trop aisément à cette tendance, qui porte à croire qu'une nouvelle conquête scientifique va permettre de faire table rase du passé. Dans l'espèce, tout indéniable que soit le mécanisme toxique, l'ancienne pathogénie, basée sur des interventions nerveuses, n'en subsiste pas moins. Si, en effet, conformément aux essais de MM. Arloing, Morel, François-Franck, on irrite la muqueuse gastrique d'un animal, on note, dans le réseau pulmonaire, des élévations de pression; des sections successives du vague et du sympathique mettent en évidence les voies centripète et centrifuge suivies par ce réflexe. Ce sont ces élévations de pression qui provoquent ces insuffisances tricuspidiennes fonctionnelles signalées par Potain et M. Teissier au cours d'une série d'affections abdominales, en général plus douloureuses que graves.

IV

Siège des névrites auto-toxiques ou ptomaïniques étudiées par M. Kouchev dans leurs conséquences paralytiques (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 327), les nerfs périphériques ne sont pas les uniques parties du système nerveux impressionnées par les poisons intestinaux; les centres ne sont nullement indemnes. A coup sûr, la durée relativement courte de la survie de nos animaux n'a ordinairement pas permis aux dégénérescences médullaires, systématiques ou autres, d'évoluer. En revanche, nous avons découvert des congestions méningospinales et surtout de fréquentes hémorrhagies. Ces mêmes lésions se rencontrent chez les enfants qui, provenant de mères tuberculeuses, alcooliques, anémiques, etc., sont eux-mêmes atteints de gastro-entérite. De minutieux examens poursuivis avec M. Léri nous ont amenés à reconnaître que de telles altérations pouvaient être le point de départ d'affections réputées congénitales. C'est ainsi que, principalement dans le voisinage ou dans l'axe même du canal de l'épendyme, en se résorbant, des foyers sanguins sont susceptibles de laisser des cavités cicatricielles; or, habituellement parallèles à ce canal ces cavités sont au besoin l'origine d'un processus syringomyélique. En outre, nous avons constaté le léger état de spasme, qui physiologiquement caractérise l'attitude des nourrissons. Cette attitude tient sans doute en partie à l'insuffisance de développement des cordons latéraux; car, n'arrivant à parfaite constitution qu'après la naissance, ces cordons ne sauraient durant les premiers jours favoriser l'action pondératrice des centres supérieurs sur l'influx d'hypertonicité émis par les cellules médullaires. Qu'un épanchement de sang vienne à creuser le tissu que doivent traverser ces fibres latérales de la moelle, la sclérose ou toute autre modification nuisible au fonctionnement frappera ces tractus et cette hypertonicité persistera. Dès lors, des raideurs spasmodiques comme celles de la maladie de Little pourront dépendre d'une sorte de permanence des conditions d'existence du début de la vie.

D'ailleurs, depuis longtemps, entre des affections du névraxe et les fermentations du conduit alimentaire, on a établi de nombreuses relations. M. Féré, par exemple, a noté les effets déprimants de certaines digestions, opérations susceptibles, suivant M. Cassaët, d'abaisser la toxicité des produits de ces fermentations proportionnellement à l'intensité des métamorphoses gastriques utiles. A l'intervention de ces produits, MM. Soelber, Pron, Mendel ont rattaché des vertiges et des troubles psychiques variés; ces opinions sont à rapprocher de la pratique des aliénistes qui, en usant de purgatifs, obtiennent de passagères améliorations. En outre, d'après MM. Nissl, Guizotti, Mario de Malde, Minor, l'auto-intoxication intestinale serait en jeu dans quelques désordres sensoriels, sensitifs ou paralytiques, dans des formes spéciales de tétanie, de chorée et même de maladie de Basedow; de son côté, M. Ossipov a signalé des lésions du névraxe dépendant du botulisme.

V

Les données classiques font aisément concevoir comment des composés nuisibles, aptes à impressionner le système nerveux, agissent sur les échanges; par son pouvoir trophique et ses vasomoteurs, ce système tient en partie sous sa dépendance les conditions du milieu intérieur de l'économie. Ces conditions ressentent également l'influence d'autres viscères, par exemple celle des glandes à sécrétions mixte ou uniquement interne : le foie, les organes génitaux, le corps thyroïde, les capsules surrénales. Or, chez l'animal, les substances retirées du tube digestif altèrent ces viscères. Une étude histologique des ovaires, de ce corps thyroïde, de ces capsules surrénales met en lumière différentes détériorations; la particularité la plus curieuse qu'offre peut-être l'examen de l'appareil utéro-ovarien a trait à l'absence d'évolution des follicules de Graefe; cette anomalie compromet toute fécondation. Dans les autres tissus, comme dans le parenchyme hépatique, on note des signes de caryolyse, de dégénérescence parfois vacuolaire, exceptionnellement graisseuse.

A ce propos, il est intéressant de rappeler que chez les athrepsiques, dont les plasmas renferment des poisons échappés à la vigilance de la muqueuse digestive altérée, on enregistre des changements analogues; même, dans plus d'un cas, l'extrait capsulaire de ces athrepsiques, fils de mères intoxiquées, ne provoque pas d'appréciables hausses de pression et leurs principes thyroïdiens, presque privés d'iode, sont impuissants à entraîner un sensible amaigrissement : aussi bien que la forme, la fonction est modifiée.

Toutes ces données s'accordent pour nous apprendre que les organes les plus aptes à régenter les mutations cellulaires intimes subissent l'action des matières intestinales. Dès lors, il est facile de prévoir que, chez les animaux intoxiqués par ces matières, les humeurs, qui sont ce que les font ces mutations cellulaires, doivent présenter quelques défectuosités.

Au point de vue des pigments, du fer, des éléments figurés, etc., le sang offre une série d'anomalies; par exception, l'analyse décèle de la lipémie, de l'acétonémie, de la lacticémie, de l'oxalémie, etc.; de plus, son alcalinité tantôt diminue, tantôt augmente. Ces oscillations, d'ailleurs minimes, tiennent à ce que, dans le premier cas, les acides tendent eux-mêmes à dominer; dans le second, leur effort a eu pour résultat de transformer certains phosphates tribasiques insolubles en éléments bibasiques et monobasiques, solubles au milieu des liquides organiques.

Dans les intoxications aiguës déterminées soit par des doses massives de poisons intestinaux déposés sous la peau ou injectés dans les veines, soit par des occlusions à peu près com-

plètes du cæcum, les urines plutôt rares, surtout au voisinage de la mort, sont ordinairement fortement colorées; elles peuvent contenir de l'indican, plus communément de l'urobiline, quelquefois de l'hémoglobine, des acides, des ammoniaques, des peptones, des matériaux soufrés, etc. L'albuminurie est fréquente, la glycosurie exceptionnelle; les matières extractives sont relativement abondantes; le rapport de l'azote uréique à l'azote total est défectueux et le point cryoscopique — moins nettement quand l'imperméabilité rénale devient trop intense — tend à s'éloigner de zéro. Bien faites pour expliquer les relations de ces tares digestives et des retards diathésiques de la nutrition, ces constatations permettent aussi de prévoir une augmentation de la toxicité urinaire que l'expérience vérifie. Quant aux chlorures, dont le dosage, en raison de la présence de substances albumineuses, exige la mise en jeu de précautions spéciales telles que la calcination, fréquemment leurs proportions fléchissent. Suivant, du reste, leur rétention ou leur élimination, ces corps jouent le rôle d'une pompe tantôt aspirante, tantôt foulante. Toutefois, assurément exacte à certains points de vue, cette comparaison n'en est pas moins quelque peu boiteuse. Loin de se montrer dialyseurs inertes, les membranes traversées par ces flux osmotiques d'éléments moléculaires interviennent par leur propre vitalité; de plus, le mécanisme des phénomènes qui accompagnent ces exodes salins n'est pas constamment aussi simple que d'aucuns sont tentés de le supposer. L'eau qu'entraînent ces matières minérales contient en dissolution une foule de principes. Ces alternatives d'entrées et de départs provoquent, au sein des éléments anatomiques, des variations elles-mêmes génératrices de fréquentes oscillations dans les conductibilités électriques, les tensions superficielles et toute une série de facteurs physico-chimiques en rapport avec les ions, les électrolytes, etc.

Chez les animaux soumis à ces injections de substances intestinales, l'examen de divers coefficients indique que ces substances déterminent l'affaiblissement des échanges. A titre de conséquence, la température fléchit et néanmoins, avec M. Cardamatis, nous avons constaté que dans le contenu de l'iléon existent des éléments pyrétogènes. Il est vrai que des variations dans les doses ou les portes d'entrée sont aptes à entraîner des fluctuations thermiques de sens contraires. Une petite quantité d'une toxine excite les cellules et partant provoque dans le métabolisme une activité génératrice de calorique en excès; l'inverse a lieu, quand une forte proportion, en déprimant ces cellules, restreint l'élaboration de la matière. Lorsque, sans modification de volume, on introduit cette toxine d'abord sous la peau, ensuite dans le péritoine ou le sang, à des élévations du thermomètre succèdent souvent, dans ces deux derniers cas, des abaissements. Les actions réflexes mises à part, pour expliquer ces effets, il faut songer à la diversité des réactions tissulaires et à l'intervention du foie; de plus, des différences dans la rapidité d'absorption, conséquences évidentes de ces changements dans les chemins de pénétration, équivalent à des différences quantitatives.

VI

En raison de son influence sur des solides et des liquides de l'économie, il est bon d'examiner la moelle osseuse de ces animaux intoxiqués par ces substances retirées de l'intestin : siège d'hémorragies, elle présente une diminution dans les proportions de la graisse, des hématies nucléées, etc. Naturellement, la crase sanguine et les humeurs souffrent de l'état de cette moelle; il en est de même du squelette qui subit, en outre, l'action directe ou indirecte de ces poisons du tube digestif. C'est ainsi qu'avec MM. Haushalter et Spillmann nous avons noté des déformations variées. De préférence au niveau des membres, l'examen radiographique révèle une plus grande transparence des diaphyses; de son côté, l'analyse chimique met en évidence un abaissement dans la teneur en principes minéraux. En se complétant, ces résultats expliquent pourquoi ces os deviennent souvent fragiles.

Phénomène intéressant, en inoculant, avec MM. Delamare et Vitry, des champignons comparables à certains végétaux de l'iléon, nous avons enregistré l'apparition de nodosités costales; nous avons même rencontré accidentellement l'*Oospora Guignardi* dans des tissus atteints de dégénérescence crétacée, contenant du carbonate et de l'oxalate de chaux, sels que forment aisément les parasites de cet ordre dans des cultures additionnées de substances calcaires (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 252). En outre, assez communément nous avons découvert, sur le péritoine ou dans le foie de nos animaux contaminés par ces champignons, des néoplasmes qui, tantôt multiples et rappelant la carcinose miliaire, tantôt réduits à un ou deux et dans ce cas volumineux, pouvant peser 7 grammes, se rapprochent, en dépit de leurs caractères trop inflammatoires, des types sarcomateux ou adénomateux. Ces faits conduisent à chercher dans cette catégorie d'êtres vivants les agents pathogènes de différentes tares osseuses ou de certaines tumeurs voisines par leur structure des adénosarcomes. Peut-être même, pour léser le squelette, ces parasites, dont de nombreuses espèces pullulent dans le tube digestif, se servent-ils des acides qu'ils élaborent aux dépens des hydrates de carbone, acides propres à attaquer la matière minérale?

VII

On voit quelles séries d'anomalies engendrent les poisons intestinaux, et encore le mal ne se borne-t-il pas à leur action directe. Il convient, en effet, de compter avec le choc en retour, avec le retentissement secondaire des troubles fonctionnels et des lésions réalisées, d'autant plus que, comme nous l'avons montré, particulièrement par voie d'autolyse, à chaque instant en évoluant ces lésions se modifient; partant, elles peuvent causer de nouveaux désordres. Aussi, aux prises avec ces poisons intestinaux, l'organisme met naturellement en jeu les défenses dont il dispose; entre autres efforts il atténue, neutralise des composés nocifs. C'est sans doute aux opérations excessives poursuivies au contact de ces composés qu'on doit les altérations des appareils antitoxiques, tels que le foie, le corps thyroïde, les capsules surrénales, les ganglions, l'hypophyse, la muqueuse de l'iléon, les séreuses, etc. Si, par exemple, une obstruction cæcale incomplète retient une partie des poisons, le grand épiploon entoure la zone dangereuse et en fonctionnant énergiquement se congestionne. Nous avons, d'ailleurs, établi que la physiologie de ces membranes séreuses les contraint à intervenir dans la lutte contre des éléments solubles ou figurés aussi bien que dans la nutrition des parenchymes enveloppés.

Pour se protéger, l'économie n'a garde de négliger les ressources de l'élimination. Dans les intoxications intestinales aiguës, un accroissement de la toxicité urinaire signifie que des substances nuisibles s'échappent par l'émonctoire rénal. Irrités par ce passage, les reins deviennent mous et pâles; les capsules glomérulaires desquament; les épithéliums des *tubuli* paraissent irréguliers, granuleux : le filtre et la glande sont intéressés. Du reste, ainsi que M. Wallerstein et M. Hohlfeld, nous avons vu la coprostase s'accompagner d'indicanurie, d'albuminurie, de cylindrurie.

Pourtant, quelques-uns de ces poisons, des acides gras, des sels, de l'urée, etc., sortent par la peau qui, chez nos animaux, est sèche, recouverte de poils ternes, mal peignés. Les poussées d'érythème, d'eczéma, d'urticaire, au cours du botulisme, mettent en évidence les rapports fonctionnels des deux surfaces, superficielle et profonde. En traversant le derme et les glandes, ces principes, anormaux par leurs qualités ou leur quantité, créent des lieux de moindre résistance promptement envahis par les parasites du revêtement externe. Au dire de M. Calvé, impressionnés par ces principes les nerfs cutanés engendrent des œdèmes vasomoteurs.

Les produits volatils du contenu du tube digestif prennent en partie la voie bronchopulmonaire. A l'inverse de l'opinion de Brown-Séquard et de d'Arsonval, des physiologistes admettent qu'à l'état normal, en dehors de l'acide carbonique, aucun élément toxique ne s'élimine par cette voie. Toutefois, ainsi que le prouvent l'observation de diabétiques comateux et, d'après nos essais (fait, comme la réinoculation, contraire aux idées de réunion de ces malades), l'action pyrétogène de l'eau de condensation des gaz expirés par des tuberculeux, dans le domaine de la pathologie des substances sortent par les bronches; M. Béclère estime que la rétention à ce niveau de corps instables provoque les déformations des doigts hippocratiques.

Une sorte de loi, qu'on pourrait appeler loi de l'*auto-fonction*, veut que des matières issues du jeu d'un organe déterminé actionnent son fonctionnement; l'urine est diurétique; l'extrait du corps thyroïde active ses échanges; avec le suc intestinal, le suc gastrique et la salive, M. Froin a noté des résultats analogues. Dès lors, chez les animaux recevant le contenu de l'iléon partiellement dérivé de la paroi, il n'est pas surprenant d'observer, dans l'épaisseur de la muqueuse du tube digestif, une manifeste hyperémie, des débuts de cariolyse nucléaire et un travail sécrétoire exagéré. De tels effets se rattachent, du reste, aux notions concernant les cytolysines et rappellent la maxime *similia similibus*. Quoi qu'il en soit, en tant qu'appareil éliminateur ou antitoxique, l'intestin s'associe à la lutte contre les matériaux morbifiques qu'il renferme.

VIII

Certes, les résultats obtenus sont variés; mais, d'origine externe ou interne, cellulaire ou microbienne, les poisons inclus dans le conduit alimentaire présentent eux-mêmes une multiplicité considérable. Qui ne sait que dans ce conduit se rencontrent une infinité de substances actives : mucus, diastases, albumoses, alcaloïdes, toxines, corps aromatiques, composés biliaires, soufrés, ammoniacaux, amides, amines, matières putrides, acides, bases, sels, pigments, hydrogène sulfuré, gaz, etc. Parmi ces substances, il en est de stables, de solubles dans l'alcool; d'autres sont volatiles ou insolubles; ces éléments insolubles se révèlent les plus nuisibles. Fait important, surtout à la sortie on trouve sensiblement autant de matériaux toxiques chez les sujets sains que chez les malades atteints de gastro-entérite chronique; cependant, particulièrement si le processus est aigu, avec M. Hawthorn nous admettons la possibilité d'une augmentation de cette toxicité. On pourrait, il est vrai, objecter qu'en facilitant le passage dans le sang les érosions du revêtement interne causent une diminution dans les proportions des principes morbifiques s'échappant par le rectum; toutefois, lorsqu'on puise directement dans l'iléon, les différences constatées sont relativement peu marquées.

Ainsi, tant à l'état physiologique que dans les conditions pathologiques, au sein du tube digestif existent des poisons capables de déterminer une foule de désordres; situés au voisinage des tissus, ils condamnent l'économie à demeurer sans cesse sur la défensive. — De nouvelles recherches nous ont heureusement permis de mettre en lumière à quel point, principalement au niveau de ce conduit gastro-intestinal, sont nombreux les modes de protection dont dispose l'organisme.

Tout d'abord, les sens, le goût, l'odorat, veillent à ce que des corps d'origine externe ne viennent pas accroître la quantité des produits nocifs intestinaux; au besoin, le vomissement, la diarrhée diminuent cette quantité. De plus, dans la lumière du canal, diverses substances en se précipitant cessent d'être absorbées; d'autres se comportent en antagonistes de celles qui les entourent. En outre, avec M. Lefèvre, nous avons dégagé le rôle atténuateur des diastases; aptes à adultérer les sécrétions des microbes, ces diastases se révèlent aussi propres à altérer ces microbes eux-mêmes, en tout cas à se fixer sur leur protoplasma. Ces importantes constatations montrent comment, en s'improvisant vecteurs de ces principes diastasiques analogues aux toxines ou en les retenant, des agents figurés peuvent devenir dangereux ou rendre service.

La résistance de l'économie doit, de différentes manières, compter avec ces agents figurés intestinaux, dont la concurrence vitale, l'action du phénol, de l'ammoniaque, des acides, le manque d'oxygène, etc., restreignent la pullulation. Naturellement, l'ensemble de leurs productions est nuisible; mais, en revanche, des parasites toujours présents dans l'iléon détériorent ces productions. Rappelons que, d'après nos expériences, seuls des ferments microbiens transforment aisément quelques aliments tels que la cellulose. Si ces ferments sont insuffisants, ces aliments deviennent des éléments de putréfaction générateurs d'une série d'accidents. — Ce rôle des bactéries nous oblige à indiquer qu'une foule de conditions font varier leurs espèces; en particulier, contrairement à l'opinion de Ballner, la stérilité des *ingesta* entraîne une diminution du nombre des bacilles et même normalement les formes changent avec les étages du conduit. D'ailleurs, loin d'être un unique viscère, l'intestin est constitué par plusieurs organes juxtaposés; avec M. Levaditi nous avons montré que, si le haut sécrète, le bas absorbe; la kynase, la sécrétine, les diastases sont irrégulièrement réparties et, sans admettre, à l'exemple de M. Hawthorn, l'existence de zones parasitaires absolument distinctes, nous avons reconnu que, suivant les niveaux, la flore se modifie.

Ainsi, dans la cavité du canal alimentaire fonctionne une première catégorie de défenses; on en trouve une seconde dans la paroi intestinale.

A la surface de cette paroi, le mucus agit mécaniquement et chimiquement; dans son épaisseur, à l'égard des éléments solubles ou figurés, les leucocytes exercent leur habituelle influence. Toutefois, avec M. Japha, nous avons remarqué que, chez les nourrissons, au moment des processus digestifs en général favorables au passage de ces éléments solubles ou figurés dans les capillaires, la leucocytose est peu prononcée; de plus, avec M. Delamare, à cet âge nous avons enregistré une insuffisance relative des mucines, des composés diastasiques et des fibres musculaires de l'iléon. Dès lors, on comprend pourquoi, au début de la vie, cet appareil de la digestion est prédisposé aux maladies.

La muqueuse de l'intestin exerce, en outre, des protections directes. Grâce peut-être aux entéroprotéides de Botazzi et avant tout à l'érepsine, elle métamorphose des toxines. Avec M. Cassin et M. Tedeschi, à l'aide de la chaleur, des fluorures, des agents coagulants ou mécaniques, nous avons établi qu'il est possible, en respectant leur anatomie, de tuer fonctionnellement les cellules de cette membrane : dans ce cas, des désordres éclatent. D'un autre côté, comme l'ont tenté MM. Reid, MacCallum, Lando-Landi, en dehors de son influence sur les peptones, on met en lumière l'action de cette muqueuse sur la dialyse, sur les sucres, sur la répartition des matières minérales, sur la synthèse des acides sulfo-conjugués, etc. A vrai dire, ces phénomènes intrapariétaux s'observent plutôt dans la portion voisine du cæcum; dans la zone duodénale les processus défensifs sont de préférence cavitaires. Néanmoins, on voit que, loin de se limiter à être un simple dialyseur, ce revêtement interne, véritable glande étalée, jouit d'une indéniable activité physiologique; encore est-il qu'à tort on a réduit son rôle en exagérant celui du foie qui, au point de vue antitoxique, combine son action à la sienne, l'un métamorphosant de préférence les alcaloïdes et les ammoniaques à transformer en urée, l'autre les poisons protéiques. Quand, en effet, pour apprécier à quel degré ce foie abaisse la toxicité d'une substance, on compare les résultats des injections et dans la veine jugulaire et dans le réseau portal, on oublie trop que, déposée dans ce réseau à capillaires bi-polaires, cette substance commence fatalement par ralentir sa marche et se diluer dans la glande biliaire. Or, sans que cette glande agisse par elle-même, ces modifications passives suffisent à atténuer l'empoisonnement, atténuation qu'on est, par suite, exposé à rapporter injustement à un attribut spécial de la cellule hépatique. Au demeurant, si on anastomose les vaisseaux porte et cave, ces produits du tube digestif, dont, conformément à nos expériences, les travaux de M. Ferio, de M. Bosio, de M. Schupfer, de M. Queirolo ont montré l'importance, subissent uniquement l'influence de la paroi de l'intestin; pourtant, on obtient parfois des survies. — Ajoutons qu'assurément encore bien insuffisantes des études en cours, entreprises avec M. Dehérain, tendent à prouver qu'une économie donnée est un peu plus réfractaire à ses propres agents morbifiques, intestinaux ou tissulaires, qu'à ceux d'un autre animal. Probablement liée aux incessantes actions de minimes doses d'éléments nocifs habituellement bien vite disparus ou transformés, cette auto-immunité rudimentaire complète les moyens de protection de la troisième ligne, moyens de protection constitués par les humeurs et les viscères antitoxiques ou éliminateurs et visant les principes qui ont franchi les deux premières de ces lignes.

Quoi qu'il en soit, nos recherches établissent qu'à l'état normal le tube digestif renferme d'innombrables poisons, dont la présence est d'autant plus constante qu'à côté de corps exclusivement nuisibles se trouvent des substances toxiques, des diastases par exemple, qui sont indispensables aux mutations nutritives. En mettant en évidence la variété des modes de résistance de l'organisme et sans faire rejeter la réalité des causes morbides spécifiques, ces mêmes recherches nous apprennent que fréquemment, au lieu de dépendre de l'entrée en scène d'un agent particulier, la maladie tient à la désorganisation des défenses.

De telles notions de pathogénie retentissent fatalement sur la thérapeutique générale; elles indiquent, en effet, clairement que, s'il est utile d'attaquer directement l'ennemi, souvent il importe avant tout d'assurer l'intégrité des remparts. La justesse de cette conception repose sur les observations qui nous ont amenés à reconnaître, comme éléments morbifiques, des produits organiques normaux; quelques-uns même ne sont autres que des sécrétions digestives physiologiques. Avant de les détruire, logiquement il faut attendre que ces produits aient accompli leurs fonctions; dans l'intestin ils sont en partie intangibles; aussi, pour se garer de leurs méfaits, convient-il de maintenir intactes toutes les protections de l'économie.

CHARRIN,
Médecin de l'hôpital de la Maternité,
Professeur au Collège de France.

LE PLAY,
Interne des hôpitaux
de Paris.

CHIRURGIE PRATIQUE

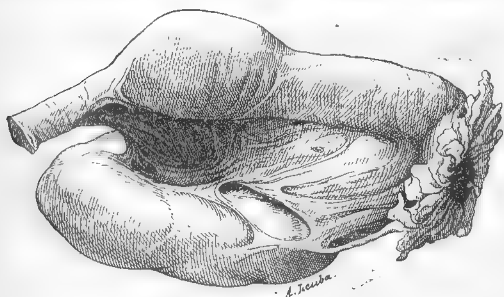
Les fausses couches tubaires.

Est-il vrai que la grossesse ectopique croisse en fréquence? On l'admettrait volontiers, à voir le nombre de cas qui s'observent dans la pratique des grandes villes, et tout naturellement on est conduit à rapprocher ce fait de la diffusion, dans les milieux urbains, des infections salpingiennes, gonococciques ou puerpérales. Quoi qu'il faille penser de la question pathogénique, les statistiques opératoires ne renseignent pas exactement sur la part qui revient, en gynécologie, à la grossesse extra-utérine; pour s'en faire une idée plus juste, on devrait tenir compte de tous les faits qui « se perdent », qui sont méconnus, qui passent pour de vulgaires fausses couches, et qui, du reste, évoluent souvent de façon assez bénigne, pour donner le change aisément au praticien non prévenu. Nous voulons parler des avortements tubaires, « tout jeunes », des premières semaines, véritables fausses couches tubaires, qui peuvent, il est vrai et nous en donnerons des exemples, après l'évacuation de la trompe, l'enkystement et la résorption de l'hématome, ne laisser que des traces insignifiantes, mais qui, ailleurs, deviennent l'origine de complications immédiates ou de graves et lointains désordres.

On sait bien aujourd'hui quelle place doit être réservée à l'avortement tubaire dans le mécanisme des accidents de la grossesse ectopique; la rupture crée, sans doute, les plus dramatiques de ces accidents et c'est elle que l'on incrimine toujours, mais, en réalité, l'avortement ne paraît pas être beaucoup moins fréquent que la rupture. Dans un travail qui date des premiers mois de cette année, M. le docteur Leo Zuntz, sur 100 cas de grossesses tubaires opérées à l'hôpital Moabit, de Berlin, relevait 48 avortements et 50 ruptures. Il y a lieu de rappeler, d'ailleurs, que le siège de la grossesse tubaire est pour beaucoup dans la fréquence relative de l'un ou l'autre accident : comme M. le docteur Couvelaire l'a bien montré dans sa thèse, en 1901, « l'apoplexie ovulaire précoce », avant la huitième semaine, est la règle, dans la grossesse *isthmique*, celle qui siège dans le tiers utérin de la trompe, et, en règle aussi, elle se traduit par la rupture primitive; il en va tout autrement dans la grossesse *ampullaire :* l'apoplexie ovulaire et la mort de l'œuf, au cours des deux premiers mois, n'y sont pas suivies de la rupture immédiate; le sac tubaire, ampullaire, reste intact, mais il peut se rompre secondairement, et, du reste, en clinique, ces avortements revêtent assez souvent des caractères aussi graves que les ruptures. Or, à côté de ces formes classiques, d'évolution dissemblable, sans doute, mais toujours de symptomatologie « importante », on ne saurait oublier ces formes initiales, ces fausses couches dont nous parlions tout à l'heure, et qui, par l'atténuation même de leurs signes fonctionnels et physiques, prêtent si aisément à l'erreur.

L'observation suivante nous a paru fort démonstrative à ce point de vue, et, de plus, elle permet de saisir sur le fait le processus de l'avortement. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, qui a eu neuf accouchements normaux et une fausse couche utérine de trois mois, il y a dix-sept ans, et qui n'a jamais souffert du ventre. Au 4 septembre dernier, après un « retard » de huit jours, ses règles apparaissent, sans douleur, sans la moindre réaction abdominale; elles sont un peu plus abondantes que d'ordinaire, et surtout elles se prolongent jusqu'au 27. Elles cessent alors, mais, cinq jours plus tard, le sang se montre de nouveau, en faible quantité, toujours sans aucune souffrance; la petite perte journalière se poursuit, de la sorte, pendant tout le mois d'octobre. Dans les premiers jours de novembre, je trouve un col un peu mou, un utérus de volume à peu près normal, aucune masse, aucune tumeur péri-utérine, mais un peu de sensibilité en arrière et à droite, et, de ce côté, un empâtement très vague, qui, pourtant, à un examen attentif, ne laisse pas de doute; il n'y a pas de poche, pas de tuméfaction circonscrite, mais il y a « quelque chose ». Au bout d'une huitaine de jours d'observation, l'écoulement sanguin est le même, et l'exploration donne le

même résultat. Je porte le diagnostic d'avortement tubaire, et j'interviens. A l'ouverture du ventre, un peu de sang noir, une ou deux cuillerées, se montre tout de suite dans le bassin : la trompe droite est entourée, au niveau de son pavillon, d'un petit agglomérat de caillots noirs, agglutinés par des adhérences, et du volume d'un œuf de pigeon; vers sa partie moyenne, elle est occupée par une nodosité ovoïde, grosse comme une olive, et nulle autre part elle ne porte trace de rupture ni de la moindre déhiscence; au-dessous d'elle, l'ovaire est volumineux et kystique. La masse annexielle est enlevée en bloc. A gauche, la trompe est saine, et l'ovaire présente seulement un petit kyste sanguin, qui est excisé. La figure ci-dessous montre bien quel était l'aspect de la



trompe malade : la nodosité, reste du sac gravidique, était remplie d'un caillot noir compact; le pavillon, débarrassé des caillots qui l'engluaient, était tout à fait normal, un peu de sang noir suintait par l'orifice externe de la trompe. Ai-je besoin de dire que l'on avait conclu d'abord à une fausse couche vulgaire?

Il arrive que l'accident se signale, au début, par des réactions plus inquiétantes, et que, les premières heures passées, tout tourne court. Une jeune femme de vingt-six ans, mariée depuis trois ans, n'avait d'autres antécédents utéro-pelviens que des irrégularités menstruelles fréquentes et anciennes et aussi quelques douleurs, à gauche, il y a deux ans; elle n'avait eu jusqu'alors ni couche ni fausse couche; les dernières règles sont finies depuis huit jours : le matin, en se levant, elle est prise d'une brusque douleur, du côté gauche; elle se sent défaillir et se recouche; elle est très pâle, le pouls est fréquent et petit, la température est à 35°5, le ventre très sensible sur toute son étendue, sans qu'on puisse rien découvrir au palper ni au toucher. Dans la soirée, le pouls s'est un peu remonté, l'aspect général est meilleur; le lendemain matin, l'amélioration s'est encore accentuée, la température est normale : à quatre heures de l'après-midi, nous trouvons une malade au teint bien coloré, avec un bon pouls à 96, une peau normale, une langue humide, pas de nausées, aucun signe d'hémorrhagie grave ni d'infection commençante. Le ventre n'est presque plus ballonné : à gauche, dans la fosse iliaque et près du pubis, la pression profonde réveille une assez vive sensibilité; par le toucher, on constate un col mou et l'on provoque une douleur très nette, lorsqu'on cherche à le mobiliser latéralement; à gauche et très haut, on a la sensation d'une sorte d'empâtement. Rien de précis, en somme, à part la douleur juxta-utérine gauche. Tout en resta là; l'entrée en scène avait été fort bruyante, mais la pièce fut courte et le dénouement des plus simple : il n'y eut pas d'autre accident, pas d'hématocèle, et, sous l'influence du repos au lit, douleur et empâtement ont disparu.

Qu'on ne doive pas compter sur cette évolution simple et tout abortive, c'est le mot, ni surtout l'escompter, en présence d'accidents initiaux qui peuvent être ceux de la rupture avec inondation, le fait est bien certain : il vaut mieux s'alarmer trop vite que de laisser passer l'heure. Mais les exemples de ce type n'en sont pas moins intéressants à citer et à retenir. Du reste, c'est beaucoup plus souvent l'autre forme, celle de la fausse couche banale, que revêt l'avortement tubaire « tout jeune », dont nous parlons. On sait qu'il est courant, qu'il est classique, pourrait-on dire, que la grossesse tubaire rompue et l'hématocèle soient prises d'abord — et traitées — comme fausses couches; même il n'est pas très rare que le curettage soit pratiqué. Or, ce qui n'est qu'une erreur assez grossière de diagnostic, par manque ou insuffisance d'exploration, lorsqu'il s'agit des cas moyens, c'est-à-dire d'une hématocèle d'un certain volume, devient plus explicable, et parfois plus malaisé à éviter, lors des fausses couches tubaires, toutes récentes et d'allures bénignes; là, il n'y a pas de grosse masse, de tumeur nette, et, d'autre part, les caractères de la perte utérine n'ont rien, non plus, « d'indicateur », un avortement utérin des toutes premières semaines ne donnant pas lieu à une hémorrhagie beaucoup plus abondante ni à l'expulsion de débris aisément reconnaissables. Le diagnostic est donc réellement épineux, et l'on comprend que la confusion ne soit pas rare : pour l'éviter, il est important d'être prévenu, avant tout, de l'existence et de la fréquence des fausses couches tubaires; le type de la perte, qui suit la période menstruelle « en retard » de quelques jours, doit d'abord éveiller l'attention : les règles ont été plus abondantes, mais surtout prolongées, la perte consécutive est peu considérable, d'ordinaire, mais journalière, et l'écoulement noirâtre se poursuit sans trêve; à l'examen, on trouve le col un peu mou, l'utérus un peu gros; sur le côté, on réveille une douleur nette, et, presque toujours aussi, on découvre un certain empâtement, une petite masse, assez élevée parfois, une tuméfaction mal limitée qui se prolonge dans le cul-de-sac postérieur : cette douleur latéro-utérine, de l'un ou de l'autre côté, ce « quelque chose » de plus ou moins net, d'empâté, de mollasse, que l'on décèle à droite ou à gauche, rapprochés du début et de la marche des accidents, fourniront au diagnostic des éléments précieux.

Or, il est fort important, pour l'avenir surtout, de faire le diagnostic de ces avortements tubaires, même sous leurs formes les plus bénignes et les plus atténuées. Sans doute, la trompe gravide, si tôt délivrée, peut ne garder que peu de traces de l'accident, et, à plusieurs reprises, on a vérifié le fait au cours de laparotomies ultérieures; M. le docteur Desguin (d'Anvers) signalait une observation de ce genre, en 1900 : l'avortement tubaire avait eu lieu neuf mois auparavant; les douleurs ayant persisté, on pratiqua la laparotomie et l'ablation des annexes : or, dans la trompe antérieurement « grosse », on trouva seulement un petit caillot durci, du volume d'un pois, et tout autour, quelques maigres adhérences. Tout récemment, j'opérais une malade de trente-cinq ans pour une rétroflexion utérine adhérente et douloureuse : je trouvai effectivement l'utérus rétrofléchi et très adhérent dans le cul-de-sac de Douglas; je le libérai, je décollai les annexes, et, à la partie moyenne de la trompe gauche, je découvris une petite bosselure noirâtre, grosse comme un pois. La trompe fut enlevée seule : la petite bosselure était un caillot dur, enclavé. Dès lors, l'histoire clinique devint très nette : il y a trois ans, notre malade avait eu, nous disait-elle, une « fausse couche », et tous les accidents dataient de là : c'était une fausse couche, sans doute, mais une fausse couche tubaire, qui avait guéri sans complications immédiates, mais en laissant derrière elle ces adhérences douloureuses et cette rétroflexion qui avaient commandé l'intervention ultérieure.

En résumé, une seule conclusion est à tirer de ces « guérisons spontanées » des avortements tubaires : à savoir que cette éventualité même explique qu'ils soient souvent méconnus. Mais ce n'est là, d'ordinaire, qu'une guérison apparente et transitoire; il y a donc un très réel intérêt à savoir les reconnaître, et, ajoutons-le, à les opérer de bonne heure.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 novembre 1904.

Sur l'inoculation du cancer.

M. Mayet. — Il y a plus de onze ans, j'ai fait connaître à l'Académie les premiers résultats que m'avaient donnés mes tentatives d'inoculation de produits cancéreux aux animaux (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 283).

Depuis lors, j'ai poursuivi ces recherches, et j'ai pu m'assurer que l'injection au rat blanc de principes solubles de néoplasmes, séparés de tout élément solide par filtration sur bougie de porcelaine, détermine dans un petit nombre de cas l'apparition de tumeurs épithélioïdes dans le rein ou de tumeurs épithélioïdes et alvéolaires dans la tunique fibreuse du foie, tumeurs qui sont absolument semblables, les premières au cancer du rein, les secondes au cancer de la mamelle; parfois aussi on obtient de nombreux noyaux sarcomateux dans les replis du péritoine.

Chez un grand nombre d'animaux de la même espèce, ces injections, ou l'inoculation intrapéritonéale de fragments cancéreux, entraînent simplement des lésions ulcéreuses ou kystiformes du rein.

Les produits solubles ou néoplasiques dont je me suis servi pour ces expériences provenaient soit de cancers indiscutables, soit de tumeurs qui, de par les résultats de l'examen histologique, avaient été déclarées de nature bénigne.

Sur la croissance de l'homme et des êtres vivants en général.

MM. Ch. Henry et **L. Bastien** adressent une note relative à l'expression mathématique des phénomènes de la croissance du corps, telle qu'elle résulte des documents statistiques. Les auteurs ont pu s'assurer que les courbes de croissance, tant au point de vue du poids qu'en ce qui concerne la taille, sont des hyperboles se raccordant en certains points qui constituent des *âges remarquables* auxquels la loi de croissance, tout en étant représentée toujours par la même fonction mathématique, change d'allure; la durée de la gestation et la période de croissance sont deux de ces âges remarquables.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1904.

Traitement du cancer du gros intestin.

M. Quénu. — Je crois qu'il ne faut pas confondre, dans le traitement des tumeurs du gros intestin, les lésions tuberculeuses ou inflammatoires et les cancers ou sarcomes, qui seuls, à mon avis, doivent être considérés comme des tumeurs.

Quand on est appelé à intervenir pour un cas d'occlusion intestinale déterminée par un cancer, j'estime qu'il faut réduire l'intervention au minimum en se contentant d'établir un anus cæcal. Au lieu de pratiquer immédiatement, comme on le fait en général, une large ouverture de l'intestin, je me borne à faire une ponction, en laissant à demeure un trocart qui traverse le pansement, de façon à empêcher toute infection de la plaie.

Il est cependant des cas où l'on pense que la cause de l'occlusion n'est pas un cancer, et où, par conséquent, la laparotomie est indiquée. Lorsque, en pareille occurrence, on trouve un cancer sur une anse très mobile, on doit évidemment chercher à l'enlever et l'on peut alors procéder suivant la technique indiquée par M. Hartmann (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 365). Mais d'une façon générale, pour les cancers du gros intestin, les indications opératoires varient, et, suivant les cas, on aura recours au procédé d'ablation en deux temps ou à l'opération en un temps. Quand il s'agit, en effet, d'un cas simple, l'anse malade étant mobile, je crois que ce dernier mode d'intervention est préférable.

M. Segond. — Dans le cancer du gros intestin compliqué d'occlusion, c'est toujours à l'établis-

sement préalable d'un anus contre nature que j'ai recours. Je puis à ce propos vous signaler un petit artifice opératoire que j'ai employé dans un certain nombre de cas; il consiste à utiliser l'appendice extériorisé et ouvert à son extrémité pour établir rapidement une fistule stercorale absolument isolée de la plaie et n'exposant celle-ci à aucune infection. Après avoir ainsi assuré l'issue des matières, on peut, au bout de quelques jours, faire une ouverture aussi large que l'on veut.

Traitement des sinusites frontales.

M. Quénu. — J'ai eu l'occasion d'ouvrir largement un sinus frontal en enlevant la paroi antérieure de façon à procéder à un nettoyage complet; je terminai l'opération en défonçant la partie interne de la paroi inférieure, et en drainant par les fosses nasales; la guérison s'est faite très simplement.

M. Toubert. — Dans un cas de sinusite frontale fistuleuse, compliquée d'ethmoïdite, j'ai cherché à assurer un large drainage en enlevant du côté de la lésion toute la masse latérale de l'ethmoïde; le résultat a été excellent et la guérison définitive. Chez un autre malade, déjà opéré sans succès, j'ai procédé de la même façon et le résultat a été très satisfaisant, bien que la guérison ait été plus longue à obtenir et ait nécessité une intervention complémentaire.

M. Chaput. — Je crois que l'opération de Kilian n'est pas sans présenter quelques inconvénients au point de vue de la cicatrice, qui est très apparente, et au niveau de laquelle les téguments sont plus ou moins déprimés. C'est pour éviter cette dépression que j'ai eu recours à l'emploi d'un lambeau ostéoplastique taillé sur le frontal, à la base du nez, créant une large brèche grâce à laquelle on peut assurer un drainage parfait du sinus par les fosses nasales.

Traitement des anévrysmes poplités.

M. Monod. — Je dois vous présenter un rapport sur un cas d'extirpation d'un anévrysme poplité, qui nous a été envoyé par M. Schmid (de Nice). On avait d'abord eu recours, sans aucun résultat, à la compression indirecte. L'extirpation fut alors pratiquée et suivie d'une guérison parfaite.

En 1900 j'ai traité par l'extirpation deux anévrysmes poplités, et mes malades ont très bien guéri, sans qu'il y ait eu à aucun moment la moindre menace d'accident gangreneux (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 134).

Je puis également vous citer un cas opéré tout récemment dans mon service par M. Arrou avec un très bon résultat, bien qu'il ait fallu placer en bas une double ligature, d'une part sur la tibiale postérieure et d'autre part sur le tronc tibio-péronier.

Au point de vue anatomo-pathologique, M. Schmid insiste sur le fait que, dans le cas observé par lui, la tumeur semblait être constituée par un anévrysme disséquant, dont le sac était limité en dehors par la paroi externe du vaisseau et en dedans par sa paroi interne; je crois qu'il y a là une erreur d'interprétation, et qu'il s'agissait plutôt d'un anévrysme circonscrit faux primitif, consécutif à une rupture de l'artère déjà ectasiée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 novembre 1904.

Mécanisme de l'hématolyse.

M. Froin. — Dans les hématomes liquides, la confrontation des hématies, au point de vue quantitatif et qualitatif, avec toutes les modifications pathologiques des liquides dans lesquels elles nagent, m'a permis de diviser les processus de résorption sanguine en quatre actions fondamentales : l'hématophagie, la globulolyse, l'hémoglobinolyse et l'antiglobulolyse (cette dernière ne se manifestant que si l'hématome est très concentré).

Un élément cellulaire est adapté à chacun de ces actes :

1° La cellule endothéliale, transformée en macrophage, se charge de l'exode du plus grand nombre des hématies à travers les voies lymphatiques. Et elle accomplit sa tâche, semble-t-il, sans être influencée par les autres actes hématolytiques;

2° Le neutrophile réalise l'hémoglobinolyse, mais agit lentement. Si la quantité de l'hémoglobine est telle que la réaction des pigments biliaires s'ensuive, on voit prédominer les grands éléments uninucléés;

3° Le lymphocyte sensibilise le globule rouge pour le dissocier et crée la globulolyse. Toutefois, l'hémoglobine ne s'échappe pas ou abandonne très lentement les particules du stroma, s'il n'y a pas de neutrophiles dans le foyer sanguin;

4° L'éosinophile vient préserver le globule rouge contre la globulolyse. Il lutte contre la fragilité du stroma globulaire et ralentit l'hématolyse quand elle est trop active.

Le travail hématolytique met ainsi en jeu des forces très variées : un rôle surtout mécanique est dévolu à la cellule endothéliale, un rôle chimique au polynucléaire et au mononucléaire, et enfin un rôle physique au lymphocyte, qui désorganise l'architecture globulaire, et à l'éosinophile, qui la consolide.

Sur la réparation des neurofibrilles après les sections nerveuses.

M. Marinesco (de Bucarest). — Mes recherches m'ont démontré qu'après la section des nerfs les propriétés morphologiques et tinctorielles des fibrilles des cellules nerveuses se modifient. Pendant la phase de réparation, on assiste au retour progressif des neurofibrilles à leur état normal.

Ce processus de réparation est aussi long que celui de la réintégration des éléments chromatophiles; après une longue période d'hypertrophie et de disposition striée, avec changement de coloration, les neurofibrilles reviennent petit à petit à leur disposition normale et la cellule passe de l'aspect strié à l'aspect réticulé. A toutes les phases de la réparation, on trouve un certain nombre de cellules qui s'atrophient, présentent la dégénérescence granuleuse et finissent par disparaître.

Sur la localisation de la graisse dans les cellules hépatiques.

MM. Gilbert et **Jomier.** — Nous avons constaté, sur 13 chiens et 23 lapins normaux ou inanitiés, que la graisse se dépose tantôt au centre, tantôt à la périphérie des cellules hépatiques. Il semblerait ainsi que la fixation de la graisse dans le foie n'obéit à aucune loi déterminée, mais une étude attentive montre qu'en réalité la disposition variable de la graisse est commandée par la topographie des capillicules biliaires autour desquels elle est toujours agminée. De cette constatation, nous tirons cette déduction que la graisse est destinée à s'éliminer, en partie du moins, par ces capillicules. D'ailleurs, dans l'épithélium des canaux biliaires périlobulaires, et même parfois dans la lumière de ceux-ci, on trouve également une certaine proportion de graisse d'élimination.

Modifications des rapports urologiques au cours des dermatoses.

MM. Desgrez et **Ayrignac.** — Nous avons établi récemment les modifications de l'histolyse produites par les dermatoses (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 359). La détermination de quelques rapports urologiques et de la molécule élaborée moyenne nous permet aujourd'hui de pénétrer plus avant dans l'étude des premiers faits observés.

Les rapports du phosphore et du soufre à l'azote total montrent, en effet, que les nucléo-albumines et les albumines riches en soufre, telles que les kératines, sont, proportionnellement, plus détruites, dans les dermatoses, que les autres substances albuminoïdes. Le coefficient d'oxydation du soufre n'est inférieur à sa valeur normale que dans 41 % des cas. C'est un résultat analogue à celui que nous avions antérieurement établi pour le rapport azoturique et qui prouve, encore une fois, que la qualité de l'histolyse n'est pas réduite par les dermatoses aussi souvent que sa quantité. Quant à la déminéralisation de l'organisme et à la grandeur de la molécule élaborée, nous ne les avons trouvées supérieures à la normale que chez 56 % des malades. On conçoit d'ailleurs que les valeurs de la molécule élaborée moyenne suivent celles des rapports azoturique et d'oxydation du soufre. Nos résultats indiquent, en effet, qu'elles se contrôlent et se vérifient réciproquement.

Influence du régime sec sur le poids de l'animal, sur l'alimentation et sur les urines.

M. Maurel (de Toulouse) communique des expériences desquelles il semble résulter que l'abaissement de la quantité normale des liquides, au moins à partir de 30 %, fait diminuer en même temps le poids de l'animal, la quantité d'aliments ingérés et la diurèse; la plus grande partie de cette perte de poids serait due à la diminution des liquides de l'organisme.

Le régime sec doit donc être évité chez l'obèse dont les liquides sont déjà sensiblement diminués, et réservé pour les cas où les liquides de l'organisme dépassent les quantités normales.

Inefficacité du sérum antituberculineux sur la marche de la température dans la tuberculose expérimentale.

M. F. Arloing (de Lyon). — Etant donné que la fièvre, dans la tuberculose pure de toute contamination saprophytique, a été attribuée souvent à l'action pyrétogène de la tuberculine sur l'organisme du tuberculisé, il semblait qu'un sérum très antitoxique *in vitro* vis-à-vis de la tuberculine, et appelé pour cela sérum antituberculineux, dût exercer une action sur la courbe thermique dans la tuberculose expérimentale.

Or, dans 2 cas observés chez le chien, le sérum antituberculineux s'est montré inactif sur la température. La courbe thermique n'a pas différé de ce qu'elle est ordinairement chez les animaux témoins, bien que le sérum eût été inoculé à la dose totale de 40 c.c., donnée soit par fractions répétées de 2 c.c., soit à doses massives de 10 c.c., et que le traitement sérothérapique eût été poursuivi par périodes sériées correspondant au développement initial ou à l'évolution des lésions tuberculeuses expérimentales.

Sur la teneur du liquide céphalo-rachidien en pigments biliaires dans les ictères choluriques.

M. Ch. Mongour (de Bordeaux). — Chez 6 malades atteints d'ictère à la fois cholurique et cholémique de cause variable (ictère infectieux bénin, cancer du foie, kyste hydatique), j'ai examiné le liquide céphalo-rachidien au point de vue de sa fluorescence et de la présence des pigments biliaires. Or, la fluorescence a toujours fait défaut; quant aux pigments, ils existaient — ainsi que les acides biliaires —, mais en quantité infinitésimale, de sorte qu'ils échappaient aux méthodes ordinaires d'examen clinique et ne pouvaient être décelés que par les procédés de laboratoire les plus délicats.

Il faut donc admettre ou bien que les pigments biliaires contenus dans le sang des cholémiques ne passent pas dans le liquide céphalo-rachidien, et dès lors celui-ci devrait être considéré non plus comme un simple produit de transsudation du sérum sanguin, mais bien comme le résultat d'une filtration élective, sinon même d'une véritable sécrétion; ou bien que ces pigments passent dans le liquide céphalo-rachidien, mais qu'ils sont transformés ou repris dans la cavité arachnoïdienne.

M. Ch. Fortineau (de Nantes) adresse une note relative à un diplobacille encapsulé, anaérobie facultatif, qu'il a isolé dans 2 cas de gangrène pulmonaire.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 9 novembre 1904.

Le rhumatisme articulaire aigu des enfants.

M. A. Baginsky fait une communication basée sur 66 cas de rhumatisme articulaire infantile, qu'il a observés dans les cinq dernières

années, abstraction faite des cas de pseudo-rhumatisme infectieux; ce nombre, rapporté au total des admissions dans le service, donne une proportion de 1.4 %.

Au point de vue de l'âge des petits malades, 5 avaient moins de cinq ans (aucun n'était dans sa première année), 32 de cinq à dix ans, 29 de dix à quatorze; c'est donc au moment de la croissance *maxima* du corps que l'affection survient de préférence. Quant à la prétendue influence de la saison froide sur l'apparition du rhumatisme, elle n'est rien moins que démontrée par les observations de l'orateur, car la maladie débuta 24 fois seulement pendant les mois d'hiver, et 42 fois en été : ce sont les mois de juillet et d'août qui fournissent les chiffres les plus forts (respectivement 11 et 10 cas). D'autre part, les admissions ne sont nullement groupées de façon à faire supposer l'intervention d'un facteur épidémique.

Ce n'est que dans 7 cas que les enfants avaient une hérédité rhumatismale; néanmoins, d'après les faits de sa clientèle privée, M. Baginsky est porté à croire que la prédisposition a une importance dans la genèse du rhumatisme. L'angine initiale fut notée 9 fois seulement sur les 66 cas en question.

En ce qui concerne le pronostic, l'orateur distingue une forme légère, facile à influencer par les moyens thérapeutiques et qui guérit complètement et définitivement, et une forme maligne, caractérisée par la fréquence des rechutes et des complications cardiaques ou pulmonaires. L'une et l'autre peuvent avoir un début soudain.

Symptomatologiquement, ce sont les articulations du genou et du cou-de-pied qui sont le plus souvent prises; l'examen du sang est d'ordinaire négatif; la néphrite est rare. Pour ce qui est des complications nerveuses graves du rhumatisme, jadis signalées par nombre d'auteurs, M. Baginsky pense qu'il s'agit surtout de cas méconnus de méningite cérébro-spinale. La chorée par contre est fréquente (un tiers des cas environ); mais elle peut survenir en dehors de tout rhumatisme, de sorte qu'on ne saurait en faire une manifestation rhumatismale.

Quant à la participation du cœur, cet organe, dans 8 cas sur 66, demeura indemne; 17 fois il reprit en apparence son état normal après la fin de l'attaque de rhumatisme; 35 des petits malades eurent une lésion valvulaire; les 6 autres moururent. L'orateur insiste particulièrement sur l'importance de la péricardite qui a presque toujours une terminaison fatale, soit immédiate, soit au moment de la puberté.

Enfin le rhumatisme infantile peut passer à la chronicité et déterminer l'ankylose de toutes ou presque toutes les jointures.

En ce qui concerne le traitement, si le salicylate a une action des plus heureuses sur les manifestations articulaires, il est sans effet sur les complications cardiaques; les moyens qui ont le mieux réussi à l'orateur, contre celles-ci, sont les applications de glace et l'usage de l'iodure de potassium.

Sur un cas de gangrène spontanée.

M. Ewald relate l'observation d'une femme de quarante-neuf ans qui, au début d'une maladie de Basedow, fut prise subitement — en l'absence de toute lésion cardiaque, de tout diabète, de toute artériosclérose — d'une gangrène du pied gauche, pour laquelle on dut faire l'amputation de cuisse. L'examen minutieux de la poplitée, sur la pièce, ne révéla aucune altération; aussi l'orateur conclut-il qu'il s'est agi d'une gangrène par angiospasme, d'une maladie de Raynaud unilatérale.

M. J. Israel déclare ne pouvoir accepter ce diagnostic que s'il lui est démontré que non seulement le tronc artériel, mais aussi ses ramifications périphériques, sont intacts, car il a vu l'oblitération de ces dernières, chez des sujets tout jeunes, entraîner des gangrènes graves, parfois même bilatérales.

M. Remak combat également l'hypothèse de maladie de Raynaud, en se basant notamment sur le début subit de la gangrène dans le présent cas.

M. von Hansemann insiste, comme M. Israel, sur les faits où le tronc artériel est sain, alors que ses ramifications sont le siège de lésions avancées.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 19 novembre 1904.

Action de la digitale associée à la caféine.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Ludwig Braun** a fait une communication sur l'administration simultanée de la digitale et de la caféine, méthode qui, d'après son expérience, aurait des effets particulièrement favorables dans les rétrécissements mitraux, dans les cardiopathies avec sténocardie et symptômes d'insuffisance cardiaque, dans les affections aortiques et dans l'artériosclérose compliquée d'insuffisance aortique.

L'orateur a étudié l'action de la digitale associée à la caféine sur le cœur des mammifères, et celle de ces médicaments isolés sur le cœur et les artères coronaires. Il a constaté que, par l'administration simultanée de digitale et de caféine, l'effet vasoconstricteur de la digitale sur les coronaires ne se produit pas et que l'action cardiaque est favorablement influencée.

Comme il y a un rapport causal intime entre la circulation dans les coronaires — ou la nutrition de la paroi cardiaque — et l'action du cœur, l'amélioration de la fonction cardiaque sous l'influence de la médication en question doit être attribuée à l'amélioration de la circulation coronarienne. En effet, le seul inconvénient de la digitale — son action vasoconstrictrice — est supprimé par la caféine, de sorte que, malgré l'élévation de la pression sanguine provoquée par le premier de ces médicaments, les artères coronaires restent larges et peuvent même être dilatées. Les conditions de la nutrition du cœur sont donc aussi favorables que possible.

Ces faits expérimentaux sont confirmés par la clinique, qui prouve également que les effets de l'association de la digitale et de la caféine ne sont produits ni par la caféine ni par la digitale seules.

M. Pauli dit avoir obtenu de bons effets de l'association de digitale et de caféine dans l'arythmie.

M. Paschkis explique l'action de la caféine par un effet direct sur le muscle cardiaque.

M. Braun nie l'action directe de la caféine sur le cœur. Il ajoute que, quand on administre simultanément la digitale et la caféine, les doses de ce dernier médicament doivent être abaissées.

Mouvements nocturnes de la tête.

Dans la séance du 17 novembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE ET PÉDIATRIE DE VIENNE, **M. Zappert** a relaté les observations de 6 enfants qui offrent la nuit, pendant le sommeil, des mouvements rythmiques de la tête, consistant ordinairement en oscillations; celles-ci, dans un cas, étaient accompagnées de mouvements d'un bras et d'un léger bourdonnement.

Les mouvements se produisent chaque nuit; ils ne commencent que lorsque les enfants sont endormis et continuent jusqu'au réveil. Au matin, les petits patients ne savent rien de ces mouvements nocturnes et se comportent normalement.

Ces mouvements de la tête s'observent le plus souvent à l'âge de trois ou quatre ans; dans un cas ils avaient débuté dès la première année de la vie et persistèrent plusieurs années.

L'orateur estime qu'il s'agit de stéréotypies analogues aux habitudes qu'ont plusieurs enfants de sucer leurs doigts ou de ronger leurs ongles.

Insuffisance aortique congénitale.

M. Hamburger a présenté un enfant atteint d'insuffisance aortique congénitale avec dilatation de l'aorte ascendante. Le choc de la pointe du cœur est perçu dans le cinquième espace intercostal en dehors de la ligne mamelonnaire. La matité cardiaque va jusqu'au milieu du sternum, et à gauche elle dépasse la ligne mamelonnaire. En outre, il y a une zone de matité qui s'étend jusqu'à la fosse jugulaire et se confond en bas avec la matité cardiaque. A l'examen radioscopique cette matité correspond à une ombre formée par l'aorte dilatée. On entend, en outre, un bruit systolique à la pointe du cœur et au-dessus de l'aorte. Le petit malade n'a pas de troubles de la compensation.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Diagnostic des affections syphilitiques du pancréas, par M. N. TRINKLER.

Il est très rare que la syphilis du pancréas se présente comme une maladie chirurgicale, et pourtant on ne saurait douter que, parmi les pancréatites chroniques, d'origine plus ou moins obscure, un certain nombre ne soient d'essence syphilitique. Nous n'avons encore que des notions fort courtes sur l'anatomie pathologique et, à plus forte raison, sur les caractères cliniques de la syphilis du pancréas; elle affecte la forme de l'induration interstitielle ou la forme gommeuse; dans le premier cas, l'organe se réduit et se rétracte, mais, dans le second, il peut devenir le siège de véritables tumeurs. Ajoutez à cela les compressions de voisinage, en particulier les compressions biliaires, et vous aurez un ensemble clinique tout à fait chirurgical : à côté du néoplasme, à côté de la pancréatite chronique d'origine lithiasique, il y aura donc lieu de faire une place, dans les hypothèses du diagnostic, à la syphilis gommeuse; éventualité tout exceptionnelle — puisque, pour ne citer qu'un chiffre, Birch-Hirschfeld, sur 124 cas d'affections pancréatiques, ne relève que deux tumeurs gommeuses —, mais à laquelle il faut songer pourtant, comme le démontre l'observation suivante de M. Trinkler.

Une femme de vingt-huit ans, très amaigrie, se présente avec un ictère généralisé, accompagné de décoloration des matières fécales, de douleurs dans la région sous-hépatique, et, dans la même région, d'une tumeur. Les accidents douloureux remontent à un an et demi et rappellent de tout point ceux de la cholélithiase; dans les derniers temps, les crises se répètent tous les deux ou trois jours. Le foie est gros; au-dessous de lui, la tumeur, que l'on perçoit très nettement au palper et qui même fait relief sous la paroi, donne l'impression d'une grosse vésicule épaissie, bosselée et bourrée de calculs; toutefois, cette tumeur, qui paraît un peu mobile, est située beaucoup plus « en dedans » que ne l'est d'ordinaire la vésicule; elle déborde la ligne médiane, à gauche, et semble se continuer vers le grand cul-de-sac de l'estomac. Pourtant, on s'arrête au diagnostic d'occlusion probablement calculeuse du canal cholédoque, et l'on intervient sur ces données. L'incision de Kehr est pratiquée : on trouve la vésicule et les voies biliaires extra-hépatiques tout à fait libres et normales; mais la tête du pancréas est épaissie, dure, bosselée, parsemée de noyaux et de nodules de volume et de consistance variables et de coloration jaune; la même « éruption » nodulaire se continue sur le corps de l'organe. Autour de la glande et sur l'épiploon et les viscères voisins, il n'y a aucune trace de pareils noyaux. On conclut à une affection gommeuse du pancréas, et l'on referme le ventre, sans plus. Des renseignements, qui manquaient avant l'opération, sont alors recueillis : on apprend que la malade a eu une ulcération génitale, quelque temps après le mariage, qu'elle a accouché prématurément d'un enfant mort, et l'on s'explique la nature de périostites costales symétriques, occupant les deuxième et troisième côtes, et très douloureuses. Un traitement spécifique intensif est institué : au bout d'une quinzaine de jours, l'ictère commence à s'atténuer, les douleurs disparaissent, et, après deux mois, la tumeur s'était résorbée, ne laissant à sa place qu'un épaississement assez vague et indolent.

C'est là un exemple à retenir. M. Trinkler insiste sur la localisation toute particulière, *médiane*, de la tumeur, et il ajoute que cette topographie spéciale, lorsqu'elle se combine à l'ictère et aux autres phénomènes de la lithiase, doit faire penser à une affection pancréatique; quant à la nature syphilitique de cette affec-

tion, la présence d'autres syphilides, périostiques, cutanées ou viscérales, est un excellent point de repère, qui manquerait assez rarement. Il faut reconnaître, enfin, que, dans ces cas douteux, la laparotomie est tout indiquée : elle permet, non seulement de faire le diagnostic, mais, dans les cas d'ictère chronique par compression et de lésions très étendues de la tête pancréatique, de pratiquer une cholécystentérostomie salutaire, le syphilome pancréatique ne cédant pas toujours au traitement aussi vite et aussi complètement que dans l'observation plus haut résumée. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.) — L.

Le cæcum mobile, par M. TH. HAUSMANN.

La mobilité du cæcum est généralement très limitée, cette portion du gros intestin ne possédant d'ordinaire qu'un méso fort court, qui même peut manquer complètement. Il résulte, toutefois, des constatations faites au cours des interventions chirurgicales ou sur des cadavres que, par la persistance d'un stade de développement antérieur, le côlon ascendant et le cæcum peuvent être munis d'un méso fortement développé et qui se continue directement avec le mésentère de l'intestin grêle : en d'autres termes, l'intestin grêle et le cæcum possèdent, en pareille occurrence, un mésentère commun. La grande mobilité du cæcum, créée par cet état de choses, constitue même une cause fréquente de la torsion de cette partie de l'intestin autour de son axe.

La disposition anatomique en question et la mobilité anormale du cæcum, à laquelle elle donne lieu, ne sont habituellement reconnues qu'à l'autopsie. Or, dans 8 cas, M. Hausmann a eu l'occasion de constater cliniquement, au cours du palper abdominal, l'existence d'un déplacement du cæcum, analogue au rein flottant et qu'il croit pouvoir désigner sous le nom de *cæcum mobile*.

Voici quels sont les traits caractéristiques de cette anomalie :

A la palpation, on trouve le cæcum soit à sa place normale — et alors on peut le déplacer jusqu'au niveau de l'ombilic, voire même jusqu'au rebord costal droit —, soit dans la moitié droite de l'abdomen, dans le voisinage de l'ombilic ou plus haut encore. Dans le premier cas, on ne saurait évidemment éprouver aucune difficulté pour reconnaître la nature de l'organe en question, mais, dans le second, lorsqu'on se trouve en présence d'un corps ovoïde fortement tendu et qui se laisse déplacer vers le bas, on peut croire avoir affaire à un rein mobile. C'est ainsi que l'auteur a observé une femme à laquelle un médecin avait prescrit le port d'une ceinture pour rein flottant, ceinture qui ne fit qu'aggraver les troubles morbides, puisque ceux-ci étaient dus, en réalité, à un déplacement du cæcum. C'est que par sa consistance, tout comme par la forme qu'il affecte, le cæcum mobile est parfaitement susceptible de simuler un rein flottant ; il est, toutefois, un signe qui permettra d'éviter facilement l'erreur : la palpation du cæcum provoque un bruit de gargouillement caractéristique pour le gros intestin.

Souvent, le palper minutieux met en évidence la continuité du cæcum avec le côlon ascendant, de sorte que la nature de l'organe déplacé ne saurait faire aucun doute. Il en est, du reste, de même lorsqu'on reconnaît, par la palpation, qu'une portion cylindrique de l'intestin se sépare de l'organe en litige pour se diriger vers le petit bassin. Enfin, la plupart du temps, il n'est pas difficile de se rendre compte de l'existence d'un vide au niveau de la fosse iliaque droite, quand le cæcum ne s'y trouve point.

Mais si la palpation est à même de fournir des renseignements suffisants pour que l'on puisse affirmer le diagnostic de cæcum mobile, il s'en faut, au contraire, que les symptômes auxquels donne lieu le déplacement de cette portion du gros intestin offrent quoi que ce soit de caractéristique. Les flexions fréquentes du côlon amènent naturellement la stagnation des matières fécales dans le cæcum, et les malades de M. Hausmann avaient de la paresse intestinale. Quelques-uns des patients en question avaient eu, dès le jeune âge, des accès de coliques plus ou moins fréquents, et chez un d'eux, une crise de ce genre se transforma en un véritable iléus, qui, après avoir duré sept jours, se dissipa spontanément. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 octobre 1904.) — L. CH.

Des phlébectasies de l'utérus gravide et de leur importance clinique, par M. D. J. HALBAN.

L'observation relatée dans le présent travail mérite d'être résumée, vu son caractère exceptionnel, et aussi en raison des complications qui y sont signalées.

Une femme de vingt-six ans, d'ordinaire bien portante, était devenue enceinte. Un mois et demi après la conception, elle fut prise de métrorrhagies qui, pendant les deux mois suivants, se répétèrent avec une abondance et une régularité variables, et qui, durant les derniers temps, s'accompagnèrent d'anémie de plus en plus prononcée et déterminèrent même une syncope. A ce moment l'utérus était mou, et son volume correspondait à une grossesse d'environ trois mois. En présence de ces accidents, on se décida à faire un curettage.

Au cours de l'opération, exécutée par un de ses assistants, M. Halban crut remarquer dans les débris ramenés par la curette des fragments qui rappelaient le tissu musculaire utérin. Introduisant alors le doigt dans l'utérus, il reconnut en effet l'existence d'une perforation complète siégeant sur la face postérieure de l'organe. Il s'empressa de faire une hystérectomie et la malade guérit.

L'examen de la pièce montra qu'outre la perforation précédente existaient deux autres déchirures du corps de l'utérus. De plus, notamment sur la paroi antérieure de cet organe, la couche musculaire présentait à la coupe une multitude d'orifices vasculaires fort larges, séparés seulement par de minces travées musculaires, de sorte qu'en ce point l'utérus avait absolument l'aspect et la consistance d'une éponge. Au microscope, on se rendit compte que ces orifices vasculaires appartenaient aux veines et aux capillaires extrêmement ectasiés.

On ne saurait dire si cette anomalie s'était développée sur une télangiectasie congénitale ou simplement sous l'influence hypertrophiante que la grossesse exerce sur le système vasculaire. Toujours est-il qu'elle fut la cause de l'atonie utérine et des hémorrhagies consécutives, ainsi que de la fragilité toute spéciale de l'organe. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, septembre 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Procédé de suture pour ruptures du périnée.

Partant de cette considération que si, dans les ruptures obstétricales du périnée, on pratique la suture immédiate, *avant la délivrance*, il est plus facile d'éviter l'infection de la plaie et d'assurer la cicatrisation par première intention, que l'orientation est plus aisée sur des tissus récemment déchirés, qu'enfin la suture immédiate diminue les risques d'agrandissement de la plaie au cours de l'issue de l'arrière-faix, M. le docteur H. Rose (de Hambourg) a adopté, pour les cas de ce genre, la ligne de conduite suivante :

Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, la parturiente étant mise dans le décubitus latéral, on place autant de fils de suture qu'il est nécessaire pour rapprocher d'une façon satisfaisante les deux lèvres de la plaie. Puis, on noue les fils les uns après les autres en procédant de la profondeur à la superficie. Mais au lieu de faire un nœud chirurgical, ainsi que cela se pratique habituellement en pareille occurrence, notre confrère se contente de faire un nœud simple. Les chefs des fils, laissés très longs, sont ensuite fixés de chaque côté sur la peau de la région fessière par une bande de tissu adhésif, qui sert en même temps à maintenir une mèche de gaze iodoformée recouvrant la plaie.

Ainsi disposés, les fils peuvent, lors de l'expulsion d'un placenta volumineux, céder autant qu'il est nécessaire sans sectionner les tissus.

La nature du fil importe peu : seul le fil d'argent paraît contre-indiqué, parce que, avec un pareil fil, les nœuds, même simples, ne sauraient se défaire spontanément.

Depuis qu'il a recours à ce procédé, M. Rose n'en a obtenu que d'excellents résultats dans les cas de ruptures *incomplètes* du périnée, les seules où il ait eu l'occasion de l'appliquer.

Traitement de l'érysipèle par la trinitrine à l'intérieur.

Au cours de recherches comparées qu'il a entreprises sur le traitement de l'érysipèle, un confrère américain, M. le docteur J. W. Wherry, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Clarinda, a obtenu d'excellents effets avec la trinitrine administrée à la dose de six dixièmes de milligramme toutes les trois ou quatre heures jusqu'à guérison définitive.

Dans les 4 cas où M. Wherry a eu recours à ce médicament — 3 concernaient des érysipèles de la face, 1 un érysipèle de la jambe —, l'action thérapeutique de la nitroglycérine s'est toujours manifestée très promptement, la défervescence étant complète le quatrième jour au plus tard après le début du traitement. L'amélioration de l'état local fut également très rapide : la dermite disparut à peu près en même temps que la fièvre. En outre, le pouls ne tarda pas à revenir à la normale, l'appétit se rétablit et la prostration du début fit place à un état général des plus satisfaisants.

Ajoutons que des applications locales d'un onguent à l'ichtyol et à l'oxyde de zinc, auxquelles M. Wherry a eu subsidiairement recours, n'ont eu, pour notre confrère, qu'une valeur thérapeutique tout à fait contingente et n'ont agi qu'en tant que lénitif local, sans exercer aucune action curative sur le processus morbide.

Le décubitus latéral gauche comme moyen épilepto-frénateur.

Il y a quelques mois, un médecin anglais, M. McConaghey (de Macclesfield), faisait connaître un procédé qui, d'après lui, permettait d'arrêter la crise d'épilepsie prise à son début, pendant la période clonique. Ce moyen consistait simplement à placer le malade sur le côté *gauche*. Peu de temps après, M. Crocq (de Bruxelles) déclara que le procédé en question avait parfaitement réussi dans tous les cas où il y avait eu recours (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 254).

De son côté, M. le docteur M. Lannois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon et médecin des hôpitaux de ladite ville, a traité par le décubitus latéral gauche 12 épileptiques hospitalisées à demeure dans son service et, par conséquent, bien connues au point de vue des caractères de leurs accès. Or, contrairement à ce qu'ont observé ses devanciers, notre confrère n'a obtenu que dans 4 cas une action favorable manifeste du décubitus gauche sur les attaques comitiales. Alors en effet que, dans ces 4 faits, les crises furent et moins longues et moins graves que d'ordinaire, aucune modification ne fut constatée chez les 8 autres malades.

Cela étant, il semble que la latéroposition gauche doive être considérée comme un moyen épilepto-frénateur quelquefois très efficace, mais infidèle dans la majorité des cas.

Utilité de la formolisation du catgut destiné à la stérilisation par une solution iodée.

Nous avons signalé naguère la substitution, proposée par M. Salkindsohn, de la teinture d'iode diluée à la solution iodo-iodurée préconisée par M. Claudius en vue de la stérilisation du catgut (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 32). Cette substitution a pour but de donner une plus grande résistance au fil soumis à l'iodisation. Or, d'après l'expérience d'un confrère américain, M. le docteur Willard J. Stone (de Toledo-en-Ohio), il serait possible d'obtenir ce résultat, tout en conservant le procédé primitif de M. Claudius, à condition de faire passer le catgut dans une solution de formol à 4 % avant de le mettre dans le bain iodo-ioduré. Cette immersion préliminaire dure de trente-six à quarante-huit heures, puis on fait dégorger le catgut dans l'eau courante pendant dix à douze heures et on le place dans le bain iodé, où il reste jusqu'au moment de l'usage.

Ajoutons que la formolisation, outre la plus grande résistance qu'elle confère au catgut, a également pour conséquence d'en retarder la résorption.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 26 novembre 1904.

Les variations de la pression osmotique des cellules hépatiques étudiées par la méthode pléthysmographique.

M. Heger. — Dans un mémoire relatif à ce sujet et qui a été soumis à notre analyse, M. Demoor (de Bruxelles) étudie l'influence de la pression osmotique du liquide circulant sur le volume du foie et cherche à déterminer la pression osmotique de la cellule hépatique. Ses expériences ont été poursuivies chez le chien, de la manière suivante :

Le foie est enlevé avec le diaphragme, après ligature de la veine cave (aussi près que possible du foie) et de l'artère hépatique, et introduction de canules dans la veine porte et dans la veine sus-hépatique. A travers l'organe suspendu dans un appareil pléthysmographique rempli de vaseline liquide, on pratique la circulation artificielle au moyen de solutions de chlorure de sodium dont le taux varie de 0.5 à 1.2 %. Ces solutions, contenues dans une série de flacons de Mariotte reliés directement à la veine porte, peuvent être facilement substituées l'une à l'autre et s'écoulent toujours avec la même pression. L'appareil pléthysmographique est en rapport avec une ampoule de Marey; les variations de volume du foie sont enregistrées sur un cylindre tournant.

L'auteur a constaté ainsi que les solutions chlorurées à 1, 1.1, 1.2 % déterminent la diminution du volume du foie; les solutions à 0.6, 0.7, 0.8 %, l'augmentation de ce volume. Ces variations volumétriques sont très rapides et peuvent être obtenues successivement un très grand nombre de fois : elles sont dues à des variations de la teneur des cellules en eau.

La pression osmotique des cellules hépatiques correspond à celle d'une solution de chlorure de sodium à 0.9 %.

Lors du passage d'une solution à 0.5 %, le liquide qui s'écoule devient rapidement opalescent (présence de glycogène); le gonflement du foie est brusque et considérable. Après de tels changements, le foie est encore capable de réagir normalement aux solutions faiblement hypo ou hypertoniques.

Chez les animaux ayant ingéré du sucre une heure et demie ou deux heures avant l'opération, la pression osmotique du foie est souvent exagérée; les solutions à 1 ou 1.1 % ne provoquent aucune diminution du volume de l'organe.

Contribution à la chirurgie de la base du cerveau.

M. Goris décrit une opération destinée à atteindre les abcès extraduraux d'origine sinusale au voisinage du chiasma des nerfs optiques.

Cette opération consiste à faire la résection temporaire de la narine du côté du sinus sphénoïdal malade, à enlever l'ethmoïde, et, en prenant la paroi interne du sinus sphénoïdal comme guide, à réséquer la paroi supéro-interne du trou optique; on arrive par cette brèche sous le chiasma.

Cette intervention a été pratiquée une fois par l'orateur pour un abcès qui fit irruption brusquement, le lendemain de l'opération, le long du drain introduit dans la brèche opératoire. Ce procédé pourrait être utilisé également pour l'enlèvement des projectiles siégeant au niveau du corps pituitaire.

M. Debaisieux présente les photographies d'un cas de *bec-de-lièvre médian.*

D[r] Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 26 novembre 1904.

Les suppurations du labyrinthe.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. Politzer** a attiré l'attention sur les dangers des suppurations du labyrinthe, qui se compliquent souvent de méningite et peuvent entraîner la mort. Les malades n'ont d'autre gêne qu'une otorrhée, tant que le pus peut s'écouler librement, et il n'y a pas de symptômes généraux; mais fréquemment la suppuration intéresse l'os ou bien le pus pénètre dans la cavité crânienne et donne lieu à une méningite, à un abcès cérébral ou à la thrombose des sinus.

La cause la plus fréquente des suppurations du labyrinthe est, d'après l'orateur, la tuberculose, puis la diphtérie scarlatineuse, la fièvre typhoïde, la syphilis et les divers états cachectisants. Le pus passe facilement de l'oreille moyenne dans le labyrinthe par les fenêtres ronde et ovale, par une effraction du canal semi-circulaire horizontal ou par la paroi érodée du promontoire. La carie aboutit enfin à l'élimination du limaçon ou de tout le labyrinthe, ou bien à la perforation dans le méat auditif interne et à la méningite.

Des 884 opérations radicales faites dans le service de M. Politzer au cours des quatre dernières années, 7.1 % ont eu une issue fatale; 14 fois on put faire l'autopsie : 8 fois la mort était due à une méningite, 3 fois à un abcès cérébral, 2 fois à une phlébite des sinus avec pyémie et une fois à une hémorrhagie cérébrale.

Le diagnostic des suppurations du labyrinthe doit être basé sur les symptômes et sur les résultats de l'examen fonctionnel. La présence des prétendus signes labyrinthiques : vertiges, vomissements, bruits subjectifs, nystagmus, n'a rien de pathognomonique, car quelques-uns de ces symptômes peuvent être produits par une irritation inflammatoire des méninges ou du cervelet. L'examen fonctionnel au moyen du diapason a plus de valeur : l'abréviation de la durée de perception du diapason ut² est le symptôme le plus important.

La suppuration labyrinthique peut guérir par néoformation de tissu conjonctif ou osseux, mais la perte totale de l'ouïe est inévitable. Le traitement consiste dans l'ablation partielle ou totale du labyrinthe par l'opération radicale. On s'est demandé s'il y avait encore lieu d'intervenir après apparition des symptômes méningés. Se basant sur son expérience, M. Politzer préconise l'opération même pour ces cas et cite plusieurs faits où la mise à nu de l'oreille moyenne a amené la disparition des symptômes méningitiques, suivie de guérison.

Traitement des affections articulaires par l'hyperémie passive.

Dans la séance du 24 novembre de la Société de médecine interne de Vienne, **M. A. Bum** a combattu l'opinion de M. Bier, qui attribue à l'hyperémie passive une action résorbante et résolvante, effets qui n'appartiennent qu'à l'hyperémie active (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 140).

Au point de vue de l'action bactéricide de la méthode de Bier, l'orateur estime qu'il s'agit d'une inflammation réactive. En outre, l'hyperémie passive augmente la vitalité de tous les tissus. L'effet le plus visible de l'hyperémie passive est l'action analgésiante, qu'on observe dans les arthrites blennorrhagiques, dans l'accès de goutte et parfois dans le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. Se basant sur des expériences qu'il a faites sur des animaux, l'orateur estime que l'hyperémie passive augmente le contenu articulaire et par suite la pression intra-articulaire; elle provoque ainsi une disjonction des extrémités articulaires et par conséquent une diminution des surfaces de contact.

Les indications de la stase veineuse sont les arthrites blennorrhagiques et goutteuses, le rhumatisme articulaire aigu et subaigu, tandis que le rhumatisme chronique n'en retire aucun bénéfice. Dans les arthrites traumatiques, la stase permet bientôt de mobiliser l'articulation lésée. De même, dans les cas de raideur articulaire, on peut, grâce à l'analgésie produite par la stase, imprimer à la jointure atteinte des mouvements passifs énergiques. Les articulations distales et médiales sont les plus propres à l'application de cette méthode; parmi les articulations proximales qui peuvent en bénéficier, M. Bum cite l'épaule; la hanche, au contraire, lui est inaccessible.

La durée de la stase est variable selon les cas. Dans les arthrites blennorrhagiques, le bandage compressif peut rester en place de huit à vingt-deux heures; dans l'accès aigu de goutte, dans le rhumatisme aigu et subaigu on ne doit pas le laisser plus de six à huit heures, de préférence pendant la nuit. Dans les cas graves de raideur articulaire, il faut maintenir le bandage en place de six à huit heures par jour; dans les cas légers, des séances quotidiennes de une à deux heures suffisent.

D[r] Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur un moyen très simple de régulation thermique dans la première enfance, par MM. V. Thévenet et E. Moreau.

Dans le présent mémoire, les auteurs relatent les tentatives thérapeutiques qu'ils ont faites en vue de traiter les gastro-entérites infectieuses aiguës du nourrisson par la réfrigération prolongée de l'abdomen, partie du corps qui, chez l'enfant, est relativement beaucoup plus développée que chez l'adulte et constitue un réservoir sanguin d'une capacité considérable.

Dans un premier essai, le petit malade fut mis dans une couveuse dont l'étage inférieur renfermait, au lieu des bouillottes d'eau chaude habituelles, des morceaux de glace, renouvelés au fur et à mesure qu'ils fondaient. Cette tentative donna des résultats peu satisfaisants, non seulement en raison de la circulation d'air qui était défectueuse, mais aussi parce que le refroidissement du milieu respiratoire était irrégulier et insuffisant, ou bien parce que la réfrigération, s'étendant à toute la surface du corps, était beaucoup trop brutale.

L'application d'une vessie de glace sur l'abdomen, bien que limitée dans ses effets au seul tube digestif, dut également être rejetée comme ayant une action trop énergique.

On eut alors l'idée de réaliser une circulation d'eau froide dans un tube de caoutchouc entoilé, long de 6 à 7 mètres, présentant un diamètre de 8 millimètres et enroulé en spirale autour de l'abdomen du petit malade. Avant d'appliquer ce serpentin réfrigérant, dont les tours de spire étaient fixés et maintenus par des fils métalliques, on avait soin de saupoudrer la région intéressée d'une poudre inerte et d'interposer de la gaze aseptique afin d'éviter toute infection cutanée. L'eau circulante était prise sur le courant de la ville et offrait une température de 18° à 20°.

Dans un tel appareil, le débit de l'eau, que l'on règle au moyen d'un robinet fixé à l'extrémité inférieure du tube, doit être surveillé de très près, surtout au début, parce que les nouveau-nés se refroidissent rapidement. Le plus souvent, on atteint, au bout de quelques heures, une position d'équilibre plus ou moins parfait et il est alors suffisant de prendre la température de l'enfant toutes les trois heures.

Chez 4 nourrissons âgés respectivement de quatre, de sept, de onze et de quatorze mois, qui ont été soumis à la réfrigération locale par le serpentin, cette méthode a paru agir à la fois sur les troubles intestinaux, sur la température centrale et sur l'état général.

En ce qui concerne les poussées aiguës d'entérite, la réfrigération a semblé avoir une action bienfaisante, manifeste tant à l'examen des selles qu'à la pesée.

La température est plus nettement influencée encore que ne le sont les troubles digestifs. Il est, en effet, possible d'abaisser la température du petit malade au degré voulu en prolongeant suffisamment le séjour dans l'appareil, puis de la maintenir dans des limites normales en réglant convenablement la température et la vitesse d'écoulement de l'eau. En cas de réfrigération excessive, un courant d'eau chaude ramènerait la température de l'enfant à la normale. Si la fièvre se prolonge, la réfrigération peut être répétée aussi souvent que le besoin s'en fait sentir.

Enfin, l'état général paraît également amélioré par la réfrigération abdominale. Ce n'est, toutefois, qu'après avoir employé celle-ci dans un nombre suffisant de cas, que l'on pourra

juger si ses effets sont durables : en effet des 4 nourrissons soumis par les auteurs du présent mémoire au traitement dont il s'agit, un seul — atteint, il est vrai, d'une forme particulièrement grave — a pu être sauvé. (*Lyon méd.*, 20 novembre 1904.) — F. M.

Déplacement spontané ou ptose de la glande lacrymale; opération; guérison, par M. Mazet.

Le déplacement spontané de la glande lacrymale constituant une affection des plus rares, il nous paraît intéressant de résumer le cas que M. Mazet a eu l'occasion d'observer et d'opérer.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, présentant depuis deux ou trois années, vers la partie externe de la paupière supérieure de l'œil droit, une petite saillie pédiculée, revêtue d'un repli cutané de la paupière, indolente et spontanément et à la pression. Lorsque la fente palpébrale est moyennement dilatée, la tumeur surplombe tant soit peu cette fente. Le sillon orbito-palpébral supérieur est effacé, et, à son niveau, la peau de la paupière est fortement tendue. A la palpation, la tumeur offre une consistance assez dure; de forme ovalaire, mobile sur les parties voisines, elle n'est pas adhérente au cartilage tarse. Il est facile de la réduire dans l'intérieur de l'orbite, mais on ne peut l'y maintenir que par l'application d'un doigt. Lorsque la tumeur fait saillie dans le diverticulum cutané de la paupière, on se rend aisément compte de la vacuité de la fossette lacrymale de l'orbite; d'où cette conclusion que l'organe ectopié n'est autre que la glande lacrymale même.

Au point de vue fonctionnel, il existe seulement un léger degré de larmoiement et quelque gêne dans les mouvements d'élévation de la paupière supérieure. C'est surtout la défiguration résultant de la présence de la tumeur qui amène la malade à réclamer des soins.

Il convient de noter d'ailleurs que si, à gauche, il n'y a pas de déplacement de la glande lacrymale, celle-ci présente néanmoins un léger degré de gonflement : elle n'est donc pas entièrement indemne.

La malade désirant être définitivement débarrassée de la lésion disgracieuse que causait la ptose de la glande lacrymale droite, l'auteur pratiqua, sous l'anesthésie locale, l'extirpation totale de l'organe hernié. Les suites de l'intervention furent des plus simples; la cicatrisation se fit rapidement et, à la longue, le repli cutané de la paupière se rétracta entièrement. (*Marseille méd.*, 1er novembre 1904.) — F. M.

Rétrécissement intrinsèque de l'intestin grêle consécutif à un étranglement herniaire, par MM. X. Delore et M. Jacod.

Les lésions intestinales consécutives à une hernie étranglée et déterminant des troubles assez prononcés sont relativement rares : MM. Delore et Jacod n'en ont relevé dans la littérature médicale qu'une trentaine d'observations; il n'est donc pas sans intérêt de résumer le cas qu'ils relatent.

Une femme âgée de soixante-seize ans avait depuis une quarantaine d'années une hernie crurale droite et, à plusieurs reprises, des accidents d'étranglement s'étaient produits; il y a sept ou huit ans, notamment, un premier taxis fut pratiqué et, deux ou trois ans plus tard, un autre médecin dut réduire de nouveau cette même hernie. Depuis lors, à part une constipation très prononcée, la patiente n'avait jamais eu de troubles intestinaux marqués, lorsqu'elle présenta assez brusquement tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë : vomissements, d'abord bilieux et alimentaires puis fécaloïdes, arrêt des matières et des gaz, température de 37°8, pouls à 100. L'état général était assez bon et la malade ne souffrait pas de sa hernie, qu'il n'était pas possible de sentir; la palpation abdominale ne révélait non plus aucune tumeur.

Une laparotomie sous-ombilicale fut pratiquée et montra qu'à 1 mètre environ au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal une anse grêle était soudée par sa face latérale à son mésentère. Il n'y avait pas diminution de calibre de l'intestin à ce niveau, mais, 20 centimètres plus loin, il existait un rétrécissement en anneau, très prononcé, de couleur blanchâtre, paraissant intéresser le péritoine et la paroi qui avait une consistance fibreuse.

On sépara d'abord l'anse grêle d'avec le mésentère, puis l'on pratiqua une entéro-anastomose excluant de 25 à 30 centimètres d'intestin. Les suites opératoires furent très bonnes et la malade guérit parfaitement.

Les auteurs concluent de ces constatations que les deux altérations que présentait l'intestin étaient le reliquat de crises antérieures d'étranglement. S'appuyant sur cette observation, ils émettent l'hypothèse qu'il serait fort possible que, consécutivement aux hernies étranglées, il existât presque toujours une lésion minime du péritoine, ne provoquant aucun trouble, tandis que, dans certains cas beaucoup plus rares, il se produirait un rétrécissement de l'intestin, extrinsèque si la lésion porte surtout sur le péritoine, pariétal au contraire si c'est la muqueuse qui est intéressée. (*Lyon méd.*, 6 novembre 1904.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Empoisonnement consécutif à l'emploi externe du sulfate de cuivre, par M. Spannbauer.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un soldat de vingt-trois ans, qui fut admis à l'hôpital pour des troubles excessivement graves, rappelant le choléra asiatique à la période d'asphyxie (dyspnée, cyanose des extrémités, du nez, des oreilles et des lèvres, pouls incomptable, vomissements répétés d'un liquide jaune verdâtre, crampes musculaires, anurie, etc.). Ayant toujours joui d'une bonne santé, cet homme était brusquement tombé malade dans le courant de la nuit précédente. L'affection avait débuté par une diarrhée profuse (huit à dix selles liquides); puis, on vit se déclarer des vomissements. Au dire des camarades de chambrée du patient, les matières vomies en premier lieu présentaient une coloration bleue. Cela étant, on soupçonna une intoxication par des sels de cuivre, mais l'enquête ne révéla d'abord rien qui fût susceptible de confirmer cette hypothèse : dans la caserne, on ne faisait point usage d'ustensiles en cuivre, et pendant les jours qui avaient précédé le début de la maladie, cet homme n'avait absorbé aucune nourriture ni boisson en dehors du régime commun à tous les soldats.

M. Spannbauer en était là de ses investigations, lorsque, en examinant la tête du malade — qui avait, à plusieurs reprises, été traité pour un eczéma squameux du cuir chevelu —, il constata la présence, sur toute l'étendue du cuir chevelu, de croûtes sèches à coloration bleue. En interrogeant le patient sur l'origine de ces croûtes, l'auteur apprit que, l'avant-veille de l'éclosion des accidents susmentionnés, cet homme, éprouvant de fortes démangeaisons à la tête, avait, sur le conseil d'un de ses camarades, frictionné son cuir chevelu avec une solution de sulfate du cuivre dans du lait. Ce point établi, on procéda immédiatement à un nettoyage soigné du cuir chevelu et à l'ablation des croûtes, en même temps que l'on prescrivait, comme traitement général, des injections sous-cutanées d'huile camphrée et d'éther, des lavements tièdes, des frictions énergiques des extrémités, etc. Sous l'influence de cette médication, on constata, au bout d'environ trois heures, une amélioration sensible; mais, le lendemain matin, le malade fut repris de vomissements avec cyanose et dyspnée; une injection salée et l'emploi des stimulants réussirent cependant à conjurer le danger. Dès lors le patient entra en convalescence et ne tarda pas à se remettre, non sans avoir d'abord présenté une albuminurie considérable.

L'intérêt de ce fait réside dans la disproportion entre la gravité des phénomènes d'intoxication et la dose minime de poison qui avait été absorbée : c'est à peine si le malade avait utilisé, pour la friction du cuir chevelu, 5 ou 6 grammes de sulfate de cuivre; or, la dose mortelle de cette substance *prise à l'intérieur* serait de 10 à 20 grammes (von Jaksch). D'autre part, il convient également de remarquer le début brusque des accidents (au bout de vingt-quatre heures) et leur aggravation rapide, ainsi que la disparition non moins rapide des phénomènes menaçants : généralement, les intoxications cupriques se distinguent, au contraire, par leur évolution relativement lente, puisque, dans les empoisonnements avec issue fatale, la mort ne survient guère avant le septième jour.

En outre, M. Spannbauer attire l'attention sur ce fait que, lors du séjour de son malade à l'hôpital, on put facilement déceler, dans les matières vomies, la présence de sels de cuivre. Cette constatation, tout comme l'ensemble du tableau symptomatique — correspondant à une gastro-entérite grave —, prouve que le sulfate de cuivre, absorbé par la voie cutanée, s'élimina surtout, sinon d'une manière exclusive, par la muqueuse du tube digestif, amenant une irritation excessive de cette muqueuse; les autres symptômes, faiblesse cardiaque et irritation rénale (anurie avec albuminurie consécutive), paraissent d'origine secondaire et seraient sous la dépendance de l'appauvrissement de l'organisme en liquide.

Le sulfate de cuivre semble donc n'exercer une action irritative spécifique que sur les éléments cellulaires de la muqueuse gastro-intestinale, tandis qu'il laisse les autres cellules de l'organisme complètement intactes ou seulement peu altérées. En faveur de cette manière de voir milite, entre autres circonstances, le laps de temps qui s'est écoulé, chez le malade de M. Spannbauer, entre l'absorption du poison et l'apparition des premiers phénomènes morbides, constitués par la diarrhée : celle-ci survint brusquement en pleine santé, et alors qu'une quantité notable de sel toxique avait déjà dû pénétrer dans le courant sanguin. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 octobre 1904.) — L. CH.

La mobilisation du duodénum d'après le procédé de Kocher appliquée à l'extraction des calculs de la portion rétro-duodénale du canal cholédoque, par M. E. Payr.

M. Kocher a démontré, en 1903, qu'en incisant le péritoine pariétal postérieur à quelque distance et sur toute la hauteur de la deuxième portion du duodénum, on pouvait, par cette brèche, décoller peu à peu, mobiliser et retourner le duodénum, et faciliter, de la sorte, la gastro-duodénostomie. La même manœuvre est appelée à rendre des services dans d'autres conditions, et il était tout naturel de l'appliquer aux interventions sur le cholédoque. MM. F. de Quervain et Kraske en ont relaté des exemples; M. E. Payr en publie un nouveau, et le commente, en montrant tout l'intérêt du procédé.

Voici ce fait, en résumé. Il s'agit d'une occlusion calculeuse chronique du canal cholédoque, chez un homme de soixante-huit ans. On pratique l'incision de Kehr, on décolle, non sans peine, des adhérences étendues, et l'on découvre une vésicule distendue, un canal cystique gros comme un crayon, et ne contenant, pas plus que l'hépatique et que la portion accessible du cholédoque, aucune concrétion; ce n'est qu'à la partie toute déclive du cholédoque, dans la région de la papille, que l'on parvient à sentir un calcul. L'auteur se met alors en devoir de mobiliser le duodénum, dans le but de pratiquer la cholédocotomie rétro-duodénale; ajoutons que le canal avait été préalablement ouvert dans sa portion libre, vidé de la bile et des graviers qu'il contenait, et que, par cette voie, on avait cherché, sans résultat, à mobiliser le calcul enclavé. On pratiqua donc sur le péritoine postérieur, à 1 centimètre en dehors du bord externe de la deuxième portion duodénale, une incision courbe de 12 à 15 centimètres de long; sans peine, on réussit, avec le doigt et des compresses, à décoller et à mobiliser le duodénum, et à le retourner, de droite à gauche, autour de son grand axe, de façon à mettre à découvert la tête du pancréas; l'auteur signale seulement la présence d'un plexus veineux très développé, qui saigna beaucoup et nécessita de nombreuses ligatures, en arrière de la moitié inférieure du duodénum descendant. Ceci fait, on reconnut aisément le calcul, et l'on s'apprêtait à inciser la paroi postérieure du cholédoque, lorsque, au cours d'une dernière tentative, la petite masse se détacha et se laissa refouler de bas en haut : on put alors l'extraire, avec une pince, par la brèche déjà pratiquée à la portion supra-duodénale du canal. L'opération fut, de la sorte, très simplifiée.

Quelle part devra être réservée à cette méthode, dans les opérations d'extraction des calculs « ampullaires » ou rétroduodénaux ? Il

est malaisé de le prévoir aujourd'hui. Lorsque pareille concrétion basse et inaccessible ne cède pas aux tentatives de désenclavement par manœuvres externes, c'est à la duodénotomie que l'on a le plus souvent recours; la cholédocotomie rétroduodénale a été aussi quelquefois pratiquée, avec une technique plus ou moins précise : grâce à la mobilisation préalable du duodénum, cette dernière intervention devient beaucoup plus simple et plus aisée. Il est, d'ailleurs, tout indiqué, avant d'ouvrir le canal en arrière, de reprendre les essais de désenclavement, qui, devenus plus directs et plus immédiats, ont aussi plus de chances de réussir, comme dans l'observation de M. Payr. On ne devra pas oublier, toutefois, que la mobilisation duodénale n'est pas toujours exécutable, par le fait d'adhérences anciennes et très étendues, ou de cette hémorrhagie dont nous parlions plus haut. Enfin, lorsqu'on applique la manœuvre de Kocher aux interventions cholédociennes, il est préférable, d'après M. Payr, d'inciser le péritoine à 1 centimètre seulement du bord externe de la portion duodénale descendante, et non à deux travers de doigt, comme l'indique M. Kocher, pour la gastro-duodénostomie; une fois le calcul enlevé et le cholédoque suturé, le duodénum est ramené, en effet, à sa place normale, et l'on réduit, de la sorte, les dimensions de la surface cruentée. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.) — L.

Un symptôme non encore signalé de la maladie de Basedow, par M. S. Jellinek.

Depuis quelques années, l'auteur a eu maintes fois l'occasion d'observer, chez des sujets atteints de goitre exophtalmique, un symptôme qui ne paraît pas avoir jusqu'à présent attiré l'attention des cliniciens et qui consiste en une pigmentation brunâtre des paupières. Diffuse et généralisée à toute l'étendue des téguments palpébraux, cette pigmentation est surtout accentuée au niveau de la paupière supérieure. Limitée en haut par les sourcils, elle s'arrête en bas au bord inférieur de l'orbite et n'intéresse nullement la conjonctive.

Le phénomène en question constitue, le plus souvent, un symptôme précoce de la maladie de Basedow; chez nombre de patients, la pigmentation s'atténue au cours de l'évolution ultérieure de l'affection, mais il est rare qu'elle fasse complètement défaut.

On sait, d'ailleurs, que des anomalies de la pigmentation des téguments cutanés ont été, à plusieurs reprises, signalées dans le goitre exophtalmique, et récemment encore M. von Schrötter a fait connaître un cas de maladie de Basedow remarquable par diverses particularités, entre autres par l'existence d'une pigmentation brune disséminée en larges plaques sur toute la surface du corps, ainsi que par des altérations du tissu cellulaire sous-cutané (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 315). Mais ce qui distingue le symptôme décrit par M. Jellinek, c'est la disposition régulière et strictement localisée de la pigmentation.

Sans vouloir se prononcer d'ores et déjà sur la pathogénie de ce phénomène et sur les rapports qui existeraient, suivant M. von Schrötter, entre la pigmentation des basedowiens et les anomalies de sécrétion de la glande thyroïde, l'auteur se borne à rappeler des recherches hématologiques sur le goitre exophtalmique, qu'il a faites en collaboration avec M. Rosin, et d'après lesquelles le pouvoir colorant du sang serait anormalement élevé chez les malades en question, bien que la teneur de ce liquide en fer soit diminuée. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 octobre 1904.) — L. CH.

Des annexites suppurées consécutives à la fièvre typhoïde, par M. E. Dirmoser.

A part un ou deux faits, où d'ailleurs la preuve bactériologique fit défaut, il semble que les annexites suppurées consécutives à la fièvre typhoïde soient presque inconnues. Il nous paraît donc intéressant de résumer l'observation relatée par M. Dirmoser, où la démonstration bactériologique fut à peu près complète.

Une jeune fille de vingt ans, vierge, fut prise de fièvre, de vomissements et de douleurs dans l'hypogastre, cinq mois après une fièvre typhoïde. Elle présentait en même temps une tumeur cordiforme placée à droite de l'utérus et s'élevant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Une laparotomie montra qu'il existait un gros pyosalpinx du côté droit, contenant un pus fétide et gris jaunâtre. A gauche on trouvait également un pyosalpinx avec abcès péritubaire. Il fallut donc exécuter une castration double que — pour assurer un meilleur drainage — l'on fit suivre d'une hystérectomie totale. De nombreuses adhérences intestinales avaient rendu l'opération assez difficile. Durant les premiers jours, il se produisit par le vagin une suppuration abondante; la guérison se fit pourtant sans encombres.

L'examen microscopique du pus fut négatif, mais ses cultures donnèrent des colonies nombreuses et absolument pures de bacilles rappelant, par la plupart de leurs caractères morphologiques ou biologiques, les bacilles du type éberthien ou colibacillaire. Aussi, bien qu'on ne puisse affirmer d'une façon formelle la spécificité de ces microorganismes, la triple constatation de leur existence exclusive, de leurs similitudes avec le groupe bacillaire en question et de leur développement aussitôt après une fièvre typhoïde, ne permet guère de douter qu'il se soit agi de bacilles typhiques plus ou moins modifiés par leur séjour prolongé dans l'organisme. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 octobre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Le parasite du paludisme en Colombie, par M. Montoya y Flórez.

A la place de l'hématozoaire de Laveran, qui ferait défaut dans le sang des paludéens de Colombie, il existerait, d'après M. Montoya y Flórez, un microorganisme spécial, doué d'une grande mobilité et affectant une forme discoïde. Cet organisme, que l'on rencontrerait également chez certains vertébrés habitant des régions impaludées, aurait été retrouvé par l'auteur dans 200 cas de paludisme aigu ou chronique.

Dans une préparation de sang examinée à un grossissement de 500 à 1,000 diamètres, le germe en question se présente sous la forme d'éléments très mobiles dont la taille varie depuis celle d'un microcoque jusqu'à celle d'un corpuscule de 4 μ et plus de diamètre. Les plus grands de ces éléments sont constitués par des disques dont le centre, clair, est un nucléole occupant lui-même le centre d'un noyau; à la périphérie, on voit une bande de protoplasma bordée d'une couronne de cils vibratiles. Les plus petits corpuscules n'apparaissent guère que comme des granulations réfringentes.

Souvent les éléments dont il s'agit se réunissent à huit ou plus autour d'une hématie, et, par suite de leurs mouvements propres, impriment au globule rouge une sorte de mouvement de balancement. Lorsque ces corpuscules s'accumulent à la périphérie des hématies, celles-ci prennent un aspect crénelé ou dentelé qui peut prêter à confusion avec les déformations habituelles lors de la dessiccation d'une préparation de sang. Parfois, les parasites forment des sortes de nids de 10 à 16 μ, zooglées qui, elles aussi, sont animées d'un mouvement constant d'oscillation.

Dans le paludisme chronique, on peut observer des formes mycélioïdes, constituées par une association de grains variables et doués de mouvements d'ondulation et de translation.

En général, les corpuscules les plus volumineux présentent les mouvements les plus lents; ceux-ci consistent en oscillation ou en contraction et dilatation alternatives de toute la masse sarcodique.

Les éléments en question ne sont pas annexés exclusivement à des hématies; ils s'associent indifféremment aux globules rouges ou blancs.

Quant à leur nombre, il est tellement considérable qu'il échappe à toute évaluation.

Sur des préparations de sang fixé et coloré, on distingue, dans certains cas atténués ou chroniques, des sortes de cocardes formées de trois anneaux concentriques qui prennent des colorations différentes. Le centre représentant le nucléole, ces trois bandes correspondent, de dedans en dehors, au noyau, au protoplasma et à la couronne ciliaire. Au cours de formes à évolution sévère (fièvres continues dites d'acclimatation, par exemple), il est très rare de trouver fût-ce un seul globule normal dans des préparations entières de sang.

A aucun moment de son évolution, le germe décrit par M. Montoya y Flórez ne renferme de granulations pigmentaires analogues à celles que l'on constate dans les corpuscules de Laveran.

Dans la pulpe splénique de sujets atteints de cachexie palustre, on reconnaît, immédiatement après splénectomie, un nombre considérable des parasites décrits par l'auteur, alors que, dans le sang périphérique, il en existe très peu.

Contrairement à l'hématozoaire de Laveran, qui ne cultive sur aucun des milieux usuels, l'organisme décrit par M. Montoya y Flórez se multiplie facilement et rapidement dans les milieux les plus divers. Il suffit de luter une goutte de sang entre lame et lamelle avec un peu de vaseline et d'examiner la préparation au bout de quelques jours pour constater que le nombre des parasites a augmenté dans des proportions considérables. De l'étude comparée des conditions de culture de cet organisme sur les différents milieux, il résulte qu'il est aérobie facultatif. *In vitro*, il perd rapidement sa virulence et sa vitalité, notamment en milieu solide; dans les liquides, ces propriétés se conservent plus longtemps dans la partie pulvérulente qui forme culot au fond du tube, vraisemblablement parce que le germe s'y trouve à l'abri de l'oxygène de l'air, qui est le principal facteur de son atténuation. Des passages successifs déterminent également une diminution manifeste de la virulence.

Au point de vue de la transmissibilité à l'homme, il convient de noter qu'une injection pratiquée dans les masses musculaires du bras, chez un sujet de quarante ans, indemne de paludisme, à l'aide d'une culture liquide vieille de vingt-deux jours, ne donna aucun résultat. Trois semaines après cette expérience, on fit ingérer au même individu, dans un verre d'eau sucrée, 5 c.c. d'une culture vieille de trente-quatre jours. Or, le lendemain, cet homme eut, vers le soir, un accès typique qui dura trois heures, et les cinq jours suivants, ces accès se répétèrent quotidiennement. L'examen du sang montra à ce moment la présence de nombreux parasites de taille variable et pour la plupart superposés aux hématies. Il semblerait donc que le paludisme pût se transmettre par ingestion. Peut-être les fruits acides, dont on fait dans les pays chauds une grande consommation et dans lesquels l'auteur croit avoir décelé les microorganismes paludiques, jouent-ils un certain rôle dans cette transmission.

Dans le sang du cordon ombilical des enfants nés de mères sujettes à des attaques paludéennes, ainsi que dans celui du placenta, M. Montoya y Flórez a trouvé de nombreux parasites, quelques-uns non moins volumineux que ceux des rates de malariens. Les enfants des paludéens naîtraient donc infectés.

Quant à l'action de la quinine sur les germes en question, elle paraît incontestable : chez un individu sujet à des accès quotidiens, il suffit d'une prise de 0 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine pour faire presque entièrement disparaître du sang les très nombreux parasites que l'on y avait pu constater auparavant. (*Anales de la Acad. de med. de Medellín*, juin 1904.) — F. M.

Expériences sur l'action antitoxique des larmes et considérations sur leur action bactéricide, par M. E. B. Demaria.

On parle souvent de l'action bactéricide ou antitoxique des larmes. Cependant, d'après les résultats du présent travail, ce rôle serait plus que douteux.

Dans une première série d'expériences, ayant porté sur 8 cobayes, M. Demaria injectait de 10 à 20 gouttes de larmes en même temps qu'une dose mortelle de toxine diphtérique. Les animaux succombèrent tous dans les mêmes délais que les témoins. Les larmes employées provenaient de malades chez lesquels on les avait recueillies avec une pipette; il est vrai qu'elles n'avaient pas été stérilisées, mais la mort des animaux n'était sûrement pas due à une infection provenant des germes pathogènes qui pouvaient se rencontrer accidentellement dans les larmes.

Dans une deuxième série de recherches, l'auteur injecta à deux médecins de bonne volonté, ainsi qu'à lui-même, une certaine dose d'anti-

toxine diphtérique et recueillit ensuite leurs larmes; or, ces larmes, injectées à la dose de 12 à 18 gouttes à des animaux inoculés d'autre part avec la toxine diphtérique, se montrèrent absolument inefficaces pour retarder ou empêcher la mort. Il s'ensuit que l'antitoxine ne traverse pas le filtre lacrymal. Les larmes recueillies chez un des sujets précités étaient également incapables d'agglutiner les bacilles diphtériques. Des expériences analogues aux précédentes, et faites avec des larmes artificielles, composées suivant la formule de Bach, furent tout aussi négatives.

Le rôle antitoxique des larmes, au moins en ce qui concerne la diphtérie, semble donc absolument nul. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Bouillon de légumes contre la gastro-entérite des nourrissons.

La diète hydrique, qui constitue le meilleur mode de traitement contre la gastro-entérite des nourrissons, ne saurait être impunément continuée au delà de trente-six à quarante-huit heures. C'est pourquoi, depuis quelques années, on a tendance à lui substituer un traitement basé sur l'administration de féculents, traitement qui, tout en assurant de bonnes conditions d'antisepsie intestinale, a, sur la suppression pure et simple des aliments, l'avantage de soutenir les forces du petit malade.

C'est ainsi qu'il y a six ans M. A. Keller a préconisé l'usage d'une bouillie de malt, dont tout récemment, M. A. Beauvy modifiait et améliorait la composition à la suite de recherches poursuivies dans le service de M. Sevestre à l'hôpital Bretonneau de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CXCVIII, et 1904, p. 184). Rendant compte des recherches de M. Beauvy dans sa thèse inaugurale, M. le docteur Demarque donnait également la composition d'un bouillon de légumes que M. le docteur H. Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a eu l'idée de substituer à l'eau simple dans le traitement de la gastro-entérite infantile, et notre confrère ajoutait que dans les 3 cas où il avait eu recours à ce bouillon, il avait assez rapidement vu cesser les accidents dyspeptiques, mais que néanmoins la bouillie maltée lui paraissait préférable en raison de sa plus grande valeur nutritive.

Le bouillon de légumes étant toutefois d'une grande simplicité de préparation et d'un goût assez agréable pour que l'administration aux enfants en soit assez facile, il nous semble utile de noter ici les résultats favorables que M. Méry a obtenus de l'emploi de ce bouillon, résultats dont M. le docteur P. Lesage rend compte aujourd'hui dans sa thèse inaugurale.

Pour préparer ce bouillon, on met 60 grammes de pommes de terre, 45 de carottes, 15 de navets, 6 de pois secs et 6 de haricots secs dans 1 litre d'eau froide et on fait bouillir pendant quatre heures dans une marmite en terre maintenue couverte. Après filtration, on ramène au volume primitif d'un litre par l'addition d'eau bouillie et l'on ajoute 5 grammes de sel. La décoction de couleur jaunâtre que l'on obtient ainsi est légèrement louche d'apparence; comme saveur, elle serait très agréable et volontiers prise par les enfants. Les bons effets qu'on peut en obtenir dépendent en grande partie de son état de fraîcheur. Aussi doit-on la préparer chaque jour, deux fois par jour même pendant les mois d'été.

Au cours des premiers essais entrepris par M. Méry avec le bouillon de légumes, notre confrère utilisait celui-ci pour préparer des bouillies de farine de riz, ce qui se faisait de la manière suivante : on commençait par diluer la farine de riz à froid dans un peu de bouillon de légumes en veillant à ce que le mélange demeurât bien homogène; puis on ajoutait graduellement du bouillon chaud et l'on faisait cuire pendant une quinzaine de minutes. Quant à la quantité de farine de riz à employer, elle variait suivant l'âge : pour les tout jeunes enfants, elle était d'une demi-cuillerée à café par biberon; au delà de six mois, la proportion était de 3.5 %.

Depuis le mois d'avril dernier, M. Méry donne fréquemment le bouillon de légumes sans addition de farine de riz pendant les deux ou trois premiers jours. Malgré cette suppression, la courbe du poids de l'enfant prend d'emblée une marche ascendante rapide. Lorsque les selles sont redevenues normales, on peut reprendre l'alimentation lactée, soit en coupant le lait avec des quantités décroissantes de bouillon, soit en faisant alterner les prises de lait additionné d'eau bouillie avec l'administration de bouillie de riz. Dans les derniers jours de la cure, on remplace le bouillon de légumes par de l'eau pure.

Le traitement que nous venons d'indiquer a été appliqué par M. Méry chez 32 enfants atteints de troubles gastro-intestinaux divers. L'âge de ces enfants a varié de dix jours à un an et demi : tous n'ont pas guéri, mais chez tous, quelque grave que fût la forme de l'affection, l'action du bouillon de légumes a paru des plus bienfaisantes. Elle se manifestait par une amélioration des selles, et surtout, dès le début, par une augmentation du poids; en outre, la température, lorsqu'il existait de la fièvre, revenait promptement à la normale.

L'opothérapie thyroïdienne contre la migraine ophtalmique.

Bien que le traitement de la migraine ophtalmique par les bromures à haute dose donne souvent des résultats très favorables, il est néanmoins certains cas absolument réfractaires à cette médication. C'est pour les faits de ce genre que M. Jacqueau, par exemple, préconisa jadis l'emploi de l'aconitine (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. CXCVIII). De son côté, un médecin italien, M. le docteur P. Consiglio (de Rome), a eu recours avec succès, dans un de ces cas rebelles, à l'opothérapie thyroïdienne.

Il s'agissait d'une femme âgée de quarante ans, sujette à des crises, d'ailleurs classiques, d'hémicrânie ophtalmique, qui avaient débuté en même temps que la fonction menstruelle : depuis lors, c'est-à-dire depuis vingt-cinq ans, les deux phénomènes présentaient un rigoureux parallélisme, le scotome scintillant revenant périodiquement tous les vingt-huit jours et précédant le flux menstruel de deux à quatre jours. Cette corrélation était même si constante et si intime que la migraine disparut pendant les trois grossesses qu'eut cette femme, ainsi que durant les premiers mois de l'allaitement, pour ne se manifester à nouveau qu'au moment de la réapparition des règles. Enfin les deux phénomènes demeurèrent également associés pendant une période de dysménorrhée au cours de laquelle la menstruation avait lieu tous les dix, quinze ou vingt jours.

Ayant alors institué l'opothérapie thyroïdienne, en vue de combattre les troubles menstruels, notre confrère constata que non seulement ce traitement mettait un terme à la dysménorrhée, mais, de plus, faisait disparaître les crises de migraine ophtalmique; ce résultat fut obtenu en deux mois. Les phénomènes d'hémicrânie ophtalmique ayant reparu par la suite, bien que sous une forme atténuée et raccourcie, M. Consiglio fit reprendre de l'extrait thyroïdien pendant les quinze jours qui suivaient la fin de chaque période menstruelle. Ce traitement, continué pendant quelques mois, fut ensuite définitivement suspendu; l'amélioration s'est maintenue depuis lors.

Les pulvérisations résorcinées contre le sycosis.

La résorcine, topique auquel on reconnaît généralement une efficacité réelle contre le sycosis, est toujours employée sous la forme de lotions, de pâtes, de pommades, de pansements. Or, de recherches poursuivies par M. le docteur G. Belgodère dans le service de M. le docteur Gaucher, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, recherches dont notre confrère rend compte dans sa thèse inaugurale, il résulte que les pulvérisations résorcinées constitueraient une méthode à la fois plus simple et d'action plus rapide que les modes habituels d'application de la résorcine.

Un pulvérisateur à vapeur quelconque, au besoin un simple appareil à soufflerie, sert à produire le jet de vapeur. Le liquide employé est une solution aqueuse de résorcine à 1 %. Le bec pulvérisateur est disposé à 50 ou 60 centimètres de la région malade, les séances étant quotidiennes et ayant une durée moyenne de dix à vingt minutes.

Le jet de vapeur chargé de résorcine traverse facilement les poils pour pénétrer jusqu'à la peau. Il est donc le plus souvent inutile, lorsqu'on a affaire à un sycosis de la barbe — ce qui est le cas le plus fréquent — de faire raser la région, à plus forte raison d'imposer l'épilation, du moins s'il s'agit d'une forme bénigne, récente, limitée, superficielle, sans infiltration accentuée. En outre, les téguments étant en quelque sorte imprégnés du fait de la force de pénétration du jet de vapeur, point n'est besoin de recouvrir les parties atteintes d'un pansement; ce n'est que dans des cas très sérieux qu'il devient nécessaire d'appliquer des compresses résorcinées pendant la nuit.

Quant à l'efficacité du mode de traitement en question, les résultats obtenus dans les 25 cas de sycosis relatés par M. Belgodère paraissent des plus satisfaisants : sous l'influence des pulvérisations résorcinées, la rougeur de la peau s'atténue rapidement, les masses inflammatoires s'affaissent et les tissus reprennent leur souplesse normale; la guérison complète a été obtenue en un laps de temps variant de deux à dix-sept semaines.

Traitement local de l'ozène par le pétrole.

D'après l'expérience d'un médecin italien, M. le docteur T. Bobone (de San-Remo), le pétrole, en raison de ses propriétés à la fois microbicides et stimulantes, serait susceptible de rendre d'excellents services dans le traitement local de l'ozène. Afin d'augmenter l'action excitante de ce topique, notre confrère lui ajoute 0 gr. 02 centigr. d'azotate de strychnine par 40 grammes; il s'efforce en outre de masquer l'odeur désagréable du pétrole par l'addition de 0 gr. 50 centigr. d'huile d'eucalyptus à odeur de citron. Voici la façon de procéder adoptée par M. Bobone :

Les fosses nasales étant désinfectées au moyen d'une irrigation antiseptique, on insensibilise la muqueuse à la cocaïne. A l'aide de tampons d'ouate hydrophile montés sur une sonde et imbibés du liquide ci-dessus indiqué, on badigeonne ensuite l'intérieur des fosses nasales, en ayant soin de frotter énergiquement et de pénétrer dans toutes les anfractuosités de ces cavités. Les applications en question, que l'on répète quotidiennement, peuvent, au bout de peu de jours, être pratiquées sans anesthésie préalable.

Dès le lendemain du premier badigeonnage, on constate une amélioration manifeste : les croûtes et la fétidité diminuent notablement. Peu à peu, la muqueuse se vascularise et se met à sécréter, indice de l'efficacité du traitement.

Suspension du tremblement de la sclérose en plaques sous l'influence de l'alcool à haute dose.

M. le docteur R. Pauly (de Lyon) a observé un fait qui, s'il ne permet guère de tirer une conclusion thérapeutique générale, mérite du moins d'être signalé en raison de sa singularité :

Un homme de cinquante-deux ans, présentant depuis l'âge de treize ou quatorze ans un tremblement qui, dans les dix dernières années, avait pris tous les caractères du tremblement de la sclérose en plaques, avait remarqué, depuis son service militaire, que ce trouble — gênant au point de l'empêcher d'exercer sa profession — disparaissait après ingestion de 5 à 6 litres d'un vin léger, titrant 5° à 6°, soit une dose d'alcool pur de 250 à 350 grammes. Quelques signes d'éthylisme ayant apparu, le malade, sur le conseil de notre confrère, cessa de prendre du vin en quantité aussi immodérée, mais, malgré l'usage de divers médicaments nervins — notamment de l'antipyrine à la dose quotidienne de 6 grammes —, le tremblement reparut aussitôt, et cet homme dut se remettre à boire pour pouvoir travailler.

Rapprochant ce fait de la cessation du tremblement alcoolique sous l'influence de l'alcool, M. Pauly est d'avis que c'est à l'action stupéfiante de ce liquide sur les centres nerveux qu'il convient d'attribuer la disparition du tremblement dans les cas de ce genre.

REVUE GÉNÉRALE

De l'éther ou du chloroforme, quel est, d'après les recherches expérimentales, le moins dangereux?

« Les médecins, dit Claude Bernard (1), croient souvent que les théories sont inutiles, sinon nuisibles, en thérapeutique. Aux yeux de certains d'entre eux, il suffirait de savoir empiriquement comment et à quelles doses on doit donner les médicaments, puis quels sont les résultats obtenus à la suite de chaque médication. On rassemble ainsi des observations qu'on additionne pour en tirer des moyennes relativement à l'action de chaque substance employée. Sans doute, la statistique médicale est loin d'être inutile; elle nous apprend ce qui arrive dans le plus grand nombre des cas. Mais la statistique la plus parfaite n'est pas encore de la science, c'est l'empirisme généralisé. Il faut atteindre la raison même des choses, c'est-à-dire les causes immédiates des phénomènes. »

Cette remarque de l'illustre physiologiste n'a rien perdu de son actualité au bout de trente années. Les discussions sur l'anesthésie chloroformique, qui ont eu lieu, il y a deux ans, à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie de Paris (2), en sont la preuve : elles ont eu un caractère purement clinique, les divers orateurs ayant presque complètement laissé de côté les résultats des recherches de laboratoire. L'expérience de longues années paraît cependant avoir suffisamment prouvé l'impuissance de l'observation clinique à nous faire pénétrer la nature intime des phénomènes de l'anesthésie, de sorte que, si nous voulons arriver à juger en connaissance de cause, dans le débat engagé entre les partisans de l'éther et ceux du chloroforme, nous sommes obligés de tenir compte des résultats de l'expérimentation.

I

L'étude du mécanisme de l'anesthésie a fait l'objet de plusieurs travaux récents. Jusqu'à une époque toute voisine, on s'était contenté d'administrer le chloroforme et d'en observer les effets, sans s'inquiéter de la nature des modifications intimes qu'il provoque et qui sont la cause de la paralysie du système nerveux central. Seuls, Claude Bernard et, plus tard, M. Raphael Dubois ont énoncé à ce sujet quelques considérations théoriques. Claude Bernard admettait une espèce de coagulation de la cellule nerveuse sous l'influence de l'anesthésique, telle qu'on peut l'observer directement sur la fibrille musculaire soumise à l'action des vapeurs de chloroforme. Cette coagulation, suffisante pour suspendre la fonction, n'entraînerait pas la mort de la cellule; celle-ci reviendrait à la vie dès que l'on cesse l'application de l'anesthésique et que l'excès de chloroforme est entraîné au dehors par le sang.

D'après M. R. Dubois (3), les anesthésiques provoquent une déshydratation du protoplasma cellulaire en se substituant moléculairement à l'eau qui est chassée des combinaisons qu'elle forme avec le protoplasma : si l'on soumet certaines plantes de la famille des crassulacées et du genre *Echeveria* à l'action des vapeurs de chloroforme ou d'éther, on voit sortir des gouttelettes comparables à celles de la rosée; au fur et à mesure que l'eau est chassée du tissu de la plante par la vapeur anesthésique, la feuille s'affaisse sur elle-même et s'incline, ainsi qu'il arrive après une nuit de gelée. Cette action déshydratante des vapeurs anesthésiques constitue pour M. R. Dubois la cause principale des effets que ces vapeurs produisent sur l'organisme vivant, et, d'après lui, tout agent susceptible de déterminer l'anesthésie agirait de la même manière.

(1) Claude Bernard. Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie, p. 101. Paris, 1875.

(2) Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 28, 43, 51, 59, 68, 69, 74, 75, 84, 92 et 114.

(3) R. Dubois. Recherches préliminaires sur le mode d'action de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 13 janv. 1883, p. 23.) — Expériences relatives à l'action de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 10 fév. 1883, p. 100.) — Note sur l'action des vapeurs de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 19 mai 1883, p. 376.) — De l'action des liquides neutres sur la substance organisée (suite). (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 17 mai 1884, p. 317.) — De la déshydratation des tissus par le chloroforme, l'éther et l'alcool. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 25 oct. 1884, p. 582.) — Contribution à l'étude de la physiologie générale des anesthésiques. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 24 oct. 1885, p. 625.)

Cette hypothèse a été combattue par M. Overton. Pour cet auteur, le liquide qui perle à la surface des plantes ne provient pas de la déshydratation du protoplasma, mais est dû à un suintement de liquide cellulaire à travers la membrane de la cellule, altérée par le chloroforme. L'action des vapeurs chloroformiques ne se bornerait donc pas, dans les expériences de M. R. Dubois, à une simple anesthésie; elle aboutirait à des altérations profondes, et même à la mort partielle des plantes sur lesquelles on expérimente.

La théorie de l'anesthésie à laquelle M. Hans Meyer (1) et M. Overton (2) sont arrivés, indépendamment l'un de l'autre, tire son origine d'observations déjà anciennes, concernant l'affinité du chloroforme pour les substances grasses et en particulier pour la lécithine et la cholestérine. Par suite de cette propriété, l'anesthésique s'accumule plus ou moins dans les cellules, suivant leur richesse en corps lipoïdes. Mais cette absorption de l'anesthésique par les corps lipoïdes de la cellule entraîne une perturbation de l'état d'agrégation cellulaire normal, qui retentit sur le fonctionnement cellulaire et produit la paralysie. M. H. Meyer a formulé sa théorie de l'anesthésie dans l'axiome suivant, dont il a fourni la preuve expérimentale : « Tous les corps chimiques indifférents, solubles dans les graisses et les corps lipoïdes, ont une action narcotique sur le protoplasma dès qu'ils se trouvent dans des conditions favorables pour diffuser dans la masse protoplasmatique. Cette action est d'autant plus forte que la cellule est plus riche en corps lipoïdes; elle se manifeste donc en première ligne sur la cellule nerveuse. » Mais la diffusibilité d'un anesthésique dans le protoplasma ne dépend pas seulement de sa solubilité dans les corps gras; elle tient encore à son degré de solubilité dans l'eau et les liquides organiques. Or, la tendance d'un corps à être absorbé par les composés lipoïdes cellulaires est d'autant plus grande que ce corps est moins soluble dans l'eau et plus soluble dans les corps gras : si l'on agite une quantité donnée d'un anesthésique avec un mélange à parties égales d'eau et d'huile, l'anesthésique se dissout dans les deux dissolvants suivant son affinité spéciale pour chacun d'eux. Le quotient de la dissolution dans l'huile par la dissolution dans l'eau est ce que M. Meyer et M. Overton appellent *coefficient de partage*. Si donc la théorie en question correspond à la réalité des faits, les propriétés anesthésiques des corps chimiques indifférents doivent être en raison de leur coefficient de partage.

Cette hypothèse a été vérifiée expérimentalement par M. Baum (3). Cet auteur a opéré sur des têtards et déterminé, pour toute une série d'anesthésiques en solution aqueuse, le minimum de concentration moléculaire capable de produire encore la narcose des animaux que l'on plonge dans cette solution. Il a, de cette façon, reconnu qu'un corps a une action narcotique d'autant plus forte que son coefficient de partage est plus élevé.

(1) H. Meyer. Zur Theorie der Alkoholnarkose. 1. Mitteilung : Welche Eigenschaft der Anesthetica bedingt ihre narkotische Wirkung? (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1899, XLII, 2-4, p. 109.)

(2) E. Overton. Studien über die Narkose, zugleich ein Beitrag zur allgemeinen Pharmakologie; p. 53. Iéna, 1901.

(3) F. Baum. Zur Theorie der Alkoholnarkose. 2. Mitteilung : Ein physikalisch-chemischer Beitrag zur Theorie der Narcotica. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1899, XLII, 2-4, p. 119.)

M. Meyer (1) a fourni une seconde preuve à l'appui de son hypothèse, en démontrant que la puissance narcotique varie avec la température, en raison des variations de solubilité dans l'eau. Tel corps, dont la solubilité dans l'eau augmente avec la température, perd en puissance narcotique; tel autre, par contre, plus soluble dans l'eau à froid qu'à chaud, agit mieux lorsque la température est plus élevée.

L'action narcotique ne doit donc pas être considérée, d'après M. Meyer et M. Overton, comme une propriété spécifique des anesthésiques; elle est uniquement le résultat des propriétés physico-chimiques de ces substances, et de leur affinité pour les corps lipoïdes de la substance nerveuse. Cela n'empêche évidemment pas chacun de ces anesthésiques d'exercer en particulier une action spéciale sur le protoplasma cellulaire, mais cette action est indépendante de l'anesthésie et doit être étudiée à part.

L'affinité spéciale du chloroforme pour la substance nerveuse avait déjà été constatée par M. Pohl (2) avant les travaux de M. Meyer et de M. Overton. Comparant la quantité de chloroforme contenue dans le sang à celle qui avait été absorbée par la substance nerveuse, il s'assura que celle-ci dépassait notablement celle-là. M. Frantz (3) a fait la même constatation pour l'éther : après éthérisation, la substance cérébrale contenait une proportion d'éther presque double de celle qui était contenue dans le sang; le foie, par contre, en renfermait à peine la moitié.

II

L'action des anesthésiques sur le cœur et sur la respiration a de tout temps constitué le champ principal des recherches expérimentales dont ces médicaments ont été l'objet. En effet, ces deux fonctions sont non seulement celles qui se prêtent le mieux à l'expérimentation, mais elles sont aussi les plus importantes au point de vue toxicologique. Toutefois, malgré la somme considérable de travail consacré à la recherche des causes de la mort par les anesthésiques, pendant nombre d'années les physiologistes n'ont pu se mettre d'accord sur ce point.

Nous ferons ici abstraction des cas de mort par action réflexe ou par syncope, désignés par M. Dastre (4) sous le nom de syncope primitive ou laryngo-réflexe et de syncope secondaire ou bulbaire. L'étude expérimentale de ces accidents offre de grandes difficultés : on ne peut les produire à volonté et leur apparition soudaine ne permet pas, la plupart du temps, d'en démêler le mécanisme intime.

Il n'en est pas de même de la mort en pleine résolution anesthésique, qu'on peut provoquer à volonté en observant la succession des troubles fonctionnels. La dernière des grandes commissions instituées pour l'étude de la mort par le chloroforme, connue sous le nom de commission d'Hyderabad, a posé comme principe que dans l'immense majorité des cas la mort par le chloroforme est due à un arrêt de la respiration, et que le cœur continue parfois à battre encore pendant plusieurs minutes

(1) H. Meyer. Zur Theorie der Alkoholnarkose. 3. Mitteilung : Der Einfluss wechselnder Temperatur auf Wirkungsstärke und Teilungscoefficient der Narcotica. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1901, XLVI, 5-6, p. 338.)

(2) J. Pohl. Ueber Aufnahme und Verteilung des Chloroforms im tierischen Organismus. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1891, XXVIII, 3-4, p. 239.)

(3) R. Frantz. Ueber das Verhalten des Aethers im tierischen Organismus. (*Thèse de Wurtzbourg*, 1895.)

(4) A. Dastre. Les anesthésiques; physiologie et applications chirurgicales, p. 89. Paris, 1890.

après l'arrêt des mouvements respiratoires. Selon Sir Lauder Brunton (1), l'arrêt primitif du cœur n'aurait été observé qu'après l'injection directe de chloroforme à dose massive dans la trachée; et cet accident ne serait pas à craindre avec la méthode ordinaire des inhalations, le réflexe laryngé ayant pour effet d'empêcher cette action massive du chloroforme. Les recherches de Laborde (2) et de M. François-Franck (3) ont conduit ces physiologistes à la même conclusion : la respiration s'arrête la première, le cœur ne cesse qu'ensuite de battre. Mais M. François-Franck n'admet pas, comme on le fait généralement, que l'arrêt du cœur soit une simple conséquence de la paralysie de la respiration : à son avis, c'est un accident indépendant, résultant de l'empoisonnement du myocarde par le sang chargé de chloroforme qui circule dans ses parois.

M. Cushny (4) a repris les expériences de la commission d'Hyderabad, en ayant soin de graduer la concentration des vapeurs chloroformiques. Lorsqu'on fait respirer aux animaux en expérience du chloroforme suffisamment dilué, l'arrêt de la respiration survient régulièrement avant celui du cœur, mais si on leur fait inhaler des vapeurs de chloroforme concentrées, on observe parfois que le cœur s'arrête en même temps que la respiration, ou même avant; dans d'autres cas, les oreillettes seules fonctionnent encore, tandis que les ventricules sont immobiles. M. Cushny a constaté, en somme, que sur 17 lapins intoxiqués avec des vapeurs concentrées, 12 avaient, au moment de l'arrêt de la respiration, un cœur incapable d'entretenir une circulation suffisante.

Ces résultats sont la confirmation des recherches de MM. Wood et Hare (5) qui, en opérant sur des chiens, ont observé tantôt l'arrêt primitif de la respiration, tantôt celui du cœur. M. Schmidt (6) est arrivé à la même conclusion : la cause de la mort dépend surtout, à son avis, de la durée et du nombre des séances d'anesthésie; une anesthésie unique se termine généralement par l'arrêt de la respiration, la paralysie du cœur survenant plutôt après des anesthésies répétées; dans les cas de ce genre, on observe, quelque temps avant la mort, de l'irrégularité des mouvements respiratoires.

M. Cushny a, de plus, fait une série d'expériences avec l'éther; ici encore, il a constaté, dans presque tous les cas, que l'arrêt du cœur survenait après celui de la respiration. Une seule fois, il y eut arrêt simultané des deux fonctions. En outre, l'éther est supporté plus longtemps et à plus forte concentration que le chloroforme.

Ces recherches suffisent pour montrer combien est dangereuse la règle énoncée par la commission d'Hyderabad, à savoir qu'il suffit, au cours de l'anesthésie chloroformique, d'observer la respiration et qu'on n'a pas à s'occuper du cœur. Comme le dit très bien M. François-Franck, « les modifications des mouvements respiratoires sont d'excellents avertisseurs, et, comme les accidents cardiaques marchent de pair avec les accidents respiratoires, il s'ensuit qu'au total, en surveillant ces derniers, on se tient prêt à conjurer les premiers »; mais, en aucun cas, on ne doit négliger d'observer soigneusement l'état du cœur.

III

Les observations de M. Cushny sont une confirmation du principe énoncé par Paul Bert, à savoir que, dans l'anesthésie chloroformique, ce n'est pas la quantité totale d'anesthésique administré qui importe, mais bien la concentration des vapeurs inhalées. La méthode des mélanges titrés, qui en fut la conséquence, avait pour but d'éviter la production des accidents toxiques résultant de l'inhalation de vapeurs trop concentrées (1). Avec un mélange de vapeurs à 4 %, les animaux en expérience restent sensibles pendant toute la durée de l'observation; à 8 %, on obtient l'insensibilité cutanée et cornéenne, mais lentement; à 10 %, l'insensibilité survient en quelques minutes, le sommeil est absolument calme et la mort arrive au bout de deux heures et demie; à 14 ou 15 %, la mort se produit en quarante minutes en moyenne. Pour ce qui est de l'éther, on obtient, en faisant respirer à un chien un mélange de 20 grammes d'anesthésique dans 100 litres d'air, une anesthésie peu profonde au bout d'une demi-heure, et l'animal meurt en deux heures vingt-cinq minutes; avec 30 grammes, l'anesthésie est complète en dix-huit minutes et la mort a lieu au bout d'une heure quarante-trois minutes.

L'importance de ces recherches explique les nombreux travaux qu'elles ont suscités et les différents appareils qui ont été construits pour l'étude de l'anesthésie par les mélanges titrés. Dans ces dernières années, MM. Dreser (2), Spenzer (3), Rosenfeld (4), Kionka (5), Witte (6), Honigmann (7) se sont encore occupés de la question. Nous ne pouvons entrer dans l'étude de tous ces travaux et devons nous contenter d'en résumer brièvement les résultats. Mais tout d'abord, ces divers observateurs ayant indiqué la concentration de leurs mélanges titrés en volumes, il est nécessaire de ramener à la même échelle les chiffres de Paul Bert, de façon à pouvoir les comparer; pour cela, il faut partir de la densité de vapeurs du chloroforme et de l'éther. Un litre de vapeurs de chloroforme pèse 5 gr. 354 milligr.; la dose anesthésique de P. Bert (10 grammes de chloroforme liquide sur 100 litres d'air) correspondrait donc à une concentration en volume de 1.87 %, et la dose mortelle de 20 grammes à une concentration de 3.74 %.

Or, les recherches ultérieures ont démontré l'existence de différences individuelles très considérables, de telle sorte que la concentration la plus faible produisant encore l'anesthésie a varié, suivant les séries d'expériences, entre 0.5 et 2.6 %. On a observé les mêmes différences pour la dose toxique : certains animaux sont tués par des doses qui chez d'autres suffisent à peine à produire l'anesthésie. Il en est de même pour l'éther : P. Bert considérait une concentration de 6.03 % (en volume) comme normale; les autres observateurs se sont arrêtés à des chiffres variant entre 2.1 et 9.7 %. Dans ces conditions, il est impossible d'indiquer des valeurs fixes pour la dose maniable, applicable à tous les cas dans la pratique; aussi, malgré les avantages de la méthode des mélanges titrés, y a-t-il peu de chance de voir se généraliser son emploi dans la pratique chirurgicale, la concentration la plus favorable devant être essayée empiriquement pour chaque sujet.

Si l'on compare entre elles les observations faites avec l'éther et avec le chloroforme, on constate que la « zone anesthésique » de l'éther est beaucoup plus étendue que celle du chloroforme, c'est-à-dire qu'on peut dépasser notablement la concentration nécessaire à la production de l'anesthésie sans avoir d'accidents à craindre. L'éther permet, en outre, une anesthésie prolongée et continue, qui serait impossible avec le chloroforme : si l'on emploie ce dernier, on est obligé de faire une anesthésie intermittente, sans quoi l'animal meurt rapidement. Une fois l'anesthésie par l'éther obtenue, on peut l'entretenir avec une concentration de vapeurs beaucoup plus faible. Enfin l'action du chloroforme sur le cœur et la respiration est notablement plus intense que celle de l'éther. C'est d'ailleurs là un point sur lequel nous aurons à revenir tout à l'heure.

La commission d'Hyderabad avait prétendu que l'anesthésie par l'éther n'est possible que si elle est accompagnée d'un certain degré d'asphyxie. Les recherches de M. Dreser ont démontré la fausseté de cette allégation. Cet auteur a analysé le contenu du masque de Juillard au cours d'une anesthésie et constaté que, même lorsque le masque est enveloppé d'un linge, la proportion d'oxygène ne descend pas au-dessous de 16.6 %, l'acide carbonique variant entre 1.2 et 1.7 %; la proportion d'éther est elle-même remarquablement faible : elle oscille entre 1.2 et 4.7 %.

IV

En raison de l'importance pratique que présente la connaissance de l'action des anesthésiques sur les organes de la circulation et de la respiration, il est nécessaire d'être fixé aussi exactement que possible à cet égard. Ces dernières années ont vu paraître toute une série de travaux qui ont notablement contribué à préciser nos connaissances sur ce point.

Les expérimentateurs cités plus haut — MM. Rosenfeld, Kionka, Witte, Honigmann — ont mesuré la pression sanguine dans leurs recherches sur l'action des mélanges titrés de chloroforme ou d'éther et constaté que le chloroforme abaisse régulièrement et considérablement la pression sanguine. Les inhalations d'éther ont un effet beaucoup moins marqué : en pleine anesthésie, la pression peut être normale ou à peu près et se maintenir telle pendant toute la durée de l'expérience; ce n'est que dans les cas où celle-ci est prolongée pendant longtemps, et avec un mélange à titre élevé, qu'on observe, quelques instants avant la mort de l'animal, une chute rapide de la pression.

(1) Sir T. Lauder Brunton. An address on the experiments on anæsthetics conducted at Hyderabad. (*Brit. Med. Journ.*, 15 fév. 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 31.) — Some considerations on the chloroform question, suggested by the reports of the Hyderabad and *The Lancet* commissions. (*Lancet*, 6, 13 et 20 juillet 1895.)

(2) J.-V. Laborde. Sur l'action physiologique des anesthésiques. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 mai, 10 et 17 juin 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 190, 207 et 214.)

(3) François-Franck. Etude des principaux accidents de la chloroformisation. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 juin et 1er juillet 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 222 et 230.)

(4) A. Cushny. Ueber Chloroform- und Aethernarkose. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1891, XXVIII, p. 365.)

(5) H. C. Wood et H. A. Hare. The cause of death from chloroform. (*Med. News*, 22 fév. 1890.)

(6) S. Schmidt. Ueber Veränderungen der Herzganglien durch Chloroformnarkose. (*Zeitsch. f. Biol.*, 1899, XXXVII, p. 143.)

(1) Paul Bert. Sur la mort par l'action des mélanges d'air et de vapeurs de chloroforme. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 7 avril 1883, p. 241.) — Méthode d'anesthésie prolongée par des mélanges dosés d'air et de vapeur de chloroforme. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 16 juin 1883, p. 409.) — Sur l'anesthésie par l'éther. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 4 août 1883, p. 522.) — Application à l'homme de la méthode d'anesthésie chloroformique par les mélanges titrés. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 22 déc. 1883, p. 665, et 5 janv. 1884, p. 7.) — Sur une autre méthode d'anesthésie chloroformique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 5 janv. 1884, p. 9.) — Sur les mélanges titrés d'éther et d'air. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 1er mars 1884, p. 120.) — Observations à propos de la communication de M. Aubeau, relative aux mélanges titrés de chloroforme et d'air. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 28 juin 1884, p. 422.) — Etude analytique de l'anesthésie, par les mélanges titrés de chloroforme et d'air. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 4 juillet 1885, p. 442.)

(2) H. Dreser. Ueber die Zusammensetzung des bei der Aethernarkose geatmeten Luftgemenges. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1893, X, 2, p. 412.)

(3) J. Spenzer. Ueber den Grad der Aethernarkose im Verhältniss zur Menge des eingeatmeten Aetherdampfes. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1894, XXXIII, 6, p. 407.)

(4) M. Rosenfeld. Ueber die Chloroformnarkose bei bestimmtem Gehalt der Inspirationsluft an Chloroformdämpfen. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1895, XXXVII, 1, p. 52.)

(5) H. Kionka. Ueber Chloroform- und Aethernarkose; eine Experimental-Untersuchung. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, L, 2, p. 339.)

(6) F. Witte. Vergleichende Versuche über den Einfluss des Chloroforms und Aethers auf den Blutkreislauf bei Anwendung dosierter Gemische. (*Thèse de Gœttingue*, 1898.)

(7) F. Honigmann. Ueber Mischnarkosen; eine Experimental-Untersuchung. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1899, LVIII, 3, p. 730.)

M. Holz (1) a fait sur l'homme, à l'aide du tachographe de von Kries, des expériences comparatives sur l'action du chloroforme et de l'éther. Il a remarqué que, sous l'influence du chloroforme, les oscillations de la flamme tachographique diminuent sensiblement, tandis qu'elles augmentent dans l'anesthésie par l'éther; les variations périodiques de la vitesse des ondes sanguines dans le tube artériel sont donc, avec l'éther, plus fortes qu'à l'état normal, au lieu qu'elles sont plus faibles avec le chloroforme, ce qui indique que la pression moyenne dans le tube artériel et l'énergie des contractions ventriculaires ne sont pas altérées par l'éther.

M. Blauel (2), de son côté, s'est servi du tonomètre de Gärtner pour mesurer la pression sanguine chez l'homme au cours de l'anesthésie par l'éther et par le chloroforme. Sur 100 cas d'anesthésie par l'éther, il n'a constaté que 12 fois une diminution sensible de la pression; 42 fois il a observé une notable hypertension artérielle; enfin, dans le reste des cas, la pression s'est maintenue au niveau moyen ou un peu au-dessus. Cet auteur n'a jamais eu à enregistrer de chute subite de la pression. Dans l'anesthésie par le chloroforme, au contraire, il a généralement noté de l'hypotension : sur un total de 37 cas, 4 fois seulement la pression s'élevait au-dessus de la moyenne. La courbe de pression est très irrégulière; on constate fréquemment, en particulier à chaque nouvelle dose de chloroforme, des chutes brusques qui peuvent à première vue faire craindre une syncope.

Il était intéressant de rechercher quelle est l'action des anesthésiques sur les différentes parties de l'appareil circulatoire, pour se rendre compte du mécanisme des troubles observés.

M. Osthelder (3) a étudié l'action du chloroforme et de l'éther sur le cœur de la grenouille, isolé et irrigué artificiellement. Il a constaté que le chloroforme a pour effet de réduire sensiblement le volume de sang propulsé par le ventricule dans un temps donné, et cela en raison directe de la concentration du chloroforme, tandis que l'action du cœur est beaucoup moins altérée lorsqu'on l'irrigue avec du sang chargé d'éther.

M. Bock (4) a opéré sur le cœur isolé du lapin, d'après la méthode qui porte son nom. Dans ce procédé, la totalité du sang chassé du ventricule gauche traverse un système de tubes de verre à résistance constante; de là, il passe dans la jugulaire et l'oreillette droite, d'où il arrive au ventricule droit qui, à son tour, le chasse dans les poumons et l'oreillette gauche. Si l'on fait respirer des vapeurs de chloroforme à un animal préparé de la sorte, on constate immédiatement une chute de la pression, qui atteint, suivant les cas, de 50 à 70 % du chiffre initial. En même temps, on observe aussi une diminution notable de la fréquence du pouls. Les inhalations d'éther, par contre, n'ont jamais fait fléchir la pression d'une manière appréciable, et la fréquence du pouls n'est pas modifiée. On peut conclure de ces recherches que le chloroforme agit directement sur le myocarde et que l'abaissement de la pression doit être attribué, en grande partie du moins, à une diminution de l'énergie cardiaque.

Le rôle des vaisseaux dans les modifications de la pression sanguine au cours de l'anesthésie par l'éther et le chloroforme a été étudié par MM. Duplay et Hallion (1). Ces auteurs ont expérimenté sur des chiens trachéotomisés, chez lesquels on faisait parvenir directement dans la trachée l'air chargé de vapeurs anesthésiques. Dans l'anesthésie par le chloroforme, on observe parfois une augmentation initiale de la pression; cette augmentation, passagère et de peu d'importance, est suivie d'un abaissement continu et progressif. L'état de la pression n'est pas en rapport immédiat avec les variations de la sensibilité, car le réflexe cornéen peut encore subsister alors que la pression artérielle a déjà fortement fléchi et, par contre, rester aboli quoique la pression artérielle se soit relevée. Il n'existe pas non plus de parallélisme entre l'intensité de l'anesthésie et la fréquence du pouls ou des mouvements respiratoires. L'éthérisation produit une période initiale d'hypertension; la pression regagne ensuite son niveau primitif et s'y maintient avec de légères fluctuations jusqu'au moment où elle fléchit pour tomber rapidement au voisinage de zéro. Le pouls et la respiration sont d'abord accélérés, puis ralentis; le rythme demeure toutefois plus rapide qu'avant l'éthérisation.

Pour se rendre compte de l'état des vaisseaux au cours de l'anesthésie, MM. Duplay et Hallion se sont servis de la méthode volumétrique. Le volume d'un organe est subordonné à la quantité de sang qu'il contient; on peut donc conclure des variations de volume fournies par le pléthysmographe aux variations circulatoires. Avec l'élévation initiale de la pression artérielle, on observe une diminution de volume de certains organes (reins, rate, etc.) : il y a donc vasoconstriction. Ensuite la pression baisse et, parallèlement, le volume des organes diminue aussi, d'où l'on peut conclure que la chute de pression est d'origine cardiaque. Mais cette diminution n'est pas générale; c'est ainsi qu'on observe de la vasodilatation dans les fosses nasales et quelquefois aussi dans les pattes. Au cours de l'éthérisation, on constate les mêmes réactions vasomotrices : toutefois, elles sont en général plus intenses et plus durables.

La commission d'Hyderabad avait admis que la chute de pression est due à une paralysie des centres vasomoteurs. MM. Gaskell et Shore (2) ont cherché à trancher la question en procédant de la façon suivante : ils ont croisé la circulation de deux animaux, de manière à irriguer le cerveau de l'un avec le sang de l'autre. La chloroformisation du premier ayant pour effet de faire baisser progressivement la pression artérielle du second, les auteurs en concluent que ce phénomène est dû à un affaiblissement de l'énergie du myocarde, et non à une paralysie des centres vasomoteurs. Ce dernier point, à la vérité, demande à être encore approfondi : quoi qu'il en soit, il reste acquis que le chloroforme a une action débilitante sur le cœur.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement de troubles fonctionnels qu'il doit être ici question, mais bien aussi d'altérations organiques.

Les recherches de M. Schmidt (3) peuvent être considérées comme un premier pas dans l'étude des lésions cardiaques causées par les anesthésiques. Cet auteur a constaté, à la suite de chloroformisations profondes et répétées, des altérations des cellules ganglionnaires du cœur, qui se ratatinent et se vacuolisent, tandis qu'après une série d'éthérisations on n'observe que des altérations insignifiantes des mêmes cellules. Ces observations n'ont été que partiellement confirmées par M. Lengemann (1), lequel, toutefois, n'a pas pratiqué d'anesthésies prolongées.

M. Waller (2), enfin, a étudié l'action des vapeurs d'éther et de chloroforme sur un nerf isolé. Si l'on soumet un nerf à l'action de vapeurs chloroformiques pures, ce nerf devient insensible aux excitations électriques et meurt définitivement. Les vapeurs concentrées d'éther paralysent aussi le nerf, mais celui-ci recouvre ses fonctions dès qu'on le soustrait à l'action de l'anesthésique. Un mélange d'air et de chloroforme à la concentration de 1 % ne diminue que très légèrement l'excitabilité du nerf; l'effet est notablement plus marqué avec un mélange à 2 %; enfin, avec un mélange à 3 %, on observe une perte momentanée de l'excitabilité. Ce même résultat n'est atteint, en ce qui concerne l'éther, qu'avec un mélange à 20 %, d'où M. Waller conclut que le chloroforme est sept fois plus actif que l'éther.

V

Les recherches de M. Nothnagel et de M. Ungar, sur les lésions cellulaires provoquées par des injections ou par des inhalations prolongées de chloroforme, ont été le point de départ de toute une série de travaux destinés à faire la lumière sur les cas de mort survenant après le réveil de l'anesthésie chloroformique, sans qu'il soit possible d'incriminer d'autre cause que l'anesthésie. Ayant repris les observations de M. Ungar, M. Strassmann (3) a constaté, comme cet auteur, que les animaux chloroformés pendant longtemps périssent souvent plusieurs heures après le réveil; l'examen histologique révèle alors de la dégénérescence graisseuse de différents organes, en particulier du myocarde.

Ces recherches ont été répétées sur une grande échelle par M. Ostertag (4), qui a expérimenté sur des lapins, des cobayes, des rats, des pigeons, des chats et des chiens. A l'exception des rats et des pigeons, il a noté chez tous les animaux de la dégénérescence graisseuse à la suite de chloroformisations prolongées, mais c'est chez les chats et les chiens qu'il a observé les lésions les plus caractéristiques. Les plus constantes et les plus importantes étaient la dégénérescence graisseuse du myocarde et une forte infiltration du parenchyme hépatique; il existait, en outre, de la dégénérescence des épithéliums du rein, de la muqueuse gastrique et des muscles du squelette.

MM. Fränkel (5), Ambrosius (6), Schellmann (7), Zöge von Manteuffel (8), ont relaté toute une série d'observations de soi-disant morts tardives par le chloroforme, où l'autopsie a fait voir des altérations analogues à ces lésions expérimentales. M. Bandler (9) a même relaté un cas d'ictère grave mortel, survenu à

(1) H. Holz. Ueber das Verhalten der Pulswelle in der Aether- und Chloroformnarcose, nach Untersuchungen am Menschen mittelst der J. von Kries'schen Methode. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1890, VII, 1, p. 43.)

(2) C. Blauel. Das Verhalten des Blutdrucks beim Menschen während der Aether- und der Chloroform-Narkose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1901, XXXI, 2, p. 271.)

(3) A. Osthelder. Ueber die Verschiedenheit der Einwirkung des Chloroforms und des Aethers auf die Herzthätigkeit. (*Thèse de Wurtzbourg*, 1896.)

(4) J. Bock. Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gifte auf das isolirte Säugetierherz. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1898, XLI, 2-3, p. 158.)

(1) S. Duplay et L. Hallion. Recherches sur la pression artérielle dans l'anesthésie par le chloroforme et par l'éther. (*Arch. gén. de méd.*, août 1900, p. 128.)

(2) W. H. Gaskell et L. E. Shore. A report on the physiological action of chloroform, with a criticism of the Second Hyderabad Chloroform Commission. (*Brit. Med. Journ.*, 21 et 28 janv. et 4 fév. 1893, p. 105, 164 et 222.)

(3) Schmidt. (*Loc. cit.*)

(1) P. Lengemann. Sind die schädlichen Nachwirkungen des Chloroforms von der Technik der Narkose abhängig? (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXVII, 3, p. 805.)

(2) A. D. Waller. The action of anæsthetics upon nerve : ether and chloroform. (*Brit. Med. Journ.*, 20 nov. 1897, p. 1469.)

(3) F. Strassmann. Die tödliche Nachwirkung des Chloroforms. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1889, CXV, 1, p. 1.)

(4) R. Ostertag. Die tödliche Nachwirkung des Chloroforms; experimentelle Untersuchungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1889, CXVIII, 2, p. 250.)

(5) E. Fränkel. Ueber anatomische Veränderungen durch Chloroformnachwirkung beim Menschen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1892, CXXVII, 3, p. 381.)

(6) W. Ambrosius. Ein Fall von spät eingetretenem Tod nach Chloroforminhalationen, nebst Bemerkungen zur Fragmentatio myocardii. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1895, CXXXVIII, fasc. suppl., p. 193.)

(7) Cité par Ambrosius.

(8) W. Zöge von Manteuffel. Die « üblen Zufälle » bei und nach Chloroform- und Aethernarkosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mars 1896, p. 265.)

(9) V. Bandler. Ueber den Einfluss der Chloroform- und Aethernarkose auf die Leber. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1896, I, 3, p. 303.)

la suite d'une anesthésie chloroformique chez un alcoolique, et, se basant sur cette observation, ainsi que sur 2 autres cas (Stocker et von Erlach), il cherche à établir un rapport de cause à effet entre le chloroforme et l'ictère grave. Sans nier la possibilité, chez l'homme, d'accidents analogues à ceux que l'on a provoqués artificiellement chez les animaux, on doit reconnaître que les observations publiées jusqu'à présent ne résistent pas à une critique sévère.

D'un autre côté, nous possédons de nombreux indices d'altérations pathologiques de divers organes, produites chez l'homme par la chloroformisation. Les plus fréquentes et les plus connues sont les symptômes d'irritation rénale se traduisant par de l'albuminurie, de la cylindrurie et une desquamation des cellules épithéliales des reins. Sur 93 cas, M. Rindskopf (1) a constaté 31 fois des altérations de l'urine et M. Eisendrath (2) 23 fois de l'albuminurie sur un total de 70 chloroformisations; dans 15 cas, il a de plus noté la présence de cylindres, en l'absence de toute albuminurie. L'éther agit de la même façon sur le rein; on observe aussi, après l'éthérisation, de l'albuminurie et de la cylindrurie; moins fréquemment, toutefois, qu'après l'administration du chloroforme.

En outre, la chloroformisation est assez souvent suivie d'un léger ictère avec apparition d'acides biliaires dans l'urine, ce que l'on peut attribuer à une altération des érythrocytes par le chloroforme. Enfin, MM. Kast et Mester (3) ont signalé une altération des échanges organiques, caractérisée par une hyperacidité de l'urine, ainsi que par une augmentation des chlorures et du soufre non oxydé, modifications qui persistent pendant plusieurs jours. On observe une altération analogue dans l'intoxication par le phosphore. M. Strassmann (4) avait déjà reconnu que l'azote de l'urine augmente d'environ 20 % à la suite d'une chloroformisation prolongée; cette augmentation persiste pendant deux jours, pour disparaître ensuite. L'éther a une action beaucoup moins marquée sur les échanges : M. Leppmann (5) a bien enregistré une augmentation de l'azote urinaire après une éthérisation de plusieurs heures, mais notablement moins forte et moins persistante qu'après la chloroformisation. Il a aussi constaté une légère augmentation du soufre non oxydé de l'urine, insignifiante, d'ailleurs, en comparaison de celle qui a été notée après la chloroformisation par MM. Kast et Mester.

En ce qui concerne l'action de l'éther sur les tissus, M. Selbach (6) a répété avec cet anesthésique les expériences que M. Strassmann et M. Ostertag ont faites avec le chloroforme. Il a éthérisé des chiens, des chats, des lapins pendant plusieurs heures par jour, et cela plusieurs jours de suite. Aucun des animaux en expérience, à l'exception d'un chat éthérisé trois jours consécutifs pendant trois heures, n'est mort des suites de l'anesthésie, contrairement à ce qui a fréquemment lieu avec le chloroforme. Ce chat présentait aussi à l'autopsie de la dégénérescence graisseuse du myocarde et de l'infiltration graisseuse du foie et des reins, tandis qu'aucun des autres animaux n'avait de dégénérescence parenchymateuse appréciable. Ces résultats ont été confirmés par M. Leppmann.

(1) Rindskopf. Klinische Beobachtungen über den Einfluss der Chloroformnarkose auf die menschliche Niere. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 oct. 1893, p. 959.)

(2) D. Eisendrath. Ueber den Einfluss von Aether und Chloroform auf die Nieren. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1895, XL, 5-6, p. 466.)

(3) A. Kast et B. Mester. Ueber Stoffwechselstörungen nach länger dauernder Chloroformnarkose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1891, XVIII, 5-6, p. 469.)

(4) Strassmann. (*Loc. cit.*)

(5) F. Leppmann. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Aethernarkose. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1899, IV, 1.)

(6) W. Selbach. Ist nach länger dauernden Aether-inhalationen eine tödliche Nachwirkung derselben zu befürchten? (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1894, XXXIV, 1-2, p. 1.)

L'irritation des voies respiratoires par les vapeurs d'éther, et la crainte de la pneumonie consécutive à l'éthérisation, sont les principaux arguments des adversaires de l'éther. M. Nauwerck (1) a recherché si ces inconvénients sont inhérents à la nature de l'anesthésique ou s'ils sont le résultat d'une technique défectueuse. La source de l'infection, suivant M. Nauwerck, serait la cavité buccale; quant à son mode de production, il fait intervenir deux facteurs différents : les vapeurs d'éther produisent, d'une part, l'anesthésie — c'est-à-dire la paralysie — du voile du palais, de la base de la langue et de l'épiglotte, en sorte que la salive et les mucosités buccales ont libre accès dans les voies aériennes; d'autre part, elles provoquent une abondante production de salive et de mucus. Dans ces conditions, l'infection des voies respiratoires par les microbes hôtes de la bouche ne présente rien d'extraordinaire.

M. Hölscher (2) a répété sur des animaux les observations de M. Nauwerck; il a éthérisé des chiens et des lapins après leur avoir introduit dans la gueule du violet de gentiane en poudre ou en solution. Il a pu s'assurer que la force du courant d'air inspiré suffit, dans la position horizontale, pour entraîner dans les bronches le liquide contenu dans l'arrière-bouche, et que l'éthérisation détermine la sécrétion de salive et de mucus qui s'accumule dans la gorge. La muqueuse des bronches, par contre, n'est pas le siège d'une sécrétion exagérée. La salivation ne serait pas uniquement due, suivant cet auteur, à une irritation locale des muqueuses, mais proviendrait, en partie du moins, d'une excitation des centres nerveux. En somme, le danger de pneumonie tient surtout à l'aspiration des liquides de la gorge, et peut être conjuré par des précautions minutieuses, au cours de l'anesthésie.

VI

Si maintenant nous cherchons à résumer brièvement les données de ces nombreux travaux, il en ressort que, au point de vue du mode de production de l'anesthésie, l'éther et le chloroforme agissent d'une façon identique; mais ces deux anesthésiques ont des actions secondaires distinctes, influençant différemment l'organisme et jouant un rôle important dans la préférence à accorder à l'un ou à l'autre. Le chloroforme déprime fortement le cœur, ainsi que la respiration, et abaisse la pression sanguine; l'éther, au contraire, n'affaiblit ces fonctions que lorsque la limite de la dose toxique est franchie. La substance nerveuse exposée au contact de vapeurs chloroformiques relativement diluées est tuée, tandis que les vapeurs d'éther ne produisent qu'une paralysie fonctionnelle passagère. La zone maniable est beaucoup plus étendue avec l'éther qu'avec le chloroforme; on a donc moins à craindre les accidents dus à un excès d'anesthésique. L'anesthésie prolongée est mieux supportée avec l'éther qu'avec le chloroforme. Ce dernier provoque de la dégénérescence parenchymateuse de tous les organes, et cette dégénérescence portant sur un organe déjà affaibli peut être fatale au malade, tandis qu'avec l'éther on ne constate pas de lésions histologiques appréciables.

Il résulte de ces constatations que l'éther a sur le chloroforme une série d'avantages incontestables, qui justifient la faveur croissante dont il jouit comme anesthésique chirurgical; il est moins dangereux que le chloroforme et on peut réduire considérablement les inconvénients de l'éthérisation par une application rationnelle de l'anesthésique, ce qui explique cet aphorisme de M. Grossmann (1) : « Les affections pulmonaires consécutives à l'éthérisation ne sont pas le fait de l'éther, mais de la personne qui a conduit l'anesthésie. »

A. Jaquet,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

(1) Nauwerck. Aethernarkose und Pneumonie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 fév. 1895.)

(2) R. Hölscher. Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Erkrankungen der Luftwege nach Aethernarkose. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, LVII, 1, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 382.)

MÉDECINE PRATIQUE

La rougeur vive et sèche de la langue comme signe pathognomonique des abcès tropicaux du foie.

L'hépatite franche aiguë se traduit d'ordinaire par des symptômes assez bien caractérisés pour que, surtout en milieu tropical, le diagnostic soit relativement aisé : un ictère, d'ailleurs variable comme intensité; une douleur spontanée au niveau de l'hypocondre droit, douleur tantôt sourde et profonde, tantôt vive et lancinante, irradiant vers l'épigastre et vers l'épaule droite, s'exagérant beaucoup à la pression; une augmentation appréciable du volume du foie; de l'œdème de la paroi, constituent autant de signes physiques qui, joints à un mauvais état général, à de la fièvre, à de l'anorexie, à quelques vomissements, parfois à du hoquet, feront penser à l'abcès des pays chauds. Le tableau clinique que l'on observe dans ces cas est cependant loin d'être toujours aussi nettement affirmé : parmi les symptômes de l'hépatite, il n'en est pas un seul qui ne puisse faire défaut; bien plus, il est très fréquent que plusieurs d'entre eux manquent simultanément. En pareille occurrence, le diagnostic se trouve souvent entouré d'obscurités, surtout au début de la maladie.

Ces difficultés de diagnostic sont bien plus considérables encore dans les formes subaiguës et chroniques, où les symptômes se modifient volontiers, au point de devenir parfois méconnaissables.

C'est pour ces cas frustes que l'existence d'un signe pathognomonique de l'affection, permettant, en l'absence ou l'altération d'un ou de plusieurs autres symptômes, de porter le diagnostic, serait le plus utile. Mais, jusqu'à l'heure actuelle, les auteurs sont d'accord pour déclarer qu'à leur connaissance il n'existe pas de symptôme exclusif de l'abcès du foie.

Or, d'après l'expérience de M. le docteur H. de Brun, professeur de clinique médicale à la Faculté française de médecine de Beyrouth, l'étude de la langue serait susceptible de fournir, pour le diagnostic des abcès hépatiques, des renseignements d'une grande valeur.

Alors, en effet, que les classiques se contentent de caractériser la langue des sujets atteints d'abcès tropicaux en disant qu'elle est sèche, qu'elle présente un enduit au centre et un pointillé vif à son pourtour, notre confrère a observé que, dans le cours de la maladie dont il s'agit, le revêtement muqueux de l'organe subit une évolution assez caractéristique pour qu'il la considère comme pathognomonique, surtout dans les cas à marche subaiguë ou chronique. Voici quelles sont les étapes de cette évolution :

La langue, d'abord recouverte d'un enduit saburral, se dépouille de ce revêtement. Puis le pourtour de l'organe prend une couleur rouge, qui lui forme comme une bordure. Parfois on voit se dessiner une troisième bande rouge, qui part de la pointe et se dirige en arrière vers la base de l'organe en suivant sa ligne médiane. Lorsque cette bande supplémentaire existe, le dos de la langue offre un aspect frappant avec ses trois raies rouges convergeant vers la pointe. Quand la chute épithéliale — qui peut d'ailleurs être plus précoce sur l'une des moitiés de l'organe que sur l'autre — s'est généralisée, la langue devient d'un rouge ardent, framboisée.

(1) Grossmann. Die Bronchitiden und Pneumonieen bei der Aethernarkose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 juillet 1895.)

En outre, elle est totalement desséchée, ce dont on se rend aisément compte si l'on ordonne au malade de la sortir de la bouche. A la palpation, elle donne enfin une sensation très caractéristique : on la dirait ligneuse.

Lorsque, sous les tropiques, on se trouve en présence d'un malade qui, sans diarrhée chronique ni troubles urinaires, présente cette *rougeur vive et sèche de la langue*, M. de Brun estime que ce symptôme suffit, à lui seul, à faire porter le diagnostic d'abcès du foie, même en l'absence de tout autre signe indiquant une lésion hépatique. En effet, chez plusieurs malades ne se plaignant que de quelques douleurs de l'épaule droite ou d'une sensibilité anormale du foie, l'étude de la muqueuse linguale a permis à notre confrère de reconnaître l'existence d'une hépatite suppurée à son début.

C'est ainsi que, chez un homme qui avait été soigné à l'hôpital pour des « accès intermittents », et dont l'état de santé paraissait tellement satisfaisant qu'on allait lui donner son *exeat*, la constatation d'une langue d'un rouge vif, entièrement desséchée et dépouillée de son épithélium, mit sur la piste d'une collection purulente du foie, que l'observation ultérieure du sujet ne fit que confirmer. Le malade, en effet, déclina rapidement, et, moins de six semaines après, il succombait, ayant jusqu'au dernier jour conservé sa fièvre à type intermittent. Or, à l'autopsie, on trouva, dans la région postéro-supérieure du foie, un abcès bien collecté et ayant les dimensions d'un poing.

Dans un autre cas, le patient, qui présentait d'ailleurs toutes les apparences d'une santé parfaite, se plaignait uniquement d'un « rhumatisme » de l'épaule et du membre supérieur droits. L'inspection de la langue ayant attiré l'attention de M. de Brun, notre confrère pratiqua l'examen du foie, lequel fut trouvé légèrement douloureux à la pression et assez notablement augmenté de volume : trois mois plus tard, ce malade mourait, quelques jours après une intervention chirurgicale ayant donné issue à plus d'un litre de pus collecté dans le foie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1904.

Effets de solutions métalliques très faibles sur le métabolisme, en particulier dans la pneumonie.

M. Robin lit un travail dans lequel il étudie, au point de vue théorique et pratique, les effets sur le métabolisme de solutions métalliques très faibles.

Lorsqu'on injecte sous la peau des solutions contenant quelques décimilligrammes d'un métal tel que le palladium, le platine, l'or, l'argent, etc., on voit survenir des effets chimiques considérables (augmentation de l'urée et du coefficient d'utilisation azotée, augmentation de l'acide urique, décharge d'indoxyle, etc.), de tout point similaires à ceux que l'on obtient avec des diastases extraites des levures. A la suite de ces injections, on observe, en outre, de profondes modifications dans les éléments figurés du sang.

S'appuyant sur ces données, l'orateur a essayé cette médication chez des malades atteints de pneumonie, en leur injectant de 5 à 10 c.c. d'une solution métallique renfermant de 0 milligramme 2 à 0 milligr. 9 de principe actif. Dans ces conditions, la défervescence est survenue 6 fois sur 10 avant le septième jour.

Les signes physiques des lésions de la pneumonie montrent que celle-ci continue son évolution malgré l'abaissement thermique. La crise polyurique de la convalescence paraît retardée de quelques jours. Dans tous les cas, on note une augmentation de l'urée, du coefficient d'utilisation azotée, de l'acide urique, etc.

Sur 14 malades soumis à ce traitement, 13 ont guéri.

En résumé, les solutions métalliques favorisent, à des doses infinitésimales, les procédés normaux de défense de l'organisme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 21 et 28 novembre 1904.

L'élimination de l'urée chez les sujets sains.

MM. H. Labbé et E. Morchoisne. — Poursuivant nos recherches sur la formation et l'élimination de l'urée (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 203), nous avons voulu savoir si un certain nombre de sujets sains, soumis à un régime moyen normal et identique, formeraient et élimineraient des quantités d'urée comparables entre elles.

Nos expériences ont porté sur 2 hommes et 1 femme, qui recevaient un régime comportant une moyenne de 80 à 81 grammes d'albumine par vingt-quatre heures. Or, les moyennes du taux de l'azote urinaire total, chez ces 3 sujets, ont été respectivement de 11 gr. 028 milligrammes, 11 gr. 61 centigr. et 11 gr. 62 centigr.; quant à l'urée, son taux représentait 26, 27.8 et 27.46 % d'albumine ingérée.

Comme on le voit, ces deux séries de chiffres sont absolument comparables.

La sensibilité gustative chez l'homme et chez la femme.

M. N. Vaschide adresse une note relative à des expériences tendant à démontrer que l'homme a une sensibilité gustative plus fine que celle de la femme pour le salé; la supériorité de l'homme, quoique moins marquée, est encore manifeste pour l'amer; en ce qui concerne l'acide et le doux, la sensibilité est à peu près égale dans les deux sexes; enfin, la femme — dont la sensibilité olfactive est plus développée que celle de l'homme — paraît l'emporter pour la reconnaissance des saveurs-odeurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 23 et 30 novembre 1904.

Grossesse tubaire à terme avec enfant mort.

M. Lejars. — J'ai opéré une femme entrée dans le service de M. Boissard avec tous les signes d'une grossesse à terme, mais sans bruits du cœur fœtal, et chez laquelle l'exploration sous chloroforme, après application du ballon de Champetier de Ribes, montra que l'utérus était vide et que la tumeur adhérait fortement à la paroi antérieure de l'utérus. A l'ouverture du ventre, je reconnus qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire gauche, sans trace de rupture; le fœtus était mort. La poche, très légèrement adhérente à l'épiploon et au mésocôlon descendant, put être libérée sans la moindre difficulté, et fut extraite comme toute autre poche salpingienne. Les suites furent des plus normales.

Il est fâcheux que le diagnostic n'ait pas pu être porté plus tôt, car, en opérant à temps, on aurait sans doute mis au monde un enfant viable.

M. Rochard. — J'ai observé il y a cinq ans un cas du même genre, où je pus également enlever la poche.

M. Schwartz. — Dans un fait semblable, j'ai trouvé au contraire le kyste fœtal fortement adhérent au gros intestin.

M. Potherat. — Tel était aussi le cas chez une malade que j'ai opérée jadis dans le service de Bouilly; la grossesse était intra-abdominale, et, en voulant libérer la poche, je vis survenir une hémorrhagie extrêmement inquiétante.

Je dois ajouter que, dans ce fait, l'opération, pratiquée au huitième mois, m'a permis d'extraire un enfant qui a survécu trois mois et demi.

M. Guinard. — Je crois que, sauf dans des cas particulièrement favorables, comme celui de M. Lejars, il ne faut pas chercher à enlever la poche : j'ai vu, au cours des manœuvres nécessitées par cette extirpation, une femme que j'opérais avec Gérard-Marchant succomber à une hémorrhagie en nappe.

M. Tuffier. — Ce n'est guère que dans les grossesses de la corne utérine et dans les grossesses dites interstitielles que l'on constate le défaut d'adhérences signalé par M. Lejars. Quant à la longue durée de la grossesse, dans le fait relaté par notre collègue, elle est exceptionnelle; je puis vous citer un cas un peu analogue où une grossesse extra-utérine évolua jusqu'au huitième mois; puis, le fœtus étant mort, le kyste fut refoulé, par une grossesse utérine ultérieure, jusqu'au-dessous du foie, où il simulait une volumineuse cholécystite calculeuse. Je dois dire que, à l'opération, je me contentai d'extraire le fœtus et me gardai bien de chercher à enlever le placenta.

M. Segond. — Je considère l'extirpation du sac, dans les grossesses ectopiques, comme toujours dangereuse et le plus souvent impraticable.

M. Rochard. — Je ne suis pas d'avis qu'il ne faille jamais chercher à enlever la poche; quand le fœtus est mort, je pense, tout au contraire, qu'on doit tenter cette extirpation qui réussit souvent.

Des résultats de la radiothérapie dans les néoplasmes du sein.

M. Lejars. — Il y a trois ans, j'ai opéré la malade que voici pour un carcinome du sein gauche; la tumeur a récidivé, et, au bout de deux ans, j'ai dû opérer à nouveau, mais une nouvelle récidive s'est produite. Lorsque cette femme est revenue me trouver, il y a cinq mois, je n'ai pas cru cette fois devoir lui proposer une troisième intervention; je l'ai confiée à M. Béclère, qui l'a soumise au traitement radiothérapique et, comme vous pouvez en juger, l'ulcération est actuellement cicatrisée et l'induration a disparu.

M. Béclère. — Je vous présente une autre malade que j'ai soignée, au mois de juillet dernier, pour un carcinome diffus inopérable dont le début remontait à cinq ans environ. Ainsi que vous pouvez le voir, les ulcérations sont tout à fait cicatrisées, et il reste seulement une petite tumeur mammaire en voie de régression.

A l'heure actuelle, j'ai traité par la radiothérapie 44 malades atteintes de néoplasmes du sein; 23 d'entre elles avaient déjà été opérées et avaient récidivé; des 21 autres, 18 avaient été jugées inopérables; 3 seulement étaient au début de leur mal quand elles m'ont été confiées pour être soumises à la radiothérapie avant l'opération.

Parmi les différentes formes de récidives que j'ai pu traiter, ce sont surtout les noyaux cutanés et les ulcérations que j'ai vu guérir parfaitement et constamment sous l'influence de la radiothérapie; l'effet est d'ailleurs purement local, et les malades atteintes de récidive n'en succombent pas moins à l'évolution des lésions profondes.

Pour les cancers jugés inopérables et non opérés antérieurement, les résultats sont identiques; les lésions superficielles s'améliorent et même guérissent, mais les adénopathies et les noyaux profonds continuent à évoluer.

Quant aux néoplasmes tout à fait au début, les malades que je traite encore en ce moment sont depuis trop peu de temps confiées à mes soins, pour que je puisse formuler une opinion à leur sujet.

M. Delbet. — D'après ce que j'ai vu chez plusieurs femmes traitées au laboratoire de radiologie de la maison municipale de santé, les résultats seraient extrêmement médiocres dans les cas de cancer du sein.

M. Tuffier. — Les résultats obtenus par M. Béclère visent uniquement les lésions superficielles; la radiothérapie, malheureusement, n'exerce aucune influence sur les noyaux cancéreux profonds.

Des petites incisions dans l'ouverture des kystes hydatiques du foie.

M. Quénu. — La plupart des chirurgiens, dans le but de pouvoir débarrasser sûrement la cavité des kystes hydatiques de toutes les membranes et des vésicules filles qu'elle contient, et de mettre ainsi le malade à l'abri de toute récidive, font une incision large, mesurant en général de 10 à 12 centimètres de longueur. Grâce aux injections formolées, dont je vous ai parlé l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 223), je crois qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser le cas échéant quelques vésicules dans la poche principale : le formol, en effet, pénètre par osmose dans ces vésicules

et les tue, de sorte que l'opéré ne court aucun risque de récidive. Dans ces conditions, il y a avantage à restreindre la longueur de l'incision de la paroi au strict nécessaire (5 ou 6 centimètres), de façon à prévenir tout danger d'éventration ultérieure. J'ai appliqué ce principe dans 3 cas, et j'ai obtenu d'excellents résultats, encore que, chez un de ces malades, le contenu du kyste fût purulent.

Du mécanisme de propagation de certains cancers du sein.

M. Tuffier. — Je veux attirer votre attention sur les constatations que j'ai pu faire, en collaboration avec M. Borrel, concernant le mode de production des noyaux cutanés qu'on observe à une certaine distance de l'ulcération principale des cancers inopérables du sein ou de la cicatrice des cancers opérés, en cas de récidive.

L'examen histologique d'une série de ces grains cancéreux de la peau nous a montré que ce sont les follicules pileux qui constituent le point de départ de ces noyaux, et nous croyons, par conséquent, pouvoir en conclure qu'ils servent de porte d'entrée à l'ensemencement cancéreux de la peau.

M. Lejars. — Ces faits peuvent être rapprochés des greffes cancéreuses qu'on observe souvent au niveau des points de suture, après les ablations de cancer.

M. Delbet. — Il ne me paraît aucunement démontré que la propagation se fasse, dans les follicules pileux, de dehors en dedans et non pas de dedans en dehors.

Traitement des sinusites frontales.

M. Sébileau. — Au point de vue du traitement des sinusites frontales, il faut tenir compte, à mon avis, de la variabilité extrême de la constitution anatomique des sinus frontaux, par suite de laquelle on peut avoir des résultats identiques avec des procédés différents, suivant que le sinus est petit ou grand. D'autre part, il est indispensable d'attacher la plus grande importance au rôle que les cellules ethmoïdales sont susceptibles de jouer dans le processus inflammatoire. Lorsque, en effet, le labyrinthe ethmoïdal participe à l'affection, on conçoit que la guérison ne puisse être obtenue par les procédés qui visent uniquement le sinus frontal; malheureusement il n'existe aucun signe qui nous permette de diagnostiquer cette participation. Quand, au contraire, la lésion est absolument limitée au sinus frontal, il suffit de détruire complètement, par une large trépanation, les fongosités contenues dans ce sinus, pour que la guérison soit radicale.

Pour ma part, d'une façon générale, j'enlève la paroi antérieure du sinus frontal aussi largement que cela est nécessaire pour pouvoir supprimer toutes les fongosités; puis je draine le sinus en effondrant le canal infundibulaire. Dans les cas où il est indispensable de détruire complètement tout le labyrinthe ethmoïdal, on y arrive très facilement à l'aide d'une incision verticale partant du grand angle de l'œil et permettant de créer une brèche suffisante dans la branche montante du maxillaire.

M. Routier. — Il y a plusieurs années, j'ai eu l'occasion d'opérer une sinusite frontale, en trépanant largement le sinus; le résultat fut d'abord parfait, mais la malade revint me trouver, au bout de quelques mois, avec une récidive. J'obtins la guérison en curettant de nouveau le sinus et en drainant largement par les fosses nasales.

Traitement des anévrysmes poplités.

M. Arrou. — J'ai opéré le 25 octobre dernier un cas d'anévrysme poplité chez un homme de quarante-six ans, syphilitique. La tumeur, bas située, pouvait être très facilement délimitée en haut, tandis qu'elle s'enfonçait profondément vers le bas, de sorte que l'on ne pouvait sentir sa limite inférieure. Cet homme souffrait énormément et réclamait une intervention radicale. Je me décidai à pratiquer l'extirpation de l'anévrysme. J'ai dû placer la ligature inférieure à 2 centimètres au-dessous de la tibiale antérieure. Malgré cela, les suites de l'extirpation ont été extrêmement simples, et mon opéré va très bien.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 1er décembre 1904.

Inefficacité de la radiothérapie dans les cancers profonds.

M. Bissérié. — La radiothérapie n'a pas jusqu'à présent donné de résultat lorsqu'elle a été appliquée à des lésions profondes. Cela tient certainement à ce que, dans ces cas, les radiations n'atteignent pas les tissus morbides en nombre suffisant. J'ai pu déterminer expérimentalement, en effet, que le nombre des rayons X, après passage à travers un disque d'aluminium de 1 millimètre d'épaisseur, est diminué de moitié. L'interposition de 3 centimètres de tissu musculaire suffit à donner le même résultat. L'escharification des téguments superficiels devient donc fatale si l'on veut faire absorber à un néoplasme, situé à 3 centimètres au-dessous de la peau, la dose nécessaire et suffisante de rayons.

M. Sabouraud. — C'est en effet à cause de l'interposition des tissus que les cancers profonds n'ont pu jusqu'à présent bénéficier de la radiothérapie. On peut tourner la difficulté pour certains noyaux cancéreux siégeant dans le sein, lorsqu'il est mobile. On arrive en effet à faire pénétrer la dose suffisante de rayons X jusqu'à la tumeur, en faisant en une même séance des applications successives sur les points opposés de la peau qui recouvre la glande, les rayons convergeant toujours vers le néoplasme.

M. Béclère. — On peut dire qu'à une profondeur de 4 ou 5 centimètres, le nombre des radiations absorbées n'est plus que le quart de celles qui arrivent à la peau et que dans l'état actuel l'action thérapeutique ne peut aller plus loin. Encore faut-il recourir à des moyens techniques spéciaux pour obtenir le maximum de pénétration; c'est ainsi qu'on emploie l'ampoule dure, qui donne le plus grand nombre de rayons pénétrants; qu'on opère une filtration des rayons en plaçant sur la peau une lame d'aluminium pour arrêter les rayons superficiels et retarder ainsi l'irritation de la peau, sans nuire à l'action profonde des rayons pénétrants.

M. J. Darier. — On ne peut cependant dire qu'il suffirait de supprimer toute interposition de tissus entre la tumeur et la source de radiations pour obtenir la guérison des néoplasmes profonds. Il faut encore tenir compte de la nature même du cancer. On sait les excellents résultats obtenus dans le cancer de la peau, ainsi que les guérisons ou les améliorations de bon nombre de cancers du sein. Mais, à ma connaissance, dans les cas guéris par la radiothérapie, il s'agissait toujours soit d'épithéliomas basocellulaires (ulcus rodens, épithélioma tubulé), soit d'épithéliomas nævo-cellulaires (sarcome mélanique), soit d'autres sarcomes. Jamais pareil résultat n'a été obtenu dans les épithéliomas spino-cellulaires (cancroïde, épithélioma pavimenteux lobulé corné).

Traitement de la teigne par la radiothérapie.

M. Bodin (de Rennes) dit avoir traité 25 teigneux en déterminant la dépilation au moyen des rayons X. La repousse des cheveux était complète au bout de deux mois et la guérison définitive fut obtenue dans tous les cas.

M. Sabouraud ajoute que la radiothérapie donne également de bons résultats dans le favus; mais ici, comme le parasite se trouve aussi en dehors des cheveux, la dépilation ne suffit pas à empêcher les récidives et il faut encore procéder plus tard à des épilations partielles à la pince.

M. Hudelo présente une malade de trente-six ans, atteinte depuis six années de *parakeratosis variegata*.

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 3 décembre 1904.

Traitement des ulcères gastriques calleux.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. Hinterstoisser** (de Teschen) a présenté les pièces anatomiques de plusieurs ulcères gastriques calleux qu'il a traités par la gastrectomie partielle suivie de gastro-jéjunostomie; la guérison a eu lieu au bout de quatre semaines. Dans les cas de ce genre, l'orateur est d'avis que la gastro-jéjunostomie seule ne saurait suffire.

M. von Eiselsberg pense également que la résection est préférable, dans le traitement de l'ulcère gastrique; la gastro-entérostomie ne donne pas de résultats satisfaisants.

M. J. Schnitzler estime que l'opération est indiquée même dans les cas d'ulcère gastrique non hémorrhagique, qui n'occasionnent que des douleurs prolongées, sans former de tumeur. Quant au choix du procédé opératoire, l'orateur fait observer que la gastro-entérostomie seule, sans résection, a — outre son insuffisance — l'inconvénient d'exposer à la récidive ou à la formation d'ulcères peptiques dans le jéjunum.

Le poids dans la néphrite.

Dans la séance du 1er décembre de la section de pédiatrie de la Société de médecine interne de Vienne, **M. von Pirquet** a relaté les résultats de ses recherches sur le poids du corps dans les néphrites.

Au cours des néphrites aiguës (surtout dans la néphrite scarlatineuse), le poids augmente le huitième jour, puis, après avoir atteint son apogée, il redescend jusqu'au chiffre primitif, pour remonter lentement pendant la convalescence. L'élévation de poids est due à l'accumulation de liquide dans les tissus et les cavités du corps, accumulation pouvant atteindre jusqu'à 10 et 20 % du poids du corps. L'abaissement correspond à l'augmentation de la diurèse.

Dans la néphrite chronique, le poids du corps offre des oscillations périodiques : il croît, puis retombe à la suite de la disparition des œdèmes, et ainsi de suite; sa chute n'est pas parallèle à l'élimination d'albumine. La transpiration et les médicaments (digitale, caféine, etc.) n'ont aucune action sur la courbe des poids. Ces oscillations donnent l'impression qu'il y a un centre régulateur du contenu aqueux de l'organisme, centre qui, lorsque l'accumulation d'eau atteint son maximum, provoque l'élimination de ce liquide.

Dans une série de cas, l'orateur a vu les œdèmes et le poids augmenter progressivement jusqu'à la mort. Cependant, la marche des œdèmes et celle du poids ne sont pas parallèles à la gravité de la maladie; c'est ainsi que, dans la néphrite aiguë, l'élévation du poids commence avant l'albuminurie.

M. Eisenschitz pense que les oscillations du poids dans la néphrite dépendent de la fonction du cœur; ce qui confirme cette manière de voir, c'est que les œdèmes des cardiopathies offrent les mêmes variations que ceux des néphrites.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Ictère menstruel, par M. L. Metzger.

L'ictère menstruel constituant un syndrome morbide très rare, nous croyons devoir résumer ici la relation d'un cas où, pendant près d'un an, l'apparition d'une jaunisse coïncida constamment avec les règles, précédant ou suivant leur début de très près.

Il s'agit d'une femme dont la menstruation devint irrégulière à l'âge de quarante-cinq ans — quatre ans après une attaque aiguë d'appendicite —, peut-être en raison de l'approche de la ménopause. Alors que ces irrégularités duraient déjà depuis quelque temps, on vit, au milieu de phénomènes généraux (inappétence, faiblesse générale) et locaux (éructations et douleurs post-cibiques), mais sans que rien indiquât l'existence d'une lésion organique du côté du foie, survenir un ictère bien caractérisé et assez intense, coïncidant par son début avec l'apparition de l'époque menstruelle et accompagné de décoloration des matières fécales. L'état général devint assez rapidement et progressivement mauvais, jusqu'à prendre les caractères d'une véritable cachexie, si bien qu'on songea à la possibilité d'un cancer, peut-être des voies biliaires. En l'absence toutefois de signes bien définis de localisation, on dut éliminer cette hypothèse, et, procédant par exclusion, on se

rallia finalement au diagnostic d'ictère catarrhal. Après administration d'une eau minérale artificielle sulfatée et bicarbonatée, et sous l'influence d'un régime dont la graisse était exclue, l'ictère rétrocéda graduellement, et au bout de deux mois la malade avait repris assez de forces pour pouvoir faire d'une traite un trajet de quarante minutes. La guérison n'était cependant qu'apparente, car bientôt l'ictère revint, suivi, à huit jours de distance, de l'apparition des règles; il persista pendant les cinq jours que dura le flux menstruel. Puis tout rentra dans l'ordre, et, sauf une métrorrhagie peu abondante survenue douze jours après, sans ictère concomitant, tout alla bien jusqu'à l'époque des règles suivantes. Celles-ci s'annoncèrent par une sensation de vertige; presque simultanément, une jaunisse se déclara, atteignant son apogée au bout de deux heures et accompagnée d'une somnolence très marquée et de décoloration des garde-robes. Cette fois-ci, les règles furent très abondantes : dès qu'elles eurent pris fin, l'ictère commença à s'atténuer pour disparaître entièrement en dix jours. Après une semaine, le cycle recommença, parcourant successivement les mêmes étapes que précédemment; des phénomènes identiques se reproduisirent à plusieurs reprises, les règles revenant à époques assez indéterminées, mais toujours associées avec des manifestations ictériques, compliquées même par deux fois d'hémorrhagies hémorrhoïdaires.

Onze mois après la première attaque d'ictère, celui-ci disparut définitivement; la menstruation continua toutefois à avoir lieu à intervalles irréguliers, sans qu'aucun signe vînt confirmer l'hypothèse primitive d'un néoplasme des voies biliaires.

Quoi qu'il en soit, l'auteur pense que, dans le présent cas, il n'est guère possible de contester l'existence d'un rapport de cause à effet entre la menstruation et l'ictère. Quant à la nature de cette relation, M. Metzger est disposé à accepter l'interprétation proposée naguère par M. E. Pick : des troubles nerveux déterminant une perturbation de la fonction hépatique, il se produirait une résorption de la bile qui, au lieu de passer dans les voies biliaires, pénétrerait dans les espaces, puis dans les vaisseaux lymphatiques, et, de là, par la voie du canal thoracique, gagnerait la circulation générale, se mélangerait au sang et communiquerait dès lors sa couleur aux téguments. En somme, il s'agirait, dans l'ictère menstruel, d'une sorte de parhépatie réflexe ressortissant à un mécanisme analogue à celui que l'on attribue généralement aux autres phénomènes nerveux qui sont d'observation banale pendant la menstruation. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — F. M.

Contribution à l'étude des ruptures du poumon, par M. Georg Richter.

Si le poumon est assez souvent déchiré, dans les grands traumatismes du thorax, par l'action directe des côtes fracturées, la rupture pulmonaire s'observe aussi, en dehors de toute lésion costale : elle se produit alors par un mécanisme spécial, depuis longtemps étudié, mais ce qui nous intéresse surtout, c'est l'histoire clinique de ces ruptures pulmonaires, sous une cage thoracique intacte. Quelle en est la fréquence? A quels signes précis les reconnaître? Et, dans les cas graves, pressants, peut-on et doit-on intervenir?

A ces questions, l'auteur s'est efforcé de répondre, en prenant pour point de départ une observation fort instructive, émanant de la clinique de M. Garrè, à Königsberg. Un garçon de onze ans tombe d'un chariot en marche, sur le ventre, et l'une des roues de derrière lui passe sur le thorax; il se relève, pour retomber bientôt sans connaissance; il perd du sang par le nez, il en vomit, mais il n'a pas de crachements de sang, à proprement parler. Ces premiers accidents durent peu, et les deux premiers jours sont calmes; pourtant la température monte, et, au quatrième jour, le blessé est transporté à la clinique dans un état assez inquiétant : le pouls, oscillant de 132 à 140, est petit, le visage un peu cyanosé, la dyspnée assez marquée, la respiration fréquente. On trouve la pointe du cœur refoulée à droite, rien de notable dans le côté droit de la poitrine, mais, à gauche, une matité déclive, avec suppression du bruit respiratoire, ayant trois travers de doigt de hauteur, et au-dessus, une sonorité métallique à la percussion. On ne constate aucune fracture de côte, et l'on conclut à l'existence d'un hémo-pneumothorax consécutif à une rupture du poumon. Le soir, une ponction pratiquée dans le quatrième espace intercostal gauche donne issue à 180 c.c. d'un liquide fortement teinté de sang. Le soulagement est très passager, et, dans les heures qui suivent, la respiration devient beaucoup plus fréquente et superficielle, il y a des arrêts du pouls, et l'aggravation est si menaçante que, d'urgence, on intervient.

Par une incision latérale oblique, on découvre la sixième côte, on en excise 4 centimètres, et la cavité pleurale est ouverte. Le poumon est rétracté vers le hile, et l'on aperçoit sans peine, sur le lobe supérieur, une déchirure d'environ 7 centimètres de long, qui commence à 3 centimètres en arrière de la pointe de la languette précordiale, et remonte en haut et en arrière; au niveau de la languette, la rupture intéresse toute l'épaisseur du parenchyme; plus haut elle pénètre à 3 centimètres de profondeur; les bords, légèrement évasés, sont écartés de 1 à 3 centimètres; il n'y a pas de traces d'hémorrhagie récente, mais le tissu pulmonaire est infiltré de sang, au pourtour; en outre, des caillots et de la sérosité sanglante occupent le cul-de-sac pleural inférieur. — On agrandit la brèche en sectionnant un peu plus de la sixième côte, on la maintient béante avec des écarteurs appropriés, et deux pinces à dents attirent le poumon à la plaie : la rupture est alors suturée, par cinq points séparés de soie, qui pénètrent à 1 centimètre des deux bords de la fente et chargent une notable épaisseur de parenchyme; on prend soin de coapter du mieux possible les deux versants de la plaie, et deux points complémentaires, plus superficiels, achèvent de réaliser ce contact. Après la détersion de la cavité pleurale, on réunit le lobe supérieur au lobe inférieur par deux autres sutures, et l'on fixe le poumon au bord de la plaie pariétale. Un tamponnement à la gaze termine l'opération.

L'issue en devait être malheureuse; à la fin du second jour, l'enfant, qui n'avait cessé d'avoir de la fièvre (38°7) et un pouls fréquent, succombait. A l'autopsie, on trouva le poumon adhérent à la paroi et les deux lèvres de la plaie pulmonaire bien réunies; il n'y avait nulle part de lésion costale.

Ici donc, nul doute ne saurait subsister : il s'agissait bien d'une rupture pulmonaire sans fractures de côtes. M. Richter a rassemblé 23 faits du même genre, où la déchirure parenchymateuse peut être tenue pour indépendante de ces lésions pariétales : le plus grand nombre de ces faits — et ce sont naturellement les plus démonstratifs — se sont jugés par la mort, et l'autopsie a permis de vérifier ces conditions spéciales; on trouva parfois des côtes fracturées, mais le siège et la disposition du foyer des fractures rendaient improbable toute agression directe du poumon par les fragments. Sept de ces observations se sont terminées par la guérison, sans qu'on fût intervenu autrement que par la ponction, et dans quelques-unes seulement : il est évident que, si la rupture pulmonaire est fort probable, en pareil cas, la preuve anatomique manque. Toutefois, chez un blessé de M. Ehrmann, en présence d'un emphysème sous-cutané envahissant, on ouvrit la plèvre en réséquant un segment de la cinquième côte, mais on ne découvrit pas la rupture, qui siégeait sans doute au voisinage du hile, et l'on se borna à fermer hermétiquement la plaie pariétale autour d'un gros drain à paroi épaisse, auquel fut adapté un tube de caoutchouc mince et dépressible; par ce conduit, l'air sortait au moment de l'expiration, mais, au moment de l'inspiration, il ne rentrait pas, le tube extérieur s'affaissant et fermant la voie. Le blessé guérit.

L'observation plus haut résumée de M. Richter est donc, semble-t-il, la première qui puisse s'intituler : Suture d'une rupture pulmonaire sans fractures de côtes. Sans doute elle ne paraît point, de prime abord, encourageante, mais la gravité de ces ruptures pulmonaires étendues est si grande, que l'intervention se présente comme le seul recours utile, dans un certain nombre de cas. Sur 37 faits de déchirures pulmonaires, avec ou sans fractures de côtes, l'auteur ne relève-t-il pas 23 décès, 62 % de mortalité?

Il est donc de toute importance — pour intervenir assez tôt — de faire d'abord un diagnostic précis et rapide, et la difficulté n'en semble pas très accusée. L'hémopneumothorax, que l'on rencontre à peu près toujours, la dyspnée, les signes d'hémorrhagie grave, l'expectoration sanglante, indiqueront assez bien, par leur degré et leur intensité, la gravité même de la lésion pulmonaire; signalons toutefois un point intéressant, sur lequel M. Richter insiste : l'hémothorax est presque constant, le crachement de sang est beaucoup plus rarement signalé, soit que la voie libre du côté de la plèvre détourne l'hémorrhagie bronchique, soit que l'épanchement pleural, rapidement constitué, comprime le poumon et, de ce côté, ferme le passage.

Quelles seront, dans ces résultats de l'examen clinique, les indications exactes de l'intervention? L'auteur se contente de rappeler, avec M. Boutilier, que l'extension du pneumothorax (que n'atténuent pas les ponctions), la grande abondance de l'hémorrhagie pleurale, la diffusion envahissante de l'emphysème commandent d'opérer. On ne saurait oublier que, par le repos absolu, quelques ponctions, et d'autres moyens simples, des guérisons ont été obtenues, et, sans formuler de règle fixe, on ne saurait se décider qu'en présence des cas particuliers. L'opération sera conduite comme elle doit l'être dans les plaies du poumon, qui ont déjà été l'objet d'assez nombreuses « cures chirurgicales » : ouvrir d'emblée une voie pariétale suffisante; suturer la déchirure (lorsqu'on la découvre) avec du gros catgut ou de la soie, en prenant beaucoup de tissu et réalisant une coaptation exacte; ne pas fermer l'incision thoracique et tamponner : telles sont, d'après M. Richter, les indications générales à remplir. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 1.) — L.

Recherches cliniques et bactériologiques sur l'ictère grave des femmes enceintes, par MM. G. De Paoli et P. Gioelli.

On hésite encore sur le point de savoir si l'ictère grave des femmes enceintes est la conséquence d'une intoxication ou d'une infection. L'observation relatée par MM. De Paoli et Gioelli est tout en faveur de la seconde de ces hypothèses.

Une multipare, enceinte de six mois, fut prise assez brusquement de fièvre (40°) avec vomissements, céphalalgie et diarrhée; presque aussitôt apparaissaient un ictère et quelques taches ecchymotiques cutanées. Elle ne tarda pas à tomber dans le coma et c'est dans cet état qu'elle accoucha au bout de quelques heures de travail. Une heure après la délivrance, l'utérus devint flasque et une hémorrhagie incoercible emporta rapidement la malade.

A l'autopsie, la plupart des organes présentaient de petites hémorrhagies interstitielles. La rate était un peu ramollie et augmentée de volume. Le foie, très atrophié et dont la capsule était comme flétrie, ne pesait que 560 grammes. A l'examen microscopique de ce dernier viscère, les cellules hépatiques paraissaient atteintes de nécrose et le tissu conjonctif était hypertrophié. Sur les coupes on voyait, en quantité peu considérable, il est vrai, un bacille court et épais; dans quelques capillaires existaient pourtant de véritables embolies microbiennes.

Les cultures faites sur différents milieux avec des fragments hépatiques donnèrent toutes un microbe légèrement ovoïde, rappelant par beaucoup de ses caractères morphologiques et biologiques le *Bacterium coli commune*. Il avait aussi d'assez nombreuses ressemblances avec un microorganisme isolé par M. Babes dans un cas d'infection puerpérale et avec le *Bacillus crassus sputigenus* de Kreibohm. Les inoculations de ce bacille ou de sa toxine provoquèrent chez les animaux des accidents locaux au point d'inoculation, sous forme de tuméfactions à œdème sanguinolent, et des accidents généraux, tels qu'épanchements séro-hématiques dans les séreuses, hémorrhagies interstitielles dans les reins, les poumons, le foie, et légère hypertrophie de la rate. Par contre, elles ne déterminèrent pas d'ictère.

Bien que sur ce seul fait il soit difficile de concéder au bacille en question une valeur pathogénique générale, il ne semble guère dou-

teux qu'en l'espèce les accidents infectieux présentés par la malade lui fussent imputables. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Mort par hémoptysie hystérique; contribution à l'étude de la pseudo-phtisie hystérique, par M. N. Pende.

La réalité de l'hémoptysie hystérique — parfois accompagnée de symptômes susceptibles de simuler la tuberculose pulmonaire la plus légitime — est aujourd'hui une donnée absolument classique. L'accord est également complet en ce qui concerne le pronostic de cette manifestation de la grande névrose : tout comme l'anorexie, par exemple, elle peut entraîner des troubles graves de la santé générale, mais il n'en est pas moins universellement admis qu'elle finit par guérir. Or, le fait observé par M. Pende, dans le service de M. U. Arcangeli, à l'hôpital San Giovani Laterano, de Rome, prouve qu'une terminaison aussi heureuse, pour être la règle, souffre cependant des exceptions qu'il importe de connaître.

Une vigoureuse jeune fille de dix-sept ans, d'excellente santé habituelle, bien qu'elle eût perdu une sœur de tuberculose pulmonaire à forme hémoptysique, fut prise, à la suite de chagrins domestiques, de crachements répétés de sang, avec fièvre, toux, douleurs thoraciques, pour lesquels elle passa cinq mois à l'hôpital de Montepulciano. Elle en sortit fort améliorée, puis les mêmes troubles reparurent, et elle vint se faire soigner à Rome. Elle fit un premier séjour à l'hôpital, en sortit comme convalescente — non sans avoir présenté quelques crises convulsives nettement hystériques —, eut une nouvelle hémoptysie à l'occasion de ses règles et dut se faire hospitaliser derechef ; c'est alors que l'auteur l'observa.

Elle offrait à ce moment une toux intense avec dyspnée et rejet d'une expectoration rouge vineux, fluide, non écumeuse, sans mélange de mucosité, et où l'examen microscopique ne révéla ni fibre élastique, ni bacille de Koch. Dans la fosse sus-claviculaire droite le murmure vésiculaire était légèrement affaibli, et au-dessous de la clavicule on percevait quelques râles humides fins, mais à ce niveau la sonorité était normale. La pression de la cinquième vertèbre dorsale était douloureuse. La température, d'ailleurs irrégulière, atteignait fréquemment 38°. Il existait par ailleurs des stigmates non douteux d'hystérie.

Sous l'influence d'un traitement purement psychique, l'état de la patiente ne tarda pas à s'améliorer très notablement, au point qu'on pût bientôt lui donner son *exeat*. Pour assurer le diagnostic, on tint cependant à faire une injection de tuberculine : or, l'épreuve, répétée à deux reprises différentes, donna chaque fois un résultat *positif* (réaction de 40°) ! Et pourtant l'inoculation intrapéritonéale de l'expectoration à 4 cobayes ne détermina aucune lésion chez ces animaux.

Quoi qu'il en soit, la malade était sortie de l'hôpital depuis quelques jours à peine quand on apprit qu'elle avait brusquement succombé à une hémoptysie foudroyante dans un autre établissement hospitalier. L'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin, montra qu'il n'existait aucune lésion broncho-pulmonaire, ni aucun signe de tuberculose d'un viscère quelconque.

Assurément, la réaction à la tuberculine — rapprochée de l'hérédité collatérale tuberculeuse — pourrait faire concevoir quelques doutes sur la vraie nature des hémoptysies dans le présent cas ; mais les résultats négatifs de l'inoculation au cobaye, et surtout ceux de l'examen nécroscopique, ne permettent guère de s'attarder à l'idée qu'il aurait pu s'agir d'une tuberculose latente. (*Policlinico*, 8 octobre 1904.) — F. F.

Migration d'ascarides lombricoïdes de l'intestin dans les voies pancréatiques; pancréatite interstitielle consécutive, par M. G. Ghedini.

On connaît depuis longtemps la pénétration possible de parasites intestinaux dans les voies biliaires. Pareil accident est beaucoup plus rare au niveau des canaux pancréatiques : l'auteur n'a pu rassembler que 5 faits d'échinococcose et 1 de cysticercose de ces derniers ; quant à la migration d'ascarides, elle n'aurait été observée qu'une fois (J. Sea), abstraction faite des cas où l'absence de toute réaction de la part du pancréas permet de conclure à la pénétration du nématode seulement après la mort. L'observation suivante, provenant du service de M. Maragliano, à Gênes, échappe à toute objection de ce genre :

Un garçon de huit ans, offrant par ailleurs une méningite basilaire à laquelle il ne devait pas tarder à succomber, présentait une symptomatologie abdominale grave, dont le principal élément était constitué par des douleurs très aiguës, localisées dans la zone supérieure de l'abdomen, à caractère subcontinu, exagérées par la palpation et accompagnées de hoquet persistant.

Sur la table d'autopsie, on constata — outre les lésions cérébrales prévues — la présence de très nombreux ascarides dans l'intestin, surtout au niveau du duodénum. Le pancréas, peu augmenté de volume, avait par contre une consistance plus ferme que normalement ; sur les coupes de ce viscère, on remarquait des ascarides, particulièrement abondants au niveau de la tête de l'organe. Sous le microscope, on put s'assurer que les parasites occupaient la lumière des canaux excréteurs, dilatés et à parois épaissies : au total, il s'agissait d'une pancréatite hyperplasique interstitielle.

Par analogie avec ce que l'on a observé dans le foie, M. Ghedini estime que, à l'occasion, la réaction pancréatique à l'égard des ascarides pourrait prendre, non plus, comme ici, le type d'inflammation interstitielle, mais celui d'inflammation purulente. Si l'on ajoute que, par leur seule action mécanique (obstruction des canaux excréteurs), les parasites émigrés dans les voies pancréatiques peuvent entraîner les plus graves désordres, et que, d'autre part, ces divers troubles sont au-dessus de nos ressources, on verra combien est peu fondé l'optimisme avec lequel on envisage d'ordinaire l'helminthiase des enfants. (*Gazz. degli Osped.*, 13 novembre 1904.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'anesthésie par l'adrénaline associée à la cocaïne pour les sutures du périnée.

L'association de l'adrénaline à la cocaïne a trouvé de nombreuses indications en chirurgie dentaire, en chirurgie générale, en oto-laryngologie, etc. (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 208, et 1903, p. 68, 131, 195, 200, et 1904, p. 144). De son côté, M. le docteur E. Wormser (de Bâle) a eu l'occasion de constater que le mélange dont il s'agit est susceptible de rendre d'excellents services dans la pratique gynécologique et obstétricale. Notamment dans les sutures du périnée rompu au cours de l'accouchement, notre confrère a vu l'anesthésie locale par l'adrénaline-cocaïne faciliter considérablement l'acte opératoire et permettre une périnéorrhaphie beaucoup plus régulière. Voici la technique adoptée par M. Wormser :

Près de l'une des commissures de la plaie, au voisinage du bord de celle-ci, à un quart ou un demi-centimètre en dedans de ce bord, on pique l'aiguille chargée d'une solution de cocaïne à 1 ‰ que l'on a préalablement additionnée, par 100 c.c., de II à V gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 ‰, selon la formule de Braun. En injectant une petite quantité de liquide, on détermine d'abord l'apparition d'une ampoule. Puis on enfonce progressivement l'aiguille plus profondément et on continue à insensibiliser l'une des moitiés de la lèvre périnéale de la plaie. Ceci fait, on procède de même pour la moitié correspondante de sa lèvre profonde ou vaginale. L'anesthésie étant ainsi assurée pour l'une des moitiés de la plaie, on insensibilise également l'autre moitié. Seule la piqûre initiale est tant soit peu douloureuse. Il faut éviter d'injecter le mélange trop près de la lèvre de la plaie, faute de quoi le liquide s'échapperait en déchirant les tissus. On peut considérer l'infiltration comme réussie lorsque l'hémorrhagie s'arrête. Point n'est d'ailleurs besoin de se presser pour pratiquer la périnéorrhaphie, l'anesthésie persistant pendant plusieurs heures.

Dans les 9 cas où M. Wormser a eu recours à ce procédé, notre confrère en a obtenu de bons résultats.

Confection d'attelles plâtrées à l'aide d'écheveaux de chanvre et de manches en tricot.

On a déjà indiqué maint procédé en vue de rendre commode et pratique la confection des attelles plâtrées. M. le docteur H. Nettel (médecin militaire autrichien) fait connaître à son tour une méthode qui se recommande par sa simplicité et qui est d'un usage courant dans le service de M. le docteur von Eiselsberg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Vienne. Elle est basée sur l'emploi d'un tissu de tricot que l'on renforce en incorporant à la masse de plâtre des écheveaux de chanvre. Voici comment notre confrère décrit la confection de ces attelles :

On commence par débarrasser le chanvre des impuretés qu'il contient, à l'aide d'un peigne métallique, puis on introduit les écheveaux dans une sorte de manche en tricot que l'on ferme à l'une de ses extrémités à l'aide d'une ligature circulaire. Par l'autre bout, demeuré ouvert, de ce sac, on verse le plâtre tout gâché. L'appareil ainsi préparé est couché à plat sur une table, où on le malaxe et le triture de façon que le plâtre pénètre les fibres de chanvre et les imprègne. Il ne reste plus alors qu'à chasser l'excédent de la bouillie plâtrée en faisant glisser le rebord cubital de la main le long de la face extérieure du sac, pour que l'appareil soit prêt à être appliqué.

Au membre supérieur, une manche large de 6 à 8 centimètres, 1 litre de plâtre fin et 1 litre d'eau chaude additionnée d'une poignée de sel suffisent pour garnir l'extrémité, depuis l'épaule jusqu'aux doigts. Pour le membre inférieur, il convient d'augmenter ces proportions de moitié.

L'adrénaline contre l'hydrocèle.

S'inspirant des bons résultats obtenus par M. J. Barr (de Liverpool) au moyen de l'adrénaline contre les épanchements à répétition de la plèvre ou du péricarde (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 96), M. le docteur J. Rupfle (de Babenhausen) a eu l'idée d'essayer également ce traitement contre l'hydrocèle. La technique à laquelle notre confrère a eu recours consiste à retirer le liquide de la tunique vaginale à l'aide d'une ponction évacuatrice, puis à injecter dans la séreuse 2 c.c. d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 pour 5,000. Après l'injection, le malade accuse une douleur assez vive au niveau des bourses ; on note également quelques phénomènes réactionnels et un léger épanchement se reproduit ; mais celui-ci ne tarde pas à se résorber, l'inflammation disparaît à son tour, et au bout de quelques semaines la guérison est complète. Elle s'est maintenue dans les 2 cas où M. Rupfle a eu recours aux injections d'adrénaline. Il s'agissait cependant d'hydrocèles rebelles datant respectivement de dix ans et de sept ans, ayant résisté à toute tentative thérapeutique et qu'il fallait ponctionner tous les deux ou trois mois.

Le séjour prolongé dans une glacière comme traitement du tétanos.

Dans un cas de tétanos à évolution très grave, traité sans succès par des injections de sérum antitétanique, ainsi que par le chloral et les bromures à haute dose, MM. les docteurs W. J. McCrann (de South Omaha) et Ch. C. Allison, professeur de chirurgie au Creighton Medical College d'Omaha, ont eu recours au séjour dans une atmosphère très froide comme mode de traitement. Dans ce but, on transporta le malade dans la glacière d'une brasserie, où on le fit séjourner en le garantissant par des couvertures. Dès la fin de la deuxième heure, on constata une amélioration manifeste de l'état général. Le patient ayant été retiré prématurément de la glacière, la maladie reprit aussitôt une marche ascendante. Devant les progrès du mal, on se décida, quinze heures plus tard, à renouveler la tentative précédente. Dès que le malade eut réintégré la glacière, le mieux reparut et dès lors l'affection évolua régulièrement vers la guérison : celle-ci était complète lorsque, au bout d'une semaine, le sujet quitta définitivement la glacière.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des localisations dans les noyaux bulbo-protubérantiels (hypoglosse et facial) chez l'homme.

I

La méthode si simple et si féconde que M. Nissl a introduite dans la science a donné à l'étude des localisations dans le système nerveux un essor inconnu jusqu'alors. Dans l'intervalle de quelques années, on a fait sur ce terrain des progrès considérables : le rapport que M. Sano a présenté au dernier Congrès des aliénistes et neurologistes français (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 251) montre quel chemin on a parcouru dans cette voie, en ce qui concerne les seules localisations médullaires.

Mais, ainsi que M. Marinesco l'a montré dans un de ses mémoires, et que l'un de nous l'a soutenu, d'abord dans un de ses travaux avec Mme Parhon, puis à l'occasion de la discussion qui suivit le rapport de M. Sano, les mêmes lois régissent les localisations spinales et celles des noyaux des nerfs crâniens. Pour ces derniers aussi, des progrès importants ont été réalisés. Aux faits que nous possédions déjà (existence de groupements indépendants dans le noyau de la troisième paire, d'un centre spécial pour le pathétique), sont venues s'ajouter des acquisitions nouvelles, en même temps que l'on précisait ce qui était déjà connu.

C'est ainsi que M. Bernheimer, M. Van Biervliet ont apporté des contributions intéressantes à l'étude des localisations dans le noyau de l'oculo-moteur commun. M. Van Gehuchten a établi que la sixième paire présente deux noyaux indépendants, phénomène bien curieux et dont la signification, à ce que nous savons du moins, reste encore à déterminer. M. Marinesco a montré que le noyau dorsal du pneumogastrique est un centre moteur, ce que M. Mahaim, M. Van Gehuchten ont vérifié. Le même auteur a prouvé que le facial supérieur tire son origine du noyau commun de ce nerf, et d'une façon plus précise du segment dorsal du deuxième groupe de ce noyau, car il a pu décomposer celui-ci en trois groupements secondaires qui ont chacun leur signification propre. M. Van Gehuchten a confirmé d'une façon générale cette conclusion et ces deux auteurs, en réséquant tour à tour chacune des grosses branches du facial, sont arrivés à localiser la branche auriculaire, la branche supérieure et la branche inférieure.

Enfin, l'un de nous (Parhon), dans un travail fait en collaboration avec M. Goldstein, cherchant à préciser l'origine de la branche descendante de l'hypoglosse, a pu la localiser dans un petit groupe qui, chez le chien, occupe la partie la plus dorsale et la plus externe du noyau de ce nerf (*fig. 1*). Mais, fait plus important encore, il est parvenu à décomposer ce noyau en des groupements secondaires qui doivent avoir chacun leur signification propre.

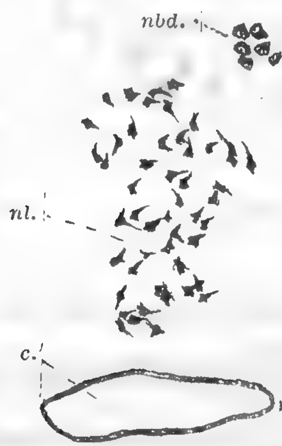


Fig. 1. — Coupe de l'extrémité inférieure du noyau de l'hypoglosse chez le chien.
c, canal épendymaire; *nl*, noyau des muscles de la langue; *nbd*, noyau de la branche descendante.

Plus tard, en étudiant avec M. Goldstein (1) le bulbe dans un cas de cancer de la langue chez l'homme, il a retrouvé chez ce dernier la subdivision du noyau en des groupes secondaires et a tenté même des localisations provisoires que des recherches ultérieures ont confirmées en partie. Si bien qu'aujourd'hui l'existence de groupements indépendants dans le noyau de ce nerf ne laisse pas le moindre doute.

M. Marinesco, en effet, dans une de ses nombreuses études de cytologie nerveuse, s'exprime de la façon suivante : « Le niveau de la coupe du noyau de l'hypoglosse et le groupe d'où proviennent les cellules mesurées doivent être pris en considération. C'est surtout les groupes antéro-externe et postéro-externe qui contiennent des cellules plus volumineuses. » Nous voyons donc ici l'existence des groupements hautement affirmée.

MM. Kosaka et Jagita (2), par des recherches récentes, sont arrivés à établir des localisations pour certaines branches de l'hypoglosse chez les oiseaux, chez le lapin, chez le singe. Mais c'est surtout sur le chien qu'ont porté la plupart de leurs recherches, et ils ont pu, chez cet animal, préciser non seulement la localisation des diverses branches du nerf, mais même celle des centres de certains des muscles qu'il innerve, tels que l'hyoglosse, le génioglosse, etc. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

II

Toutefois, si la méthode expérimentale nous donne des résultats fort instructifs chez les animaux, elle a le grave inconvénient de ne pouvoir s'appliquer à l'homme, au moins pour ce genre d'études. On est alors forcé de conclure par analogie, ce qui n'est pas toujours suffisant, ou de recourir aux recherches anatomo-pathologiques. Or, le nombre des faits expérimentaux peut être multiplié à notre gré, tandis que les observations anatomo-pathologiques sont beaucoup plus rares. Telle est la raison qui doit faire considérer chaque cas susceptible de nous fournir quelques renseignements comme un document précieux qui vaut la peine d'être recueilli avec soin, car il faut espérer que l'étude comparative et critique de ces faits nous présentera sous un jour nouveau les localisations dans le système nerveux de l'homme.

Ce sont les recherches faites à l'occasion d'une observation de ce genre que nous voulons exposer ici; elles nous permettront d'établir certaines localisations dans les noyaux de l'hypoglosse et du facial.

Il s'agit d'un malade que nous avons observé dans le service de M. Turbure, et qui présentait un cancer de la région sus-hyoïdienne. La tumeur avait gagné en profondeur, détruisant les muscles hyoglosse, mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien, génioglosse; elle avait empiété sur le styloglosse et sur le peaucier, et détruit complètement — mais du côté droit seulement — le digastrique, le triangulaire des lèvres, le carré du menton et le muscle de la houppe du menton. Du côté gauche, le digastrique avait gardé ses fibres, sans qu'il fût possible pourtant d'exclure toute altération. Le malade succomba dans le service et nous débitâmes en coupes sériées toute la région bulbo-protubérantielle.

Nous étudierons donc les altérations que nous avons trouvées et nous essayerons d'établir les relations qui existent entre ces altérations et les lésions périphériques.

(1) C. Parhon et Goldstein. Lésions secondaires dans les cellules du noyau de l'hypoglosse à la suite d'un cancer de la langue; considérations sur la morphologie de ce noyau chez l'homme; essai de localisation. (*Roumanie méd.*, 1er juin 1900.)

(2) Kosaka et Jagita. Experimentelle Untersuchungen über die Ursprünge des Nervus hypoglossus und seines absteigenden Astes. (*Jahrbücher f. Psychiatrie u. Neurol.*, 1903, XXIV, p. 150.)

III

Nous commencerons par le *noyau de l'hypoglosse*.

Dans son tiers inférieur, ce noyau, très réduit, présente deux groupes cellulaires : l'un antérieur, à cellules peu nombreuses, et qui offre des signes de réaction, l'autre postérieur.

Plus haut, vers le tiers moyen du noyau, en arrière du groupe postérieur en apparaît un autre, de sorte que nous avons maintenant trois groupes : antérieur, moyen (le postérieur des coupes précédentes) et postérieur. Ce dernier est souvent dédoublé.

Le groupe antérieur est, à ce niveau aussi, en dégénérescence (*fig. 2*). La réaction est même ici plus nette, car les cellules présentent une chromatolyse évidente, sont rondes, tuméfiées, tandis que dans le tiers inférieur du noyau elles étaient simplement tuméfiées, avec des éléments chromatophiles plus ou moins désintégrés, mais avaient gardé leur forme et leurs prolongements.



Fig. 2. — Coupe de la partie inférieure du tiers moyen du noyau de l'hypoglosse, chez l'homme, dans un cas de cancer de la région sus-hyoïdienne.
Le petit groupe antérieur en réaction (*ghy*) représente probablement le centre du génio-hyoïdien.

Dans son tiers supérieur, le noyau affecte dans son ensemble une disposition transversale. Nous retrouvons quelques rares cellules représentant le groupe antérieur, qui disparaît d'ailleurs bientôt. Les autres groupes sont interne, externe et moyen. Ce dernier est, en général, un peu plus postérieur que les deux premiers.

A la partie toute supérieure du noyau, le groupe interne disparaît, puis le groupe moyen; c'est le groupe externe qui persiste le plus longtemps. Outre les lésions du groupe antérieur, nous trouvons des altérations dans un sous-groupe secondaire, qui occupe la partie la plus externe du groupe externe (*fig. 3*), et dans un autre sous-groupe, qui constitue la partie la plus postérieure du groupe moyen (*fig. 3* et *4*).

Nous avons vu que, dans ce cas, la tumeur avait détruit l'hyoglosse, le génio-hyoïdien, le génioglosse, le mylo-hyoïdien et avait empiété (du côté droit seulement) sur le styloglosse. Il est dès lors bien naturel d'admettre une relation entre ces muscles et les groupes dont les cellules sont en réaction.

Mais est-il possible de préciser davantage? Le cas de cancer de la langue, que l'un de nous a étudié naguère avec M. Goldstein (1), avait permis de dire, parmi les conclusions provisoires qui terminent le travail, que le groupe antérieur innerve les muscles de la région inférieure de la langue (hyoglosse et génioglosse). Il nous semble qu'il faut maintenir la partie générale de cette conclusion, à savoir que le groupe antérieur est en relation avec les muscles de la région inférieure de la langue. Nous ne pou-

(1) Parhon et Goldstein. (*Loc. cit.*)



Fig. 3. — Coupe de la partie inférieure du tiers supérieur du noyau de l'hypoglosse dans le même cas.

Le sous-groupe externe (*hygl*) représente probablement le centre de l'hyoglosse; les groupes *mhy*, *ggl* correspondent vraisemblablement au mylo-hyoïdien et au génioglosse.

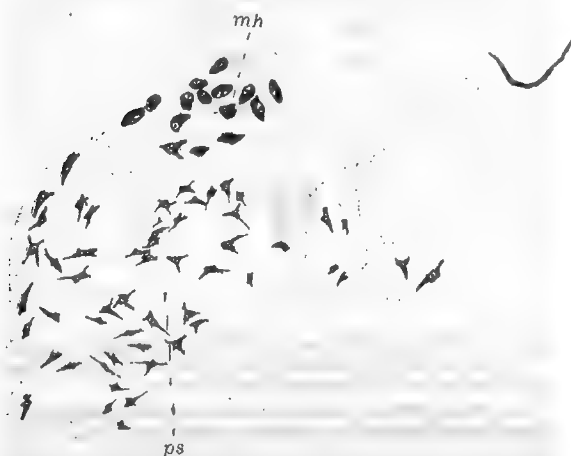


Fig. 4. — Coupe de la partie supérieure du tiers supérieur du noyau de l'hypoglosse dans le même cas.

mh, centre du mylo-hyoïdien; *ps*, centre des muscles de la région postérieure et supérieure de la langue.

vons par contre affirmer avec certitude qu'il innerve précisément les muscles cités. En effet, MM. Kosaka et Jagita, dans le mémoire auquel nous faisions tantôt allusion, concluent que chez le chien le groupe antérieur représente le centre du génio-hyoïdien. Toutefois, ce groupe se trouve dans le tiers supérieur du noyau, de sorte qu'il n'est pas sûr qu'il corresponde au groupe antérieur de l'homme. Mais si un jour on démontre qu'on peut identifier ces deux groupes cellulaires, alors on devra admettre qu'ils ont, chez l'homme et chez le chien, la même signification.

Le sous-groupe externe est peut-être en relation avec l'hyoglosse, car, d'après MM. Kosaka et Jagita, le centre de ce muscle correspond au groupe le plus externe et le plus dorsal de la moitié inférieure du noyau, sauf à l'extrémité tout à fait inférieure, où il manque. Mais ici encore il est à remarquer que les cellules en réaction du sous-groupe externe occupent chez l'homme la partie supérieure du noyau.

En ce qui concerne le muscle génioglosse, les cellules qui l'innervent ont une situation intermédiaire entre les groupes externe et moyen, dans la région où le canal épendymaire commence à s'ouvrir ou est déjà ouvert (chez le chien, toujours d'après les deux auteurs précités). Nous avons examiné à ce point de vue le noyau de l'hypoglosse, dans notre cas, et nous avons constaté, en effet, dans la partie supérieure de ce noyau — au point où il affecte une disposition transversale —, la présence de cellules en réaction qui rappellent assez bien la topographie qu'on trouve chez le chien. Il nous a semblé qu'elles constituaient le prolongement de la partie en réaction du groupe moyen. Il est donc très possible qu'elles innervent, chez l'homme aussi, le muscle génioglosse. Alors la partie dégénérée restante du groupe moyen serait en relation avec le muscle mylo-hyoïdien, mais nous n'avons pas, pour le moment, de faits expérimentaux nous permettant d'établir une comparaison sur ce point.

Si l'on fait abstraction des recherches expérimentales et des données anatomo-pathologiques antérieures, il n'en faut pas moins admettre que les cellules en réaction dans ce cas sont en rapport avec les muscles détruits, ce qui constitue déjà un progrès dans l'étude des localisations des muscles de la langue.

Dans le travail déjà cité de l'un de nous avec M. Goldstein, il est établi que le groupe externe est en relation avec les muscles de la région supéro-externe de la langue (lingual supérieur, amygdaloglosse). D'autre part, dans un cas de cancer localisé précisément à la région la plus postérieure et la plus externe de la langue, ayant intéressé le styloglosse et le lingual supérieur et détruit une grande partie du palatoglosse, du pharyngoglosse et de l'amygdaloglosse, Mme Parhon et l'un de nous ont trouvé des altérations importantes dans le même groupe et ont conclu de nouveau qu'il sert à innerver les muscles postérieurs et supérieurs de la langue (1).

Cette conclusion nous paraît définitivement établie par le fait que MM. Kosaka et Jagita ont trouvé eux aussi des altérations dans le tiers le plus externe du noyau, après la résection de la partie la plus externe et la plus postérieure de la langue. Le centre de l'hyoglosse formerait le sous-groupe le plus externe du noyau. Le reste doit être en rapport avec le palatoglosse, le pharyngoglosse, l'amygdaloglosse et peut-être avec le lingual supérieur. Le groupe interne était le plus altéré chez les animaux (chiens et lapins) auxquels les auteurs en question avaient extirpé le tiers antérieur de la langue. Nous avons pu vérifier le fait sur le chat.

En ce qui concerne l'origine de la branche descendante de l'hypoglosse, d'après MM. Kosaka et Jagita elle est exclusivement bulbaire chez les oiseaux et chez le lapin, en grande partie bulbaire chez le chien, mais seulement médullaire chez le singe. Il est à penser, d'après cette dernière constatation, qu'il doit en être de même chez l'homme.

(1) C. et Mme C. Parhon. Contribution à l'étude des localisations dans le noyau de l'hypoglosse : étude anatomo-pathologique du bulbe rachidien dans un cas de cancer de la langue. (*Rev. neurol.*, 15 mai 1903.)

IV

Passons maintenant à l'étude du *noyau du facial.*

La partie la plus inférieure de ce noyau nous a semblé représentée par deux groupes, l'un antérieur et interne, l'autre postérieur et externe. Mais le noyau acquiert bientôt un notable développement et nous apparaît comme formé d'un grand nombre de sous-groupes. Il est orienté de dehors en dedans et d'arrière en avant, de sorte qu'il présente dans son ensemble une direction oblique.



Fig. 5. — Coupe du noyau du facial droit dans le meme cas.

En *p*, une cellule en réaction et en *p'* des cellules normales qui sont probablement en relation avec le muscle peaucier; *dg*, deux groupes en réaction qui paraissent former ensemble les centres du digastrique; III, troisième groupe ventral innervant le triangulaire des lèvres, le muscle de la houppe du menton et le carré du menton; II', deuxième groupe dorsal en rapport avec les muscles du nez.



Fig. 6. — Coupe du noyau du facial gauche dans le même cas.

dg, III, II', comme dans la figure précédente.

On voit ici que c'est seulement le deuxième groupe ventral (avec ses deux sous-groupes) qui est en réaction. Dans le sous-groupe interne, la réaction est localisée à la moitié des cellules.

Ce noyau est, chez l'homme, beaucoup plus compliqué que chez le chien et que chez le lapin. Aussi ne pouvons-nous pas le subdiviser aussi facilement en groupes longitudinaux. Il nous a semblé plus aisé de distinguer des groupes ventraux et des groupes dorsaux, les uns et les autres au nombre de quatre. Toutefois, ce nombre n'est pas fixe : il varie selon le niveau des coupes et, d'autre part, entre les groupes ventraux et dorsaux, il est souvent possible de trouver des groupes intermédiaires. Il serait difficile de dire pour le moment le nombre exact de ces groupes secondaires; il est toutefois vraisemblable qu'il en existe un pour chacun des muscles innervés par le facial.

Dans notre cas, les altérations ne sont pas les mêmes du côté gauche et du côté droit.

Pourtant, nous trouvons en réaction, d'un côté comme de l'autre, la presque totalité du deuxième groupe ventral (*fig. 5* et *6*). On y remarque cependant, par-ci par-là, quelques cellules qui semblent normales. Ce groupe, dans certaines coupes, se montre subdivisé en deux sous-groupes. Du côté droit, on constate, en plus, des altérations dans le troisième groupe ventral (en allant de dedans en dehors), altérations qui, dans quelques coupes du tiers inférieur du noyau, peuvent être poursuivies jusqu'à la partie dorsale du noyau et qui, d'autre part, se retrouvent jusqu'à l'extrémité supérieure de celui-ci. Il nous a semblé même que c'est par le noyau dégénéré du second groupe que se termine le noyau du nerf facial.

Essayons maintenant de voir quelle est la signification des cellules en réaction.

Celles du second groupe, lésées d'un côté comme de l'autre, doivent forcément innerver un muscle qui a été altéré de deux côtés. Parmi ceux qui remplissent cette condition, nous ne trouvons que le peaucier et le digastrique. Mais le premier n'a été atteint que dans ses insertions supérieures; quant au second, ses fibres paraissaient, il est vrai, conservées du côté gauche, quoiqu'on ne pût exclure une altération du rameau moteur qui les innerve. Cela étant — et vu du reste certaines considérations, telles que la subdivision du noyau en deux sous-groupes, que nous avons mentionnée —, nous inclinons à penser que ce noyau innerve les deux chefs du digastrique plutôt que le peaucier.

Nous avons en outre trouvé, en quelques points, des cellules situées plus bas encore que les groupes ventraux et qui pourtant semblent appartenir au noyau du facial (Voir *fig. 5*), car par endroits on les trouve en réaction. Le fait qu'elles étaient partiellement dégénérées, ainsi que leur situation tout à fait ventrale, nous permet de supposer qu'elles pourraient bien être en relation avec le peaucier.

Quoi qu'il en soit, on peut conclure que les cellules du deuxième groupe ventral innervent l'un ou l'autre de ces deux muscles.

Quant aux cellules du troisième groupe ventral et à celles qui le continuent jusqu'à la partie dorsale du noyau, nous pouvons affirmer qu'elles innervent les muscles altérés seulement du côté droit, c'est-à-dire le triangulaire des lèvres, le carré du menton et le muscle de la houppe du menton, mais on ne peut pas pour le moment faire la part respective de chacun de ces muscles.

Rappelons que l'un de nous a signalé avec M. Savu la réaction du deuxième groupe dorsal dans un cas de cancer qui avait intéressé les muscles transverse et pyramidal du nez, le dilatateur des narines, le releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, ainsi que le sourcilier. Ce dernier groupe était absolument intact dans le présent fait.

Il nous semble qu'on pourrait dire, d'une manière générale, que les muscles les plus supérieurs innervés par le facial tirent leur innervation des groupes dorsaux, tandis que les plus inférieurs la reçoivent des groupes ventraux. Le premier groupe dorsal est, de tous, situé le plus en arrière. Serait-il en rapport avec le muscle frontal, qui occupe le niveau le plus supérieur parmi les muscles innervés par le facial? La chose paraît vraisemblable.

Telles sont les constatations que nous avons pu faire dans ce cas. Sans élucider d'une façon complète la question de la représentation, chez l'homme, des divers muscles innervés par l'hypoglosse et le facial dans les noyaux de ces nerfs, elles nous ont du moins permis d'établir certains faits jusqu'ici seulement soupçonnés de par les résultats de l'expérimentation, ou même absolument nouveaux : à ce titre elles nous ont paru constituer une contribution utile à l'anatomie clinique des noyaux bulbo-protubérantiels.

Ajoutons que nous avons également étudié le noyau du trijumeau, mais, comme il ne présentait qu'un très petit nombre de cellules en réaction, nous n'insisterons pas sur ce point.

C. Parhon, Privatdocent à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Pantélimon de Bucarest.
J. Papinian, Interne des hôpitaux de Bucarest.

MÉDECINE PRATIQUE

La valeur diagnostique de l'absence du réflexe aortique de percussion.

Il y a six ans, M. le docteur Cherchevsky, médecin consultant de l'hôpital Nicolas à Saint-Pétersbourg, faisait connaître dans ce journal même les résultats de ses recherches sur les modifications réflexes qu'une excitation cutanée (percussion) entraîne dans l'étendue de la zone de matité de l'aorte : en percutant avec le marteau, chez un sujet sain, la région aortique, préalablement délimitée par les moyens usuels, on voit se produire une dilatation notable du vaisseau, se traduisant par une augmentation de la zone mate; par la percussion du creux épigastrique, on observe le phénomène inverse, à savoir le rétrécissement de l'aorte. Tel est le réflexe aortique *normal* de percussion. Au contraire, chez les sujets dont l'aorte est altérée, notamment dans les cas d'artériosclérose de ce vaisseau, et aussi dans l'endaortite de la ménopause et les lésions aortiques d'origine syphilitique, l'étendue de la matité de l'aorte n'est en rien modifiée par la percussion, et cette *absence* du réflexe aurait, pour notre confrère russe, une valeur en quelque sorte pathognomonique, sans compter que, par sa précocité, ce symptôme permettrait de porter le diagnostic à un moment où les signes habituels de l'affection font encore à peu près complètement défaut (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 409-410).

Or, d'après l'expérience de M. le docteur E. Rondot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, l'abolition du réflexe à la percussion, tout en ayant, pour le diagnostic des lésions scléreuses de l'aorte, une valeur indiscutable, serait loin d'être l'apanage exclusif de cette affection, et s'observerait en réalité dans de nombreuses circonstances pathologiques, lesquelles se trouveraient principalement réalisées par deux catégories de faits, caractérisées l'une par l'existence d'une altération du vaisseau (quelle qu'en soit la nature), l'autre par l'absence de réaction vasomotrice consécutive à la percussion, étant du reste bien établi que ces deux conditions peuvent coïncider et s'associer de façons très variables.

C'est ainsi, pour ce qui concerne les faits du premier groupe, que notre confrère, dans les aortites infectieuses, aiguës, subaiguës ou chroniques, a régulièrement constaté la suppression du réflexe aortique, souvent dès le début du processus morbide. Dans certains cas, même, la fixité de la matité aortique lui permit de prévoir, en l'absence de tout autre signe, l'imminence d'une poussée d'aortite que des modifications du timbre et de la sonorité des bruits valvulaires au foyer aortique vinrent confirmer les jours suivants; inversement, en raison du retour progressif du réflexe aortique, il put parfois prédire la guérison.

Dans le même ordre d'idées, le signe indiqué par M. Cherchevsky a rendu à M. Rondot de bons services pour le diagnostic différentiel entre l'aortite chronique et les syndromes angoreux indépendants de toute lésion aortique (angor toxique d'origine rénale, gastro-hépatique, utéro-ovarienne, etc.), ces derniers états morbides n'entraînant aucune modification du réflexe aortique.

Mais, en dehors des cas de ce genre — qui ne font en somme qu'élargir la signification attribuée par M. Cherchevsky à l'abolition du réflexe en question pour le diagnostic des lésions de l'aorte —, M. Rondot a pu se convaincre, par la recherche systématique de ce signe chez tous les malades atteints d'affections aiguës, hospitalisés dans son service, que la fixité de la matité aortique peut s'observer malgré l'intégrité parfaite des tuniques de l'aorte. Il en est ainsi notamment dans les empoisonnements, et surtout dans les infections aiguës, où l'on voit le réflexe faire défaut à la période d'état, pour reparaître au moment de la convalescence, et disparaître de nouveau à l'occasion d'une rechute ! ce parallélisme même, entre l'état du réflexe et les oscillations de la maladie, permet déjà de soupçonner qu'il ne peut s'agir en l'espèce d'une lésion aortique confirmée; et d'ailleurs, dans plusieurs cas terminés par la mort, l'autopsie a montré à notre confrère que les parois de l'aorte étaient indemnes de toute altération.

Comme autres causes susceptibles d'entraîner l'abolition du réflexe aortique en l'absence d'une lésion de l'aorte, M. Rondot cite encore l'existence de brides pleuro-aortiques qui, dans 2 cas observés par lui, s'opposaient à l'ampliation normale du vaisseau; les épanchements à niveau élevé, simples ou cloisonnés, surtout du côté droit; enfin les tumeurs du médiastin et notamment les adénopathies trachéobronchiques dont la disparition coïncida chez plusieurs malades avec le retour du réflexe normal.

Ainsi donc, le signe de Cherchevsky ne saurait être considéré comme pathognomonique des lésions de l'aorte, mais constitue seulement un signe de grande probabilité, sujet toutefois à diverses causes d'erreur. Son absence même n'aurait pas une valeur absolue au point de vue de l'intégrité des tuniques aortiques : en effet, M. Rondot a trouvé, dans des autopsies, des plaques athéromateuses à l'origine du vaisseau — plaques petites et assez espacées, à dire vrai —, bien que pendant la vie il eût nettement constaté, à diverses reprises, la persistance de l'ampliation aortique.

Ajoutons, en ce qui concerne la recherche du réflexe en question, que notre confrère pratique la percussion au niveau du deuxième espace intercostal droit, sur une étendue de 4 à 5 centimètres à partir du sternum; que, contrairement à M. Cherchevsky, il préfère percuter avec les doigts (index et médius) plutôt qu'avec le marteau, et qu'il cherche enfin, au cours de ces manœuvres, à éviter l'apparition de la sensation douloureuse signalée par notre confrère russe, celle-ci ne lui paraissant nullement nécessaire à la production du phénomène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1904.

De l'ablation des tumeurs du gros intestin.

M. Hartmann. — Pour faire suite à ma communication du 2 novembre dernier (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 365), je puis ajouter 3 observations nouvelles aux 14 faits que je vous ai précédemment relatés.

J'ai opéré le 11 novembre une femme de vingt-six ans, atteinte d'une tumeur du cæcum, simulant un néoplasme, et qui était, en réalité, de nature tuberculeuse. Ayant enlevé la tumeur, j'ai pratiqué, après fermeture des deux bouts, une iléo-colostomie latérale entre la portion terminale de l'iléon et le côlon ascendant; la malade a parfaitement guéri.

Le deuxième fait a été publié par M. Lecène, qui a effectué avec succès la même intervention chez un homme de quarante-trois ans.

Enfin M. Cunéo m'a communiqué une observation de tuberculose de l'angle droit du côlon traitée suivant la technique que je vous ai exposée dans ma dernière communication; son opéré, qui est âgé de trente-sept ans, a guéri au point de vue opératoire, mais il présente actuellement des accidents d'ordre méningé, qui paraissent être de nature tuberculeuse comme la lésion cæcale.

M. Quénu. — Ces 3 faits sont relatifs à des lésions tuberculeuses du cæcum ou du côlon; or, je persiste à considérer que la tuberculose du gros intestin ne doit pas être confondue avec les tumeurs du même organe.

M. Guillet (de Caen) adresse l'observation d'un homme de cinquante-cinq ans, chez lequel il a pratiqué la résection de 7 ou 8 centimètres de gros intestin, suivie d'entérorraphie circulaire à double plan, pour une tumeur du volume du pouce, siégeant sur le côlon descendant un peu au-dessus de l'S iliaque; l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé. Le résultat opératoire a été excellent; la guérison se maintient depuis vingt mois.

Traitement des plaies de la rate.

M. Michaux. — J'ai eu, dans un cas de plaie de la rate, quelque difficulté à aborder le pédicule splénique. Après avoir fait une laparotomie latérale, sur le bord externe du muscle droit, j'ai dû pratiquer une seconde incision perpendiculaire à la première; en faisant alors tirer fortement, par un aide vigoureux, le bord inférieur du thorax vers le haut, j'ai obtenu un jour très considérable, parfaitement suffisant pour accéder sur le pédicule de la rate.

Dans les cas de ce genre, où il s'agit d'aller très vite, je crois que cette manœuvre est préférable à la résection du rebord costal, dont M. Demoulin nous a parlé à propos d'une observation de M. Auvray (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 372).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 2 et 9 décembre 1904.

Cirrhose hypertrophique de la rate avec cirrhose atrophique du foie d'origine paludéenne.

M. Lesné. — J'ai observé un homme de vingt-trois ans, sujet à des accès de fièvre paludéenne contractée en Turquie, qui fut atteint, au mois d'avril dernier, d'une ascite abondante pour laquelle il fut nécessaire de le ponctionner à différentes reprises. La palpation de la région abdominale permit, d'autre part, de constater une hypertrophie considérable de la rate, qui avait 25 centimètres de diamètre. L'examen du sang, pratiqué plusieurs fois, ne donna aucun résultat, mais celui des urines démontra l'existence d'une insuffisance marquée des fonctions hépatiques. Malgré les différents traitements qui furent institués, l'état du malade ne fit que s'aggraver et la mort survint quarante-huit heures après une splénectomie que cet homme avait instamment réclamée.

A l'autopsie, le foie légèrement hypertrophié offrait tous les caractères de la cirrhose atrophique de Laënnec. La localisation des lésions au niveau des vaisseaux portes fut vérifiée histologiquement. Il n'existait ni angiocholite, ni péri-angiocholite. La rate, considérablement augmentée de volume, était le siège d'une sclérose interstitielle diffuse avec diminution du nombre des corpuscules de Malpighi, petits foyers hémorrhagiques, etc. Les vaisseaux intraspléniques n'offraient aucune altération, mais il n'en était pas de même de la veine splénique qui était le siège d'une endophlébite et présentait, en outre, le long de son trajet, un grand nombre de ganglions lymphatiques hypertrophiés et sclérosés. Les autres organes étaient sains.

En présence de ces constatations, il me paraît légitime d'admettre que la cirrhose du foie, aussi bien que celle de la rate, était d'origine paludéenne, et que la première était consécutive à la seconde : ce serait donc là un exemple de ces cirrhoses du foie post-splénomégaliques sur lesquelles M. Chauffard a appelé récemment l'attention.

M. Chauffard. — La filiation des accidents, telle que l'admet M. Lesné, me semble mise hors de contestation par la présence des ganglions sclérosés juxtaposés à la veine splénique.

Purpura systématisé par intoxication salicylée.

M. Ramond. — Chez un sujet atteint de blennorrhagie avec douleurs rhumatoïdes, j'ai vu apparaître, quelques heures après l'administration d'une potion au salicylate de soude, une éruption purpurique polymorphe constituée par de larges plaques ecchymotiques, des papules et des pétéchies, réparties uniquement sur les territoires des deux petits sciatiques et des nerfs brachiaux cutanés internes.

Cette éruption semble devoir être attribuée au ralentissement de l'élimination du salicylate de soude par les urines. Le patient, en effet, n'avait excrété, au bout de quarante-huit heures, que 1 gr. 60 centigr. de médicament, sur les 10 grammes qu'il en avait absorbés pendant le même laps de temps. L'élimination des autres sels urinaires était normale.

Il est possible qu'un certain nombre de cas de purpuras dits rhumatoïdes reconnaissent une pathogénie analogue.

Pneumococcie pseudo-membraneuse broncho-pneumonique.

M. Ménétrier. — Voici des fausses membranes ramifiées, non diphtériques, qui ont été expectorées à la suite d'accès de suffocation par un enfant de deux ans, malade depuis deux mois déjà, pâle et très amaigri, à l'auscultation duquel on constatait, au niveau du sommet du poumon gauche, une respiration franchement soufflante et des râles humides. Ces signes physiques persistèrent pendant quelques jours, puis ils disparurent peu à peu, ainsi que les crises de suffocation et les expectorations pseudo-membraneuses, et actuellement l'enfant est complètement rétabli, au moins en apparence.

L'examen bactériologique des fausses membranes expectorées y a démontré la présence du pneumocoque à l'état de pureté. Leur ensemencement a donné des cultures pures du même microbe, et leur inoculation à la souris a provoqué l'apparition d'une infection pneumococcique lente, mais incontestable.

Au point de vue histologique, les fausses membranes étaient constituées par des fibrilles stratifiées, des leucocytes polynucléaires et des cellules prismatiques ou cubiques.

En raison de ces caractères, et en particulier de l'absence d'éléments ciliés, je crois pouvoir admettre que cette bronchopneumonie pseudo-membraneuse siégeait surtout au niveau des dernières ramifications bronchiques.

Guérison apparente d'un hydropneumothorax tuberculeux.

M. Galliard relate l'observation d'un homme de trente et un ans, tuberculeux et atteint d'un hydropneumothorax qui fut traité par des évacuations partielles et successives. Quatre mois environ après le début de ce traitement, le malade quitta l'hôpital, guéri en apparence de son hydropneumothorax, car plusieurs ponctions pratiquées sur des points différents n'avaient donné aucun résultat. Or, actuellement, cet homme est atteint d'un épanchement purulent de la plèvre gauche.

Ce fait tend à prouver que, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, la guérison des hydropneumothorax d'origine tuberculeuse n'est jamais complète : il suffit de suivre les malades pendant un certain temps pour constater la réapparition du liquide dans les cavités pleurales.

M. Moutard-Martin fait observer que, sauf indications particulières (abondance extrême du liquide, tension des gaz épanchés, etc.), il faut éviter de faire des ponctions en cas d'hydropneumothorax chez les tuberculeux.

M. Comby croit aussi que la meilleure conduite à tenir en présence d'un hydropneumothorax — quelle qu'en soit d'ailleurs la cause — consiste à s'abstenir de toute intervention; il cite 2 cas de cette affection qui ont guéri par l'expectation.

Maladie de Quincke et œdèmes aigus essentiels.

M. Apert lit une note dans laquelle il insiste sur la nécessité de ne pas englober indistinctement dans la maladie de Quincke tous les œdèmes aigus essentiels circonscrits de la peau. Les seuls œdèmes relevant de la maladie de Quincke sont en réalité des manifestations aiguës d'une maladie chronique, essentiellement héréditaire et familiale, qui ne s'accompagne pas de phénomènes généraux et récidive fréquemment.

Les œdèmes aigus circonscrits, autrefois connus sous le nom d'œdèmes aigus rhumatismaux, œdèmes tropho ou angio-neurotiques, etc., etc., pour lesquels l'orateur propose la dénomination d'*œdèmes péliosiques*, doivent être soigneusement distingués de la maladie de Quincke dont ils se différencient par leur caractère accidentel et passager, leur fixité, leur localisation à la peau, à l'exclusion des muqueuses, et aussi parce qu'ils ont pour concomitants habituels de la courbature, des douleurs rhumatoïdes, de l'anorexie, etc.

Statistique de la mortalité par diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1903-1904.

M. Marfan communique la statistique des cas de diphtérie observés à l'hôpital des Enfants-Malades du 1er mai 1903 au 1er mai 1904.

Au cours de cette année, la mortalité globale a été de 14.2 % (86 décès sur 605 cas) et la mortalité réduite — défalcation faite des cas de mort survenus dans les premières vingt-quatre heures de séjour à l'hôpital — de 9 % (56 décès). En 1902-1903, la mortalité avait atteint 15.8 % et, en 1901-1902, 21 %. La diminution de la mortalité, au cours de l'année 1903-1904, est attribuée par l'orateur à la fréquence beaucoup moins grande des angines malignes : elles ont fourni seulement 18 % des décès en 1903-1904, au lieu de 24 et de 37 % en 1902-1903 et 1901-1902.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 3 et 10 décembre 1904.

Sur la signification défensive et antitoxique des surcharges graisseuses pathologiques.

M. Carnot et **Mlle Deflandre.** — En étudiant les lésions graisseuses pathologiques, si fréquentes notamment au niveau du foie, nous avons constaté que, dans la plupart des cas, il s'agissait plutôt de surcharge graisseuse que de dégénérescence. Nous nous sommes demandés, en outre, si cette surcharge graisseuse n'avait pas la signification d'un processus réactionnel de défense, et dans ce but nous avons réalisé plusieurs fois l'expérience suivante : des cobayes sont nourris, pendant huit jours, avec du beurre, ce qui détermine une surcharge graisseuse appréciable du foie; ils reçoivent alors une dose une fois et demie mortelle d'alcool (8 à 9 grammes d'alcool absolu par kilo). Or, tous les animaux survivent, après avoir présenté des signes très légers d'ébriété et sans hypothermie; tous les témoins meurent avec une hypothermie progressive.

Ce fait est à rapprocher de l'évolution souvent bénigne des hépatites graisseuses alcooliques, ainsi que de la manière dont les sujets qui en sont atteints supportent de nouvelles doses d'alcool.

La surcharge graisseuse du foie paraît donc augmenter le pouvoir antitoxique de cet organe : la prétendue dégénérescence graisseuse n'est souvent, en réalité, qu'un acte réactionnel, la surcharge adipeuse ayant alors une signification défensive et antitoxique.

Cancer primitif du foie et cholémie familiale.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — De même que les cirrhoses alcooliques, le cancer primitif du foie, massif ou nodulaire, se développe de préférence chez des sujets atteints antérieurement de cholémie familiale ou d'une autre affection biliaire.

A l'appui de cette opinion, nous pouvons citer l'observation d'un malade atteint de cancer avec cirrhose, à évolution rapide, vérifié à l'autopsie, qui, fils d'une mère morte de cancer du sein et d'un père cholémique, était lui-même antérieurement cholémique.

Quelle que soit d'ailleurs la manière d'interpréter la prédisposition créée chez certains sujets par la cholémie familiale et les autres affections biliaires, cette prédisposition est prouvée par de nombreux faits, et elle apporte un élément de diagnostic, lorsqu'il y a doute sur la nature primitive ou secondaire d'un néoplasme hépatique; l'absence de tout antécédent biliaire, personnel ou héréditaire, peut, en effet, jointe à d'autres signes, faire rejeter le diagnostic de cancer primitif et admettre celui de cancer secondaire.

Lésions du tissu élastique des artères dans l'athérome.

M. Josué. — Lorsqu'on étudie des coupes d'une artère athéromateuse du cerveau ou des membres, à l'aide des méthodes de Weigert et d'Unna, on constate que les lames élastiques sont séparées les unes des autres, irrégulières, moniliformes et fragmentées.

Entre les lames dédoublées, il existe un réseau élastique formé de très fines lamelles anastomosées et profondément lésées; en outre, on y trouve de la substance amorphe, de la substance calcaire et de très rares éléments cellulaires à noyau unique.

Les lésions histologiques de l'athérome expérimental de l'aorte, déterminé par l'injection d'adrénaline dans les veines du lapin, sont en tout semblables à celles de l'athérome humain. La lésion capitale de l'athérome artériel a donc pour siège les lames élastiques.

Influence de la splénectomie sur la marche de l'infection par les bacilles de la tuberculose en cultures homogènes.

M. F. Arloing (de Lyon). — Lorsqu'on injecte dans les veines du lapin des bacilles de la tuberculose poussant dans du bouillon en cultures homogènes, on provoque une infection aboutissant en trois ou quatre semaines à la mort avec cachexie extrême et hypertrophie de la rate. Celle-ci est farcie de bacilles presque à l'exclusion des autres organes. Etant donnée cette hypertrophie si marquée, j'ai eu l'idée de pratiquer la splénectomie avant et au cours de l'infection intraveineuse.

J'ai pu m'assurer ainsi que la splénectomie favorise l'extension et la rapidité de l'évolution des lésions tuberculeuses vers la caséification dans les divers organes qui d'ordinaire ne présentent pas de lésions tuberculeuses macroscopiques. L'ablation de la rate faite avant l'infection permet l'édification de lésions tuberculeuses plus marquées que si elle est pratiquée après l'inoculation. Plus la splénectomie est faite tardivement, plus l'infection se rapproche du type anatomique observé chez les animaux témoins. Ces faits mettent en évidence le rôle protecteur de la rate dans l'infection tuberculeuse primitivement à forme septicémique.

Sur les causes de la sénilité.

M. Lorand relate un certain nombre de faits cliniques et expérimentaux qui permettent de considérer la sénilité comme un processus morbide dû à la dégénérescence des glandes vasculaires sanguines dont le rôle est de maintenir les processus trophiques. Les circonstances reconnues délétères pour ces glandes (multiparité avec allaitement prolongé, abus sexuels, toxines exo et endogènes, maladies infectieuses chroniques, etc.) sont aussi celles qu'on accuse généralement de déterminer la sénilité prématurée.

Il y a donc lieu de supposer que, par des mesures hygiéniques et une organothérapie rationnelle, il serait possible d'influencer quelques-uns des symptômes de la sénilité, au moins de la sénilité prématurée, laquelle offre d'ailleurs beaucoup de points communs avec le myxœdème.

Nature de la pseudencéphalie.

M. Rabaud dit qu'il résulte des recherches qu'il a faites sur une dizaine de fœtus pseudencéphales ou anencéphales que la pseudencéphalie et l'anencéphalie sont le résultat d'une méningite frappant le fœtus vers l'âge moyen de la vie intra-utérine, et débutant par la pie-mère qui revêt la convexité des hémisphères. L'inflammation gagne de proche en proche l'encéphale et la moelle, et aboutit peu à peu à la destruction de ces organes sans entraîner fatalement la mort, par suite de la résistance tout à fait remarquable que confère au fœtus son existence parasitaire.

La zoamylie hépatique dans les infections et intoxications.

MM. Lœper et **Ch. Esmonet** communiquent les résultats de leurs recherches concernant l'influence directe des infections ou intoxications humaines et expérimentales, intraveineuses, intraportales ou sous-cutanées, sur le glycogène du foie.

La zoamylie se modifie peu pendant la première heure, puis diminue en îlots ou en nappes périportales jusqu'à disparaître complètement.

Chez les animaux qui survivent et sont sacrifiés du deuxième au huitième jour, les résultats varient avec la dose injectée.

Quand il s'agit de microbes, et particulièrement du bacille de Koch, les foyers infectieux sont souvent riches en glycogène, alors que la cellule hépatique en est dépourvue.

Les intoxications légères et répétées, les irritations par certaines substances peu toxiques (sulfate de soude, chlorure en solution hypertonique), provoquent au contraire une hyperzoamylie manifeste.

Les variations du glucose du sang sont constantes, mais non absolument parallèles à celles du glycogène hépatique.

Le liquide céphalo-rachidien dans la rage.

M. Ch. Lesieur adresse une note relative à 4 faits de rage humaine où l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien a fourni des résultats dissemblables : dans 2 de ces cas, en effet, il fut absolument négatif; dans un troisième, on trouva, la veille et le jour de la mort, de la polynucléose (85 %); il en fut de même chez le quatrième malade une heure avant la mort.

Chez 3 chiens et 3 lapins atteints de rage, les résultats de l'examen cytologique furent négatifs.

Inoculé au chien et au lapin, le liquide céphalo-rachidien de 3 des malades ci-dessus mentionnés fut reconnu dénué de toute virulence.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 5 décembre 1904.

Sur la pseudo-leucémie.

M. Plehn fait une communication dans laquelle il attire l'attention sur le peu de précision du terme de pseudo-leucémie, lequel s'applique, d'une part, à des tumeurs multiples, constituées principalement par des cellules migratrices polymorphes et n'ayant rien à voir avec la leucémie vraie, et d'autre part à des leucémies latentes, caractérisées par des lymphadénomes légitimes, mais avec tableau hématologique ne rappelant nullement celui de la leucémie et ressemblant à celui de l'anémie pernicieuse. Si l'on ajoute que M. Benda a trouvé, dans des cas de ce genre, des altérations de la moelle osseuse analogues à celles qui ont été signalées dans l'anémie pernicieuse; que, en outre, l'orateur a lui-même constaté que le foie et la rate offrent la même réaction ferrugineuse dans l'une et l'autre de ces affections, on sera forcé de reconnaître qu'il existe, entre ces formes de leucémie latente et l'anémie pernicieuse, de nombreux points de contact.

M. Plehn relate ensuite un fait appartenant à cette catégorie. Il s'agit d'un homme qui, après une première phase pendant laquelle il présentait une anémie très considérable à caractère pernicieux, se rétablit presque complètement, puis fut emporté par une septicémie streptococcique. Or, l'autopsie, faite par M. Benda, révéla une altération lymphoïde de la moelle des os, ainsi que l'existence de lymphomes métastatiques très nombreux du foie et de la rate. Il est à remarquer que, dans ce cas, les volumineuses tumeurs lymphatiques, si caractéristiques de la leucémie, faisaient entièrement défaut et que par contre l'hypertrophie splénique était beaucoup plus marquée qu'il n'est habituel dans cette affection.

M. Kraus communique un certain nombre de faits relatifs au diagnostic fonctionnel du cœur.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 10 décembre 1904.

Lymphome caverneux avec lymphorrhée.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. Albrecht** a présenté un malade atteint depuis plusieurs années d'une tumeur molle et réductible qui siège au-dessous de l'aine droite et qui empiète sur le tiers supérieur de la cuisse. Il y a six ans que cette tumeur a commencé à se recouvrir de petites vésicules, qui se rompent et donnent issue à un liquide chyleux, contenant de l'albumine, de la graisse et du sucre. Depuis quelques semaines, le patient a dans la région inguinale gauche une tumeur analogue, mais sans vésicules.

D'après l'orateur, il s'agit dans ce cas de lymphorrhée au niveau d'un lymphome caverneux. Le traitement consistera dans la cautérisation au fer rouge des voies lymphatiques dilatées.

M. Isidor Neumann dit avoir observé un cas de lymphorrhée par la vulve et le vagin, ainsi que par une tumeur située au niveau de la cuisse.

M. R. Frank relate l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans, chez lequel un des membres inférieurs était recouvert d'ectasies lymphatiques avec écoulement de lymphe au niveau du creux poplité.

M. von Eiselsberg déclare que, dans 2 cas, il a dû faire plusieurs extirpations et cautérisations pour mettre fin à une lymphorrhée se produisant au niveau d'ectasies lymphatiques.

M. Riehl estime que, dans le cas de M. Albrecht, il s'agit d'anomalies lymphatiques congénitales.

M. Albrecht conteste le caractère congénital de la lésion chez le malade qu'il a présenté, car l'apparition de la tumeur lymphatique dans l'aine gauche est de date récente.

Traitement des tuberculoses articulaires.

M. von Mosetig-Moorhof fait une communication dans laquelle il critique les procédés de traitement des tuberculoses articulaires qui visent à l'enkystement des foyers, ceux-ci, en pareille occurrence, demeurant toujours susceptibles de se réveiller. Aussi l'orateur croit-il que le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation large des parties atteintes (capsule, cartilages articulaires, os, parties molles), suivie d'un plombage à l'iodoforme (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 419).

Sur 371 cas qu'il a traités de la sorte dans les cinq dernières années — 67 concernaient des enfants de moins de dix ans —, M. von Mosetig-Moorhof ne compte que des succès, tant au point de vue du résultat opératoire immédiat qu'en ce qui concerne le rétablissement des fonctions du membre.

M. Haudek croit que le traitement conservateur est indiqué chez les enfants de moins de dix ans, tandis que chez les sujets plus âgés le traitement opératoire est nécessaire à cause du pronostic fâcheux de l'affection.

M. Spitzmüller (de Bad-Hall) vante les résultats du plombage des os selon le procédé de M. von Mosetig-Moorhof; ce procédé, d'après l'orateur, abrège considérablement la durée du

traitement et offre les meilleures garanties au point de vue des récidives.

M. A. Lorenz pense que la cure sanglante est indiquée dès que la suppuration menace de devenir chronique. En ce qui concerne particulièrement la tuberculose de la hanche, elle est souvent d'origine synoviale; aussi l'intervention précoce est-elle d'ordinaire suivie de succès.

M. von Eiselsberg est d'avis que, dans les cas légers de tuberculose articulaire, le repos et le traitement hygiénique donnent des résultats très favorables. Dans les cas de moyenne gravité, le traitement conservateur (incision, évidement, injection d'huile iodoformée, suture) est indiqué. Enfin, quand l'os est détruit sur une grande étendue, il faut faire la résection des parties malades et l'extirpation de la capsule.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De l'hallux flexus, par M. L. LONGUET.

L'attitude vicieuse des orteils, que l'on désigne habituellement sous le nom d'orteil en marteau et pour laquelle M. Longuet propose la dénomination d'*hallux flexus*, se présente dans des circonstances si nombreuses et si différentes que l'auteur croit devoir distinguer quatre types principaux de cette déformation, chacun d'eux ayant en propre ses causes, ses lésions, ses symptômes et son traitement. Ces types comprennent l'*hallux flexus* traumatique, le neuro-paralytique, le dystrophique ou *senilium*, le congénital ou *adolescentium*.

Le plus souvent volontaire (pour échapper au service militaire), parfois accidentel, ou encore chirurgical, l'*hallux flexus* traumatique est dû à la section d'un tendon extenseur ou fléchisseur ou à celle d'un interosseux, à une brûlure ou à une application de caustique. Outre la présence d'une cicatrice apparente, on constate dans ces cas que l'orteil est plutôt fléchi en crochet qu'en marteau. Il n'y a ni durillon ni hygroma au sommet de l'angle formé par l'attitude vicieuse de l'orteil. Une ténorrhaphie ou un débridement de la cicatrice, avec ou sans autoplastie, suffisent, le plus souvent, pour supprimer toute gêne et toute douleur.

L'*hallux flexus* neuro-paralytique est bien différent du précédent. Généralement, on le rencontre chez un sujet ayant subi une atteinte de paralysie infantile, une paraplégie pottique ou un traumatisme rachidien. La jambe est amaigrie et froide; le pied, creux, rabougri, présente en avant deux ou trois orteils en griffe : l'affection, dans cette variété, s'étend, en effet, assez fréquemment à plusieurs orteils. Ici, la cure de la difformité ne constitue qu'un complément de l'opération qui a pour but de corriger la lésion principale constituée par le pied bot équin.

L'*hallux flexus* dystrophique ou *senilium* représente un troisième type nosologique non moins nettement tranché que les précédents : il s'agit de vieillards arthritiques, rhumatisants, goutteux ou athéromateux, dont l'avant-pied est grossièrement déformé, les orteils étant *tous* déviés de leur attitude normale. Dans ces cas, l'*hallux flexus* ne constitue qu'un épiphénomène très accessoire chez un sujet atteint de manifestations articulaires multiples. Il ne contribue d'ailleurs que pour une bien faible part aux désordres de la statique et de la marche. A la fois ostéo-articulaire et extra-squelettique dans ses lésions, la difformité ressortit surtout à une thérapeutique médicale générale (iodure de potassium et salicylate de lithine). Quelquefois cependant une résection orthopédique donne un bénéfice très appréciable.

Contrairement au type dystrophique multi-articulaire sénile, l'*hallux flexus* de l'enfance et de l'adolescence est uni ou pauci-articulaire. Congénital, il se caractérise anatomiquement par une subluxation des articulations phalango-phalanginiennes, subluxation due à un raccourcissement scléreux des ligaments latéraux, de la capsule, de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané plantaire, mais sans qu'il existe de lésions concomitantes des surfaces articulaires, des muscles, des tendons ou de l'aponévrose plantaire.

Au point de vue pathogénique, cette véritable péri-ankylose constituerait, d'après l'auteur, une malformation congénitale d'apparition tardive, sorte d'aplasie fibreuse par arrêt du développement. A l'appui de cette thèse, M. Longuet insiste sur la constatation de cas d'*hallux flexus* au moment de la naissance, ainsi que sur la coexistence fréquente d'une autre affection dont l'origine congénitale est avérée. La déformation de l'orteil, dans les cas de ce genre, date d'ailleurs bien plus fréquemment de l'enfance que de l'adolescence.

Etant donnée la nature congénitale de l'*hallux flexus*, il est évident que celui-ci échappe à tout traitement préventif. Parmi les procédés susceptibles d'une action curative, l'auteur attribue peu de valeur aux mesures orthopédiques pures; il rejette également l'amputation et la désarticulation; quant aux téno-aponévrotomies, elles lui paraissent irrationnelles, les organes que ces interventions sont supposées libérer étant parfaitement indemnes et nullement rétractés.

C'est la résection orthopédique de l'articulation que M. Longuet considère comme l'opération de choix : elle sera pratiquée suivant le procédé de Terrier ou bien selon une technique personnelle à l'auteur, consistant essentiellement en une résection semi-articulaire, cunéiforme ou trochléiforme. (*Rev. d'orthopédie*, septembre 1904.) — F. M.

Nouveau traitement de l'épilepsie par la ligature du sinus longitudinal supérieur au-dessus du pressoir, par M. H. DELAGÉNIÈRE.

Au cours d'une trépanation pratiquée chez un homme de cinquante-quatre ans pour des attaques comitiales graves, ayant nécessité l'hospitalisation du malade, il advint qu'en prolongeant vers le haut l'incision dure-mérienne, on blessa le sinus longitudinal supérieur à 1 centimètre environ en arrière du sillon de Rolando. Pour maîtriser l'hémorrhagie qui s'ensuivit, on remplit le sinus à l'aide d'un tampon de gaze aseptique et on termina immédiatement l'opération en rabattant et en suturant le lambeau. Or, non seulement la guérison opératoire fut parfaite, mais de plus les attaques épileptiques disparurent complètement et la guérison se maintient depuis plus de deux ans.

En présence d'un résultat aussi heureux, M. Delagénière a eu l'idée de combattre l'épilepsie en pratiquant de propos délibéré la ligature du sinus longitudinal supérieur, ligature à laquelle équivaut le tamponnement du vaisseau.

Les bons effets de cette opération s'expliquent fort bien si l'on admet, ainsi que le fait paraît acquis, que la crise épileptique est due à une dilatation permanente des veines de la surface externe des hémisphères, cause essentielle de l'irritation corticale qui se traduit par la crise. Tout épileptique serait donc curable tant qu'il n'existerait que des phénomènes congestifs : à la période de début — période plus ou moins longue d'ailleurs suivant les cas —, il suffirait de modifier la circulation corticale pour faire cesser les crises; une pareille modification aurait également pour effet de prévenir le développement ultérieur de lésions scléreuses trop avancées pour qu'on puisse en espérer la guérison.

En pratique, l'occlusion du sinus longitudinal supérieur est réalisée par la ligature du sinus près de sa terminaison, suivant un procédé imité de la ligature de la saphène au pli de l'aine pour les varices superficielles de la jambe. Voici la technique opératoire de M. Delagénière :

On taille sur la ligne médiane un lambeau en U renversé, large de 7 ou 8 centimètres et haut de 7 centimètres, dont la base répond à une ligne passant par la protubérance occipitale externe, le sommet se trouvant à 1 centimètre environ du sillon de Rolando. Ce lambeau étant disséqué et récliné, on crée dans l'os une ouverture médiane et symétrique de 4 centimètres de largeur sur 5 centimètres de longueur. Pour isoler le sinus sans risquer de l'ouvrir, on pratique alors, à 2 centimètres de la ligne médiane de la dure-mère, une petite incision à direction antéro-postérieure. Puis on sectionne la dure-mère perpendiculairement à la direction de la première incision, en se rapprochant du sinus à petits coups de ciseaux, jusqu'à ce que l'extrémité mousse de l'instrument butte contre la paroi du vaisseau. Une incision en T semblable étant pratiquée rigoureusement en regard de la précédente, on place des écarteurs entre le cerveau et le sinus, et l'on pousse une aiguille de Reverdin à travers la faux du cerveau, à 15 ou 20 millimètres de la surface convexe du sinus : une anse de catgut fort, que l'on fait passer à l'aide de l'aiguille, sert à placer sur le sinus deux ligatures, distantes l'une de l'autre d'environ 1 centimètre. Si on lie les deux fils avec soin, l'interruption du courant sanguin est assurée d'une façon définitive, et point n'est besoin de sectionner le sinus entre les deux ligatures. Pour terminer l'opération, il ne reste plus qu'à rabattre et à suturer les lambeaux et à appliquer le pansement.

Chez un épileptique de vingt-trois ans, sujet à des attaques espacées de quelques semaines à quelques mois, les résultats de cette intervention ont été assez encourageants. A part un peu de céphalalgie pendant les deux premiers jours et un léger étourdissement survenu huit jours plus tard, les attaques ont entièrement fait défaut durant trois mois; au bout de ce laps de temps, le sujet a eu un nouvel accident, d'ailleurs bien minime, puisqu'il n'a consisté qu'en un léger éblouissement de la durée d'un éclair, sans chute ni perte de connaissance. (*Arch. provinc. de chir.*, octobre 1904.) — F. M.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Pathogénie de l'aphasie transitoire dans la fièvre typhoïde et ses rapports avec l'œdème circonscrit aigu, par M. B. HAHN.

L'auteur relate l'histoire d'un garçon de douze ans, qui, au déclin d'une fièvre typhoïde, présenta une aphasie motrice ayant persisté six jours, et chez lequel on avait, au cours de la dothiénentérie, noté d'abord l'apparition d'un œdème au niveau des deux pieds, et, quelques jours plus tard, de grosses vésicules d'urticaire (*urticaria gigantea*) à la face, aux avant-bras et aux cuisses.

Cherchant, à propos de ce fait, à élucider la pathogénie de l'aphasie qui survient au cours de la fièvre typhoïde, M. Hahn insiste sur ce point que le début brusque et le caractère transitoire, et parfois intermittent, des troubles en question permettent d'exclure, dans la plupart des cas, l'hypothèse d'une lésion anatomique durable des vaisseaux ou des cellules ganglionnaires. Ce qui paraît également militer contre l'existence d'une altération de cette nature, c'est que l'aphasie se produit, le plus souvent, pendant la convalescence, c'est-à-dire à une période où toutes les lésions anatomiques sont à peu près réparées. Aussi l'auteur serait-il plutôt porté à invoquer une cause passagère, telle qu'un simple trouble circulatoire déterminé par l'action des toxines typhoïdiques. On connaît, en effet, d'autres désordres vasomoteurs qui se manifestent au cours de la dothiénentérie, notamment l'œdème circonscrit aigu des téguments cutanés et l'urticaire. Or, la coexistence de ces accidents cutanés avec l'aphasie transitoire chez le petit malade de M. Hahn semble particulièrement favorable à l'interprétation pathogénique en question. Le fait même que l'aphasie transitoire typhoïdique s'observe surtout chez les enfants plaide également en faveur de cette théorie, les nerfs vasomoteurs étant beaucoup plus facilement irritables chez les jeunes sujets que chez les adultes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 novembre 1904.) — L. CH.

Contribution à la technique de la suture nerveuse, par M. C. FORAMITTI.

On a proposé depuis longtemps d'engainer les deux bouts d'un nerf suturé, pour les préserver de la constriction cicatricielle et ménager une libre voie à la régénération, dans un tube de substance stérilisable et qui puisse être résorbée : M. Vanlair a utilisé dans ce but l'os décalcifié; M. Payr, le magnésium; M. Lotheissen, la gélatine. M. C. Foramitti s'est servi de segments d'artères, fraîches et prélevées aseptiquement sur des veaux, ou durcies, stérilisées et conservées par le procédé que nous allons dire. Il relate trois types d'expériences, pratiquées dans le laboratoire de la clinique de M. von Eiselsberg, à Vienne :

Sur un chien, on découvre le nerf sciatique des deux côtés; on engaine le sciatique droit dans un segment de la carotide du même animal, qu'on vient de réséquer et qui est fendu latéralement pour pouvoir être ajusté, et réuni ensuite au catgut; on engaine le sciatique gauche dans un semblable tube artériel, conservé. Trois semaines après, la plaie s'étant cicatrisée par première intention, on procède à l'examen des deux pièces : à droite comme à gauche, la portion du nerf enveloppée ne présente aucune adhérence, aucune trace d'inflammation; la démarcation est restée nette entre l'artère périphérique et le tronc nerveux central; la tunique fibreuse du nerf est reliée seulement par quelques fins tractus cellulaires à la paroi artérielle adjacente, du côté droit (artère fraîche), aux points où l'endothélium est tombé.

Sur un second chien, les sciatiques sont sectionnés à leur émergence, puis réunis par une suture névrilemmatique au catgut : d'un côté, la zone réunie est engainée dans une artère fraîche, de l'autre, dans une artère conservée. Les mêmes résultats sont constatés au bout de trois semaines : il n'y a pas de réaction, il n'y a pas d'adhérences, et l'examen histologique montre que les diverses couches artérielles se retrouvent, que la couche interne est seulement moins complète sur l'artère conservée; enfin, que le nerf n'est relié que par de fins tractus à sa gaine.

Autre expérience : on résèque 2 centim. 1/2 de la continuité du nerf, et, pour faire le pont, on taille un lambeau sur le bout central, on le rabat et on le suture au bout périphérique; le tout est enveloppé dans une artère durcie. Au bout de six semaines, on reconnaît, cette fois encore, l'absence de toute inflammation, la conservation des tuniques artérielles et spécialement des fibres élastiques, et l'indépendance à peu près complète du nerf suturé.

Pour réaliser l'engainement, M. Foramitti recourt à la manœuvre suivante : l'un des bouts est traversé par une aiguille droite, enfilée d'un catgut; l'aiguille passe alors dans le tube, tirant à elle le bout nerveux; elle charge, à son tour, l'autre bout, la réunion est effectuée, et, en faisant un peu glisser l'artère, on la fait descendre au bon endroit. Quant à la préparation des tubes, voici la technique recommandée par l'auteur : sur le veau, on recueille aseptiquement des segments d'artères et de veines, de calibres variés; on les étend sur des baguettes de verre de grosseur appropriée; ils sont alors durcis pendant quarante-huit heures dans une solution de formaline à 5 ou 10 %, lavés à l'eau courante, bouillis pendant vingt minutes, et finalement conservés dans l'alcool à 95 %. Les tubes ainsi traités seraient parfaitement stériles : ils ont, de plus, sur les artères fraîches, l'avantage d'être plus résistants et de ne pas s'affaisser sous la pression des tissus ambiants.

Il ne manque plus, au procédé, que d'être expérimenté sur l'homme, mais on ne peut nier qu'il ne soit séduisant, si l'on admet, toutefois, l'utilité de l'engainement après les sutures nerveuses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — L.

Quelle est la valeur de la constatation du bacille de Löffler pour le diagnostic de la diphtérie chez les nourrissons? par M. L. Schaps.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, à la crèche de Dresde, 9 nourrissons qui furent pris, presque simultanément, d'une rhinite se traduisant par un écoulement séro-sanguinolent avec excoriations légères au niveau de la lèvre supérieure et des bords des narines. La température et l'état général ne présentaient, chez aucun des petits patients, rien d'anormal; d'autre part, il fut impossible de constater, pendant toute la durée de la maladie, la moindre fausse membrane, et le processus restait strictement localisé, sans s'étendre au pharynx ni au larynx. De plus, aucun des nourrissons en question n'offrit d'accidents susceptibles d'être considérés comme suites d'une infection diphtérique, notamment du côté des reins ou du système nerveux. Or, l'examen bactériologique des sécrétions nasales décela, chez *tous* ces petits malades, la présence de bacilles de Löffler.

Cela étant, on pratiqua à tous les autres nourrissons de la crèche des injections préventives de sérum antidiphtérique, et à cette occasion on fut à même de se convaincre que quelques-uns d'entre eux hébergeaient des bacilles de Löffler, sans présenter pour cela le moindre signe clinique d'une infection. Comme, d'autre part, la sérothérapie, chez les enfants atteints de rhinite, resta absolument inefficace à l'égard de cette affection, M. Schaps en conclut que les constatations bactériologiques ne sauraient, à elles seules, avoir de valeur au point de vue du diagnostic de la diphtérie chez les nourrissons, et qu'on doit attacher beaucoup plus d'importance à l'observation clinique, celle-ci pouvant, au besoin, être complétée par l'examen bactériologique. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — CH.

Contribution au diagnostic de la grossesse durant les vingt premières semaines, par M. O. Sarwey.

En cherchant à reconnaître par l'auscultation les premiers mouvements du fœtus, dans un but de diagnostic précoce de la grossesse, M. Sarwey s'est tout d'abord aperçu que ce signe n'avait pas de valeur pathognomonique; par contre, il a constaté que les bruits du cœur fœtal s'entendent beaucoup plus tôt que le terme généralement admis de quatre mois et demi.

Ce n'est pas cependant qu'avant cette époque la recherche des bruits du cœur fœtal soit très aisée. Il importe d'abord de posséder une oreille fine et rompue aux exercices de l'auscultation obstétricale; il convient également d'avoir appris à distinguer les bruits du cœur fœtal d'avec les bruits produits par les mouvements du fœtus; il faut surtout beaucoup de patience, car il arrive souvent que c'est seulement après vingt ou trente minutes de recherche qu'on finit par les entendre; enfin, il va sans dire que le silence le plus complet et l'immobilité la plus parfaite sont nécessaires pendant l'auscultation. La difficulté de réaliser d'ordinaire toutes ces conditions explique pourquoi les auteurs admettent constamment le terme moyen de quatre mois et demi, alors que M. Sarwey a *toujours* trouvé les battements du cœur fœtal entre la treizième et la dix-huitième semaine; dans un cas, il les a même entendus dès la douzième. C'est juste au-dessus de la symphyse, pour ne pas dire derrière elle, qu'on perçoit le plus souvent ces bruits fœtaux, mais, si on ne les trouve pas à ce niveau, il faut explorer toute la surface utérine, car il est aisé de comprendre que les petites dimensions de l'organe à cette époque lui permettent de se déplacer avec la plus grande facilité, au point que le foyer d'auscultation peut même être pour un temps inaccessible. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er octobre 1904.)

Passage de brome dans le lait de femme, par M. H. Rosenhaupt.

On conçoit aisément combien il importe de savoir si un médicament administré à une nourrice est susceptible ou non de passer dans le lait et de venir influencer le nourrisson. Or, jusqu'à présent, la preuve chimique de ce passage de substances médicamenteuses n'a été établie que pour l'acide salicylique, l'iode et le mercure. Ayant eu l'occasion d'observer une nourrice épileptique, à laquelle on fut obligé de prescrire un traitement bromuré, M. Rosenhaupt a cherché à se rendre compte si le brome s'élimine aussi par la glande mammaire. Par analogie avec l'iode, la chose paraissait *apriori* très vraisemblable et, de fait, l'analyse chimique du lait de cette femme ne fit que confirmer cette supposition. Une expérience de contrôle, instituée sur une autre nourrice à laquelle on administra intentionnellement, pendant quelques jours, du bromure de potassium à la dose quotidienne de 3 grammes, donna également un résultat positif.

En se basant sur ces faits, l'auteur n'hésite pas à conclure que le brome, employé aux doses habituelles, passe dans le lait; toutefois, comme on n'en retrouve dans ce liquide que des traces, il est loin de croire que ce lait soit nécessairement préjudiciable à l'enfant, la plus grande partie du brome absorbé par la nourrice étant éliminée par les urines et les fèces. Il importe, cependant, de remarquer que l'enfant de la malade observée par M. Rosenhaupt eut une éruption acnéiforme qui ne tarda pas à disparaître après le sevrage; on est, par conséquent, autorisé à admettre qu'à la longue les quantités de brome absorbées par le nourrisson — pour si petites qu'elles soient — sont susceptibles d'amener des phénomènes d'intoxication. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Deux cas de calcul rénal méconnu à l'examen radioscopique, par M. R. C. Lucas.

Quels que soient les services que rend la radioscopie pour le diagnostic des calculs rénaux, il s'en faut cependant que ce procédé d'exploration soit absolument infaillible. Les deux faits relatés dans le présent mémoire sont à cet égard particulièrement instructifs.

Dans le premier, il s'agissait d'une femme très obèse qui, trois mois environ après son cinquième accouchement, fut prise d'hématurie avec douleurs dans la région lombaire droite. Les accès d'hématurie se reproduisant de temps à autre et les douleurs revêtant parfois le caractère de véritables coliques néphrétiques avec nausées et vomissements, on crut avoir affaire à un calcul rénal et, dans le but de vérifier le diagnostic, on procéda à la radioscopie. Le résultat de cette exploration resta absolument négatif. Or, la malade ayant été opérée, on trouva effectivement dans le rein droit un calcul triangulaire, dont le bord le plus long était concave et avait 2 centimètres environ de longueur, les deux autres bords mesurant 1 centim. 1/2, et l'épaisseur de la petite concrétion étant de 6 millimètres. De coloration rouge brun, le calcul était surtout composé d'oxalate de chaux.

La seconde observation a trait à un jeune médecin de vingt-sept ans, qui à l'âge de treize ans commença à éprouver des douleurs au niveau de la région lombaire droite. Cinq ans avant son admission à l'hôpital, il eut un premier accès de colique néphrétique. Parfois, il remarquait dans ses urines la présence de sédiments composés de phosphates, d'urates et de pus; il y nota également du sang. A l'examen, le palper bimanuel permit de constater une augmentation de volume du rein droit, qui ne parut, du reste, pas douloureux à la pression. La radioscopie ne révéla aucune trace de concrétion rénale. Les urines laissaient un dépôt épais composé de pus en quantité, ainsi que de phosphates, de sang et d'albumine. En raison de ces constatations, on crut qu'il s'agissait d'une affection tuberculeuse du rein. Or, là encore, l'intervention chirurgicale mit en évidence une lithiase rénale : on trouva un gros calcul phosphatique (278 grammes), incrusté, en quelque sorte, dans les calices dilatés.

Si, pour le premier fait, l'échec de l'examen radioscopique peut s'expliquer par l'obésité de la patiente, ainsi que par les petites dimensions de la concrétion rénale, il ne saurait évidemment en être de même en ce qui concerne le second cas. Mais il est une autre circonstance qui, d'après M. Lucas, semble susceptible d'influencer les résultats de la radioscopie : chez le second malade, on avait affaire à un calcul phosphatique qui baignait, pour ainsi dire, dans du pus; or, si d'une façon générale les concrétions de phosphates donnent des ombres qui, tout en étant moins opaques que celles des calculs d'oxalates, sont plus nettes que les images des productions uratiques, la coexistence d'une pyonéphrose serait de nature à empêcher de déceler la présence de ces concrétions à l'aide des rayons de Röntgen. (*Brit. Med. Journ.*, 1er octobre 1904.) — L. CH.

Adénome des glandes muqueuses des lèvres comme cause de macrochilie, par M. Daniel N. Eisendrath.

La rareté de la macrochilie due à la cause indiquée dans le présent travail — on n'en connaîtrait en effet qu'un seul cas — nous engage à résumer le fait observé par M. Eisendrath.

Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, de bonne santé habituelle (à part un ptosis double pour lequel il venait d'être opéré), dont les lèvres, et en particulier la lèvre supérieure, avaient commencé à s'hypertrophier vers l'âge de dix ans; depuis une année ou deux la tuméfaction était stationnaire. La peau et la muqueuse étaient absolument normales, mais un sillon assez marqué, correspondant à la ligne médiane, divisait la lèvre supérieure en deux moitiés symétriques. L'affection ne rappelant en rien la macrochilie scrofuleuse, on fit le diagnostic de lymphangiome. Toutefois, au cours de l'opération — qui consista en l'excision (à la lèvre supérieure seulement) d'un coin de tissus à base muqueuse —, on fut assez surpris de voir que

l'hypertrophie de la lèvre était due à la présence de nombreuses petites tumeurs variant du volume d'un grain de plomb à celui d'un pois, et dont plusieurs étaient disposées en grappe. On les prit tout d'abord pour de petits lipomes, mais un examen microscopique montra que ces tumeurs n'étaient rien autre que des glandes muqueuses formant des adénomes typiques, car les *acini* et leurs conduits glandulaires étaient absolument normaux, sans trace de kystes, de sclérose ni d'infiltration embryonnaire. Toutes ces petites glandes étaient en rapport intime avec la muqueuse.

Depuis l'opération, la tumeur n'a pas récidivé. (*Ann. of Surgery*, septembre 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'ascite tuberculeuse par les injections intrapéritonéales de glycérine iodoformée.

On sait que la laparotomie est actuellement considérée comme le traitement classique de la péritonite tuberculeuse. Or, d'après M. le docteur R. Schömann (de Hagen-en-Westphalie), on obtiendrait des résultats non moins favorables avec une méthode beaucoup plus simple et qui consiste à injecter dans le péritoine une émulsion glycérinée d'iodoforme. Voici comment il convient de procéder à cette petite opération :

Après ponction de l'ascite, on injecte, par la canule même qui a servi à évacuer le liquide et qui doit être de calibre moyen, 1 ou 2 c.c. de glycérine iodoformée à 1 %. On répète ces injections à des intervalles — variant suivant l'état du sujet — de quatre à huit jours, en augmentant progressivement chaque fois la concentration et la dose de l'émulsion; il n'y a pas d'inconvénient à pousser le titre de celle-ci jusqu'à 5 %.

Notre confrère a jusqu'ici employé le mode de traitement dont il s'agit dans 7 cas, dont 2, concernant des fillettes âgées respectivement de deux et de huit ans, ont abouti à la guérison dès la deuxième injection, l'ascite ne s'étant plus reproduite depuis lors. Par contre, chez une jeune fille atteinte, en plus de sa péritonite tuberculeuse, d'une lésion du sommet gauche avec accès fébriles vespéraux et sueurs nocturnes, l'ascite n'a disparu complètement qu'au bout de deux mois et demi de traitement. Celuici, dans les autres faits observés par M. Schömann, a eu une durée de trois à sept semaines en moyenne. La guérison paraît d'ailleurs définitivement acquise, car, pour aucun de ces cas, on n'a jusqu'à présent enregistré de récidive : or, le plus récent date actuellement de neuf mois.

L'adrénaline par voie buccale contre la cystite chronique.

Partant de cette considération que, dans la cystite, les différents symptômes, tels que la polyurie, l'hématurie et la douleur de la fin de la miction, ressortissent essentiellement à une congestion de la muqueuse, M. le docteur F. Boada Calzada (de Barcelone) a eu l'idée d'essayer contre cette affection l'adrénaline, médicament dont les propriétés vasoconstrictives puissantes sont bien connues. Les résultats obtenus avec ce traitement ont paru excellents : en administrant par la voie buccale une solution d'adrénaline à 1 ‰ à la dose de X gouttes répétée trois fois par jour, notre confrère, en effet, a vu survenir la guérison en quinze à vingt jours dans les 18 cas de cystite chronique, d'origine tuberculeuse ou blennorrhagique, où il y a eu recours.

L'action du médicament fut particulièrement frappante chez un sujet de trente-deux ans, atteint depuis de longs mois d'une cystite tuberculeuse contre laquelle tous les modes de traitement étaient jusqu'alors demeurés infructueux. Or, chez ce malade, l'adrénaline, administrée suivant les règles énoncées ci-dessus, fit disparaître en six jours tous les signes de cystite, et, après trois mois, la guérison est restée parfaite.

Injections sous-conjonctivales massives de solution sucro-salée contre le décollement de la rétine.

Il y a quinze mois environ, un confrère américain, M. H. M. Morton, déclara avoir obtenu, à l'aide d'injections sous-conjonctivales d'une solution sucro-salée, des résultats fort satisfaisants contre les affections de la portion antérieure du globe de l'œil (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 260). S'inspirant de ces recherches, M. le docteur Dianoux, professeur de clinique ophtalmologique à l'École de médecine de Nantes, a eu l'idée d'essayer ces injections contre les décollements de la rétine. Dans ce but, notre confrère se sert d'une solution ainsi composée :

Chlorure de sodium...........	1 gramme.
Sucre de canne................	4 grammes.
Eau distillée..................	100 —

Pour pratiquer l'injection, il enfonce l'aiguille sous la conjonctive, au fond du cul-de-sac, près de l'équateur du globe, dans les quatre points qui se trouvent à mi-distance des muscles droits. Il importe de raser la sclérotique d'aussi près que possible, afin de pénétrer dans l'espace ténonien. Le total du liquide injecté atteint de 4 à 5 c.c.

Malgré le volumineux chémosis qui se produit — et que l'on peut d'ailleurs diminuer par le massage —, on ferme les paupières et l'on applique un bandeau sur l'œil. Quelquefois il est bon d'exercer une certaine compression pendant une heure ou deux; mais le plus souvent ce n'est pas nécessaire.

La résorption de l'œdème s'opérant très rapidement, on peut répéter l'injection dès le lendemain; le mieux est cependant d'attendre le deuxième jour pour cette seconde injection, et le quatrième ou le cinquième pour la troisième. Lorsqu'après cette dernière le résultat thérapeutique est nul, M. Dianoux abandonne cette méthode de traitement. Quand, au contraire, il s'est produit, à ce moment, une amélioration manifeste, notre confrère espace les injections et diminue la dose. Jusqu'ici, il n'a jamais eu à faire plus de dix piqûres.

Bien que les injections sous-conjonctivales de solution sucro-salée se soient montrées inefficaces dans quelques cas, les résultats encourageants, parfois même excellents, que M. Dianoux en a obtenus lui ont laissé l'impression que ce mode de traitement est supérieur à tous les procédés actuellement préconisés contre le décollement de la rétine.

Moyen simple de désinfecter les gants de caoutchouc.

La désinfection des gants de caoutchouc à l'autoclave ne va pas sans entraîner d'assez grands inconvénients dans la pratique journalière. Aussi a-t-on cherché des procédés de stérilisation d'une application plus commode et plus rapide : dernièrement encore, nous faisions connaître les bons résultats que MM. Fromme et J. Gawronsky obtiennent du nettoyage à l'eau savonneuse chaude, suivi d'un rinçage dans une solution de bichlorure de mercure (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 328). De son côté, un autre médecin allemand, M. le docteur P. Mende (de Gottesberg), a recours à un *modus faciendi* qui à une grande simplicité joindrait l'avantage d'une efficacité réelle. Voici en quoi consiste ce procédé :

On commence par soumettre les gants, au nombre de cinq ou six paires à la fois, à l'ébullition pendant cinq bonnes minutes; puis, à l'aide d'une pince à pansement stérilisée, on les transporte dans un récipient en verre à parois épaisses, muni d'un couvercle à fermeture hermétique et contenant une solution de sublimé dans de la glycérine au titre de 1 à 1.5 ‰. Les gants se conservent très longtemps dans ce liquide, qui n'a besoin d'être changé que de loin en loin.

Pour l'emploi, l'opérateur, les mains préalablement stérilisées, se fait ouvrir le récipient par un aide; les gants, extraits au moyen d'une pince stérilisée ou même avec la main, sont immergés dans une solution aqueuse antiseptique, remplis de ce liquide, puis passés suivant le procédé habituel, en ayant soin toutefois de n'y toucher qu'à l'endroit du poignet.

Après usage, on savonne les gants, on les fait bouillir et on les remet dans la glycérine au sublimé.

Depuis trois ans qu'il a recours au procédé dont il s'agit, M. Mende — qui se sert systématiquement des gants de caoutchouc pour toutes les interventions obstétricales — n'en a obtenu que de bons résultats : il n'a jamais observé d'accidents infectieux imputables à une stérilisation défectueuse des gants.

Traitement du rhumatisme par la saignée associée à l'hypodermoclyse.

L'emploi de la saignée dans le traitement du rhumatisme, après avoir eu de chauds partisans, a depuis longtemps été abandonné par tous. Ce moyen thérapeutique serait cependant susceptible, dans certains cas, de rendre de bons services, à en juger par le résultat favorable qu'un médecin américain, M. le docteur C. G. Harris (de Festus) en a obtenu tout récemment, en l'associant d'ailleurs à l'hypodermoclyse. Chez un homme de vingt-six ans, ayant eu depuis sa douzième année de nombreuses attaques de rhumatisme et qui présentait du côté droit un gonflement douloureux de l'épaule, du poignet, du genou et de l'articulation du pied, notre confrère eut l'idée, après échec du traitement classique, de pratiquer une saignée d'environ 350 grammes, suivie de l'injection sous-cutanée d'un litre de solution physiologique. En l'espace de deux heures, les douleurs disparurent, ne laissant plus qu'une légère sensibilité, la défervescence s'opéra, et le pouls tomba de 96 à 80. La guérison fut rapidement complète, et le rhumatisme n'a pas récidivé depuis lors.

Traitement du coryza aigu par l'usage interne du salicylate de soude associé à la poudre de Dower.

D'après l'expérience de M. le docteur F. Weitlaner (d'Innsbruck), on obtiendrait, dans le coryza aigu, d'excellents résultats thérapeutiques avec un mélange de salicylate de soude et de poudre de Dower, absorbé sous forme de prises dans un quart de verre d'eau. Voici la formule que prescrit généralement notre confrère :

Salicylate de soude........	30 grammes.
Poudre de Dower...........	3 gr. 60 centigr.
Essence de menthe poivrée	I goutte.

Mêlez intimement et divisez en 20 paquets.

L'amélioration se manifeste une heure environ après la première prise : la sécrétion de la pituitaire se tarit et la tête se dégage. L'action du médicament n'étant toutefois que passagère, il convient de faire absorber un paquet toutes les trois heures, du moins lorsque l'affection est à son acmé. Plus tard, deux ou trois prises par jour sont suffisantes.

L'association du salicylate de soude avec la poudre de Dower exercerait aussi une action prophylactique bienfaisante, en mettant à l'abr de l'infection les personnes sujettes à s'enrhumer.

Ajoutons que, d'après M. Weitlaner, cette médication serait également susceptible de rendre de très bons services contre d'autres inflammations aiguës des voies respiratoires, telles que les laryngites, les trachéites et les bronchites.

La correction des anomalies de la vision comme traitement de l'épilepsie.

Partant de cette considération que, dans un certain nombre de cas, les attaques comitiales reconnaissent pour origine un réflexe qui prend naissance au niveau de l'appareil de la vision, lorsque celui-ci est défectueux, M. le docteur A. L. Ranney (de New-York) a eu l'idée de traiter les épileptiques, sans aucune médication, en se bornant à combattre les anomalies de leur vision : il corrige les erreurs de réfraction au moyen de verres appropriés, ou remédie au strabisme par des ténotomies ou des avancements musculaires.

Sur 32 malades que depuis une vingtaine d'années notre confrère a traités suivant ces principes, 4 ont été perdus de vue, 9 ont été améliorés, 16 ont complètement guéri; chez 3 seulement la correction des anomalies de la vision est restée sans aucune influence sur les crises comitiales.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, p. 397, 1re col., 21e ligne de la communication de M. Robin, au lieu de 0 milligr. 2 à 0 milligr. 9 de principe actif, lire, *0 milligr. 09 à 0 milligr. 2 de principe actif par centimètre cube.*

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

De l'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli.

Sous le nom d'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli, nous entendons l'opération consistant à scier le pubis au voisinage de la symphyse au moyen de la scie filiforme — simple fil métallique rugueux — imaginée par l'accoucheur italien. Cette double condition, section en dehors de la symphyse et emploi de la scie filiforme, constitue le principe essentiel comme l'originalité de la méthode : aussi, bien que la majorité des opérateurs n'aient pas exactement suivi les règles données par M. Gigli, tout le mérite de leurs succès revient-il incontestablement à ce dernier.

L'ostéotomie pubienne, comme il est facile de s'en douter, a un but obstétrical. Par analogie avec ce qui se passe pour les tailles vésicales, M. Gigli la dénomma « taille latéralisée du pubis ». A cette appellation un peu longue on a souvent préféré le terme déjà ancien de « pubiotomie », mais celui-ci a le tort de consacrer une incorrection linguistique : il associe en un seul mot deux composants, l'un latin et l'autre grec. C'est pour cela que M. Van de Velde a proposé l'expression de « hébotomie » (ἥβη, pubis; τομή, coupe).

I

La première question qui se pose est de rechercher l'utilité que peut bien présenter un nouveau mode de pelvitomie, quand l'opération césarienne, la symphyséotomie, l'ischio-pubiotomie, l'accouchement prématuré et les divers modes d'embryotomie semblent répondre à toutes les indications opératoires.

Malheureusement, ces diverses interventions ont chacune leurs inconvénients, et, sans vouloir faire aucunement leur procès — car toutes ont rendu des services —, qu'il nous soit permis de montrer leurs principaux défauts.

Pour l'embryotomie, tout le monde est d'accord à n'y voir qu'un pis aller déplorable lorsqu'elle s'adresse à un fœtus vivant. Elle ne devient méthode de choix que dans les cas restreints où le fœtus a succombé.

Quant à l'opération césarienne, les progrès de la chirurgie abdominale lui ont permis de conquérir en obstétrique une place tellement belle, que depuis quelques années elle peut rivaliser avec la symphyséotomie.

Pratiquée « à froid », tout au début du travail, ou avant la rupture de la poche des eaux, elle n'a guère plus de gravité que la moyenne des laparotomies; mais il n'en est plus de même quand la poche des eaux est rompue depuis un certain temps. En pareil cas, les voies génitales sont infectées et le pronostic devient fort grave; la plaie utérine, inoculée par le contenu septique de la matrice, diffuse autour d'elle la péritonite, qui est d'autant plus grave que la malade est souvent affaiblie par un long travail ou des manœuvres obstétricales infructueuses. C'est malheureusement dans ces conditions que se présentent la plupart des parturientes.

Même guérie, la femme qui a subi l'opération césarienne est exposée à divers accidents, entre autres à la rupture de la cicatrice utérine lors d'un accouchement ultérieur. Ce danger n'est nullement imaginaire : la littérature médicale contient déjà d'assez nombreux faits de ce genre. On a prétendu, il est vrai, que les progrès de la technique ont rendu plus rare cet accident : avec des sutures musculo-musculeuses, séro-musculeuses et séro-séreuses, on diminuerait non seulement les risques d'infection, mais aussi ceux de rupture. Nous n'y contredisons pas, mais ce qu'on ne saurait empêcher, par exemple, c'est que le placenta s'insère sur la cicatrice et finisse par l'user, grâce à la pénétration des franges choriales dans son épaisseur. M. Ekstein (1) a constaté un cas de rupture de ce genre et rien ne dit que le fait ne puisse se reproduire à l'avenir (2).

La gravité et la complexité de l'acte chirurgical dans l'opération césarienne — on ne pensait pas encore aux ruptures de la cicatrice — ont fait, il y a quelques années, la fortune de la symphyséotomie, qui est *en moyenne* plus facile et moins grave que la césarienne, et peut s'exécuter presque à n'importe quel moment du travail.

Par contre, elle a d'assez nombreux défauts. Pendant l'opération, elle expose à des hémorrhagies graves et parfois mortelles, à des blessures de la vessie, de l'urèthre, du vagin : ces dernières peuvent occasionner à leur tour des infections mortelles. Abstraction faite de la mortalité, on voit encore les parturientes conserver des incontinences d'urine et surtout une mobilité anormale de leur symphyse. Il est vrai que les partisans de l'opération affectent de voir dans cette absence de consolidation un des bienfaits de la symphyséotomie : elle garantirait la femme contre les dystocies de l'avenir. Mais, à notre avis, c'est faire contre mauvaise fortune bon cœur : une femme ne vit pas que pour l'obstétrique.

L'ischio-pubiotomie, imaginée par M. Farabeuf, aurait dû tourner toutes ces difficultés. Cependant, pour des causes diverses, et entre autres en raison de la facilité apparente de la symphyséotomie, cette opération n'a pas fait fortune.

Quant à l'accouchement prématuré, il ne donne d'assez bons résultats que passé huit mois, c'est-à-dire que toute une catégorie de viciations pelviennes en sont à peine justiciables.

Par cette courte revue de la thérapeutique des viciations pelviennes, on voit que nous sommes encore en droit de chercher mieux. Or, nous pensons que l'instrument et l'opération de M. Gigli ont fait faire un très grand pas à la question.

II

L'idée de sectionner le pubis en dehors de la symphyse est déjà ancienne : en 1775, le chirurgien Aitken (d'Edimbourg) avait imaginé dans ce but une sorte de scie articulée, destinée à passer derrière le pubis et à sectionner cet os d'arrière en avant. Mais au lieu de se contenter d'une seule section, il en faisait une de chaque côté, et ces sections portaient sur les deux branches, horizontale et descendante, du pubis, de sorte que l'opération était une double ischiopubiotomie plutôt qu'une pubiotomie. On peut dire cependant que vers la fin du dix-huitième siècle, avec l'apparition du procédé de Sigault, l'idée de la pelvitomie latérale était dans l'air, car voici ce qu'écrivait Murat en 1821 : « Quelques praticiens, parmi lesquels je me bornerai à citer M. le docteur Champion (de Bar-le-Duc), croient qu'au lieu de diviser la symphyse pubienne, on devrait et il serait en général préférable de scier à côté de cette espèce d'articulation : en effet, en sciant, on évite, comme le dit Desgranges, l'urèthre, la saillie de la vessie, les longs tâtonnements pour trouver le cartilage interposé entre le pubis. » (3). Mais ce qui empêcha cette idée de faire fortune, ce fut l'absence d'un instrument pratique. Aussi la proposition d'Aitken va-t-elle de l'un à l'autre, sans pouvoir trouver son expression définitive. En Italie, par exemple, Galbiati se livra, sur le cadavre, à quelques études expérimentales, sans oser entreprendre la nouvelle opération sur une femme vivante. Avec Cattolica il eut pourtant l'occasion de l'exécuter au lieu et place d'une opération césarienne *post mortem* : mais à la section du pubis les auteurs italiens joignirent une symphyséotomie.

Le *modus operandi* était donc loin d'être fixé ou pratique : les « portes » osseuses détachées par Aitken ou Galbiati n'avaient, de plus, rien de bien tentant pour la chirurgie d'alors, obligée à la réserve par crainte des infections.

Ce fut Stoltz (de Strasbourg) qui eut le mérite de donner pour la première fois une technique pratique de la pubiotomie, en mettant à son service la scie à chaîne, de récente invention. Voici en quels termes son élève Lacour décrivait cette opération : « Pratiquant une petite boutonnière au mont de Vénus préalablement rasé, au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse, on passe par cette ouverture une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle on fixe la scie à chaînette, puis on glisse l'aiguille le long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os et faisant sortir sa pointe à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis. Lorsque l'aiguille a entraîné la scie, on adapte la poignée, puis on tend la scie entre les deux mains et quelques mouvements de va-et-vient suffisent pour diviser le pubis. » (1).

La pubiotomie de Stoltz était donc une ostéotomie sous-cutanée. Mais deux raisons s'opposèrent à la diffusion de cette excellente idée : la lourde mortalité de toutes les opérations sanglantes contemporaines et l'imperfection de l'instrument, car ce n'est certainement pas à la scie à chaîne que pouvait s'appliquer le fameux « Je plie et ne romps point ». La proposition chirurgicale que Lacour pensait devoir être « universellement acceptée » resta donc lettre morte : en dehors des essais cadavériques de Stoltz, elle ne reçut aucune application.

Ce fut le mérite de M. Leonardo Gigli (de Florence) de la faire revivre en lui donnant en même temps toutes les conditions de viabilité. En inventant ses scies filiformes, l'accoucheur italien fit faire un progrès immense et tout personnel à la question. Sa première publication, basée sur des expériences cadavériques, date de 1894; il y décrit son opération sous le nom de « taille latéralisée du pubis », en donne la technique et la propose pour remplacer la symphyséotomie (2). Ce ne fut pourtant qu'en 1902 qu'il put exécuter lui-même l'opération qu'il avait imaginée (3). Mais, dans l'intervalle, quelques accoucheurs y avaient déjà eu recours : le premier qui l'exécuta (le 7 mai 1897) fut M. Bonardi (4), puis vinrent les opérations pratiquées, le 6 juillet 1899, par M. Calderini (5) et le 24 août 1901 par M. Van de Velde (6). Toutefois, dès ces deux dernières interventions, le manuel opératoire subit des modifications assez importantes, qui méritent d'assurer à leurs auteurs une mention spéciale dans l'histoire de l'ostéotomie pubienne.

---

(1) E. Ekstein. Die erste Spontanruptur des graviden Uterus im Bereiche der alten Kaiserschnittnarbe nach querem Fundalschnitt nach Fritsch. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 novembre 1904 et *Semaine Médicale*, 1904, p. 416.)

(2) Les cicatrices d'opérations faites sur des utérus non gravides peuvent amener ce résultat — Voir : R. von Fellenberg. Zur Narbendehiscenz in der Wand des graviden Uterus nach früheren gynäkologischen Operationen. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1904, LXXI, 2, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 256) —; *a fortiori*, semble-t-il, la cicatrice d'une opération césarienne.

(3) Murat. Article « Symphyséotomie » *in* Dictionnaire des sciences médicales. Paris, 1821.

---

(1) A. Lacour. Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré. (*Thèse de Paris*, 1844.)

(2) L. Gigli. Taglio lateralizzato del pube; suoi vantaggi; sua tecnica. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, oct. 1894.)

(3) L. Gigli. Taglio lateralizzato del pube; considerazioni cliniche. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, mai 1902.)

(4) B. Bonardi. Taglio lateralizzato del pube col filo-sega Gigli in donna a termine con bacino piatto-rachitico. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, janv. 1898.)

(5) P. L. Gardini. Il secondo caso di pubiotomia col filo-sega Gigli; sinfisiotomia o pubiotomia? (*Ann. di ostet. e ginecol.*, juin 1900.)

(6) Th. H. Van de Velde. Die Hebotomie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 sept. 1902.)

A partir de la publication de M. Van de Velde, les opérations se multiplient peu à peu en Hollande, en Allemagne, en Danemark, en Ecosse et en Italie. En y comprenant les interventions de MM. Gigli et Van de Velde, les années 1901 et 1902 comptent en effet 6 opérations de ce genre, l'année 1903 en compte 11 et l'année 1904 18 (y compris nos 2 observations personnelles), soit au total 37 opérations connues (1).

Parmi les tous derniers opérateurs, une mention spéciale est due à M. Döderlein : après les modifications de MM. Calderini et Van de Velde, c'est lui qui a fait subir au manuel opératoire proposé par M. Gigli la transformation la plus heureuse, en ce sens qu'il a repris la voie sous-cutanée proposée jadis par notre compatriote Stoltz (2).

III

Avant d'exposer le manuel opératoire, il nous est impossible de ne pas rappeler quelques données anatomiques nécessaires à son intelligence.

La portion du pubis comprise entre la symphyse et le trou obturateur, ou corps du pubis, n'est recouverte en avant par aucun organe ou vaisseau important. Sur cette surface osseuse viennent seulement s'épuiser les fibres tendineuses constituant les insertions des muscles grand droit de l'abdomen, droit interne de la cuisse, moyen et grand adducteur, pectiné. Les faisceaux les plus importants appartiennent aux adducteurs; le pectiné, de même que l'arcade crurale, s'insère tout à l'extrémité de la région, sur l'épine du pubis. Ces diverses insertions s'étalent à la surface de l'os, se soudent au périoste ou adhèrent les unes aux autres, sans former de tendons nettement détachés ou à surface d'insertion linéaire. En quelque point que l'on sectionne le corps du pubis, notamment si l'on arrive à ménager, comme le recommande M. Van de Velde, le surtout fibro-périostique, les muscles conservent des attaches plus que suffisantes pour assurer leur fonctionnement et contribuent par leur action à rapprocher les lèvres de la section osseuse, avantage qui ne se rencontre pas lors de section médiane.

Sur le bord supérieur de l'os s'insèrent les expansions aponévrotiques des muscles de l'abdomen, l'arcade crurale et le muscle grand droit. Tous ces éléments fibro-tendineux, nécessaires au soutien de l'abdomen, sont sûrement ménagés si la scie pénètre au ras du bord supérieur de l'os : une étroite boutonnière de quelques millimètres suffit à assurer son passage.

Le bord inférieur du corps du pubis est le seul qui présente un organe quelque peu important : nous voulons parler du corps caverneux du clitoris. Long de 4 à 5 centimètres, celui-ci s'insère à la lèvre antérieure de la branche descendante du pubis jusqu'à 3 centimètres environ de l'arc sous-pubien. Son extrémité inférieure est marquée par un petit relief osseux qu'on pourrait appeler le tubercule sous-pubien. Par conséquent, une incision qui diviserait ce bord de l'os à 3 centimètres au-dessous de l'arc sous-pubien laisserait le corps caverneux intact.

En arrière, le pubis donne attache, sur la ligne médiane, à des fibres ligamenteuses servant à fixer la vessie; il est de plus en rapport avec les grosses veines du plexus vésical. Mais il suffit de s'écarter légèrement de la ligne médiane pour éviter ce dangereux voisinage, une des pierres d'achoppement de la symphyséotomie.

Par conséquent, *une ostéotomie qui partirait du bord supérieur de la symphyse* (procédé de Gigli) *ou mieux de l'épine du pubis* (procédé de Van de Velde), *pour venir aboutir à l'extrémité inférieure du corps caverneux*, c'est-à-dire à 3 centimètres de l'arcade pubienne, *n'intéresserait aucun organe important*. Elle aurait de plus l'avantage, relativement à la symphyséotomie, d'être fort éloignée de la vessie, de l'urèthre et du vagin, d'en être séparée par une notable épaisseur de parties molles et par suite de mettre dans une très large mesure à l'abri des déchirures de l'un ou l'autre de ces organes.

Quant à l'élargissement que donne la section latérale, on peut admettre *a priori* qu'il sera le même que dans la symphyséotomie, à cette différence près que le bassin prendra une forme oblique ovalaire. C'est ce que nous avons pu facilement constater dans quelques recherches cadavériques. On peut même supposer que l'agrandissement obtenu sera plutôt supérieur qu'inférieur à celui que donne la symphyséotomie : à propos de l'ischio-pubiotomie, M. Farabeuf a en effet démontré que les surfaces *praticables*, à la suite de cette opération, étaient notablement supérieures à celles que fournit la symphyséotomie (comme 93 est à 76). Il est donc à présumer que, dans l'ostéotomie du corps du pubis, nous retrouverons une petite partie de cette supériorité.

IV

Qu'il me soit permis maintenant de résumer rapidement 2 cas d'ostéotomie pubienne, que j'ai eu l'occasion de pratiquer au cours de cette année. L'opération, autant que je sache, n'ayant encore donné lieu à aucune publication française (1), mes observations aideront à se faire une idée de la physionomie générale de l'intervention.

Ma première opérée était une rachitique de vingt-sept ans, chez laquelle, en dépit d'un accouchement prématuré provoqué à huit mois, j'avais dû exécuter une basiotripsie lors de sa première grossesse. On pouvait estimer son diamètre promonto-pubien minimum à 7.5 ou 8 centimètres.

Cette année, je la retrouvai enceinte et lui proposai de l'accoucher à terme moyennant une pubiotomie, ce qu'elle accepta.

Le 12 avril, vers midi, elle entrait en travail : les membranes s'étaient rompues la veille au soir. A quatre heures de l'après-midi, le col était dilatable, bien que la dilatation ne mesurât que 5 ou 6 centimètres; la tête, non engagée, était fixée au détroit supérieur en occipito-iliaque gauche antérieure. Le moment me parut propice pour intervenir. La patiente fut donc mise en position gynécologique et endormie; deux aides étaient spécialement chargés d'exercer l'un vers l'autre une contre-pression iliaque, dès que la pelvitomie serait effectuée.

A cette date, je ne connaissais l'opération de Gigli que par une des publications de M. Van de Velde. Je suivis donc le manuel opératoire de cet auteur. Du côté gauche, je fis une incision cutanée allant du tubercule du pubis au tiers inférieur de la grande lèvre, dans le sillon génito-crural; l'incision des parties molles s'arrêta à la couche fibro-périostique recouvrant les os. N'ayant pas d'aiguille ni de conducteur approprié pour contourner le pubis, je pris un grand clamp, d'un modèle ancien, et dont la courbe, très accentuée, rappelait celle d'un cathéter d'homme. Je l'enfonçai par l'extrémité supérieure de la plaie, au ras du tubercule du pubis, et, toujours rasant l'os, je le glissai jusqu'au bord inférieur de la branche descendante du pubis : sur sa pointe, je décollai les tissus fibro-périostiques, je fis saillir son bec, y accrochai la scie et retirai le tout. En sept à huit traits de scie, et en moins d'une demi-minute, l'os était sectionné et il se produisit entre les fragments un écart d'environ 2 centimètres. J'avais arrêté le mouvement de la scie dès que l'os avait cédé, dans l'espoir de conserver sur la face antérieure des fragments un pont de tissu tendino-périostique; mais les tissus ménagés se déchirèrent avec l'écart des os. Aussitôt la section achevée, il se fit une hémorrhagie veineuse assez abondante; allant au plus pressé, j'enfonçai un tampon dans la plaie et m'occupai de l'enfant. Je m'aperçus que la tête venait de s'engager et, la femme, malgré l'anesthésie, se prenant à pousser, je n'eus plus qu'à recueillir l'enfant qui fut expulsé en quelques minutes : c'était une fillette qui pesait 2,700 grammes et son état légèrement asphyxique se dissipa rapidement.

Je revins alors à la plaie; elle ne saignait plus. Les aides resserrèrent le bassin, mais je dois avouer que, malgré tous leurs efforts, il persista entre les fragments un écart d'un petit centimètre. La plaie fut ensuite suturée au fil d'argent : toute l'épaisseur des parties molles et les tissus fibro-périostiques furent compris dans la même anse. Un petit drain fut placé dans l'angle inférieur de la plaie et une sonde à demeure dans la vessie. N'ayant pas de ceinture élastique, j'appliquai un bandage plâtré maintenu par une grosse ceinture de coutil pendant la dessiccation. La malade fut ensuite couchée, les cuisses liées au-dessus des genoux et légèrement relevées.

Les suites opératoires furent remarquablement bonnes : la température maxima (axillaire) fut de 37°7; au treizième jour, j'enlevai le bandage plâtré et la malade commença à se coucher soit à droite, soit à gauche. Dès le huitième ou le dixième jour, on pouvait refouler les deux crêtes iliaques l'une vers l'autre sans causer à la malade de douleur un peu vive; vers le quinzième jour, au toucher, c'est à peine si l'on réveillait une légère sensibilité du côté du cal qui était tellement petit que je dus le chercher pour le sentir. Au bout de trois semaines la patiente se levait. Quant à la plaie opératoire, elle s'était réunie *per primam*. Le seul incident à noter fut une petite eschare à la partie moyenne de la fesse; la malade accusait, en outre, un engourdissement léger de la cuisse gauche. Ces petites complications étaient peut-être de même nature que celles qui ont été signalées après la symphyséotomie et que l'on met au compte du tiraillement des nerfs sacrés; elles disparurent d'ailleurs bientôt.

Tout récemment, j'ai revu mon opérée (novembre 1904) : elle se porte à merveille et la solidité de son bassin ne laisse rien à désirer.

Un radiogramme pris au vingt-cinquième jour montre que la soudure est déjà presque parfaite, car c'est à peine si le cal est visible. Il permet, en outre, de constater, comme la mensuration l'avait déjà indiqué, que le bassin a conservé du côté opéré un léger agrandissement : la distance allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis atteint 15 centimètres du côté opéré contre 14.25 centimètres du côté opposé.

Quant à ma deuxième malade, âgée de vingt-sept ans, elle avait pour tout membre *une* jambe — la gauche —, car je ne sais si l'on peut donner le nom de membres à deux moignons de bras, longs de 15 à 20 centimètres, et à un moignon de cuisse tellement court qu'on aurait cru cette femme désarticulée de la hanche. C'était un cas d'amputations congénitales et la malheureuse s'exhibait dans les foires sous le nom de « femme-tronc ». Elle jouissait d'ailleurs d'une excellente santé et avait toujours été très bien réglée depuis l'âge de douze ans.

C'est sur un des champs de foire de Reims qu'elle se trouva surprise, l'an dernier, par le

(1) Dans une communication écrite, M. Gigli nous signale 7 autres cas opérés en Italie (à Naples par M. Morisani, à Bergame par M. Landucci, à Brescia par M. Carrera); nous ignorons s'ils ont été publiés. D'autre part, M. Pestalozza (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 janv. 1903), dit avoir opéré 7 parturientes; mais, autant que nous sachions, 3 de ces cas seulement ont été publiés. Ce sont donc 11 faits à ajouter aux 37 de la statistique précédente, soit un total de 48 opérations.

(2) A. Döderlein. Ueber alte und neue beckenerweiternde Operationen. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1904, LXXII.)

(1) Si nous en exceptons les communications faites par M. Gigli lui-même à la Société d'obstétrique de Paris (séances du 19 février 1903 et du 15 décembre 1904).

travail d'une première grossesse à terme. La présentation — un sommet — ne progressant pas et une application de forceps étant demeurée infructueuse, on m'adressa la parturiente à l'hôpital où je pratiquai la basiotripsie, l'enfant ayant succombé en route. Le diamètre promonto-pubien minimum pouvait être estimé à 7.5 centimètres; un examen radiographique ultérieur démontra que la moitié droite du bassin était légèrement atrophiée.

Cette année-ci, je retrouvai la « femme-tronc » de nouveau enceinte et à terme. Je lui proposai la pubiotomie qu'elle accepta et que je pratiquai le 27 juin dans des conditions analogues à celles du cas précédent. La tête, non engagée, était encore en première position, variété antérieure.

Au point de vue de l'opération, je dirai simplement que je suivis à peu près la technique indiquée par M. Döderlein et sur laquelle je reviendrai plus loin. De même que la première fois, je fus surpris de l'extrême facilité des os à se laisser couper : l'hémorrhagie ne fut pas plus abondante et s'arrêta par un simple tamponnement. L'écart immédiat fut encore d'environ 2 centimètres; mais la tête ne s'engagea pas spontanément et je dus appliquer un forceps au détroit supérieur. Néanmoins, l'extraction fut facile et l'enfant, légèrement asphyxique, fut aisément ranimé. Il était du sexe masculin et pesait 2,900 grammes. Son diamètre bipariétal mesurait 10 centimètres ; à gauche la tête était un peu aplatie, sans doute par suite de la pression du promontoire et des dernières vertèbres lombaires de la mère.

Les suites opératoires furent peut-être encore plus simples que dans le premier cas. Bien que pendant le travail la température (rectale) eût atteint 38°8, durant les suites de couches la température (axillaire) ne dépassa pas 37°7. Au neuvième jour, j'enlevai l'appareil plâtré qui, je l'avoue, avait été fort mal réussi et n'avait que très imparfaitement rempli son rôle. Dès le lendemain je trouvai mon accouchée assise dans son lit, les hanches simplement soutenues par deux sacs de sable. Cette attitude me parut bien imprudente, mais, vu l'état de mutilation de cette femme, je pensai que même une pseudarthrose ne risquerait pas de la gêner beaucoup et je la laissai libre de ses mouvements. La consolidation n'en fut pas moins parfaite au point de vue de la solidité, comme je pus m'en assurer par le toucher et le palper. Je dois convenir cependant que l'écart entre les deux distances iliopubiennes était cette fois de 15 millimètres et que, sur la radiographie, les deux fragments semblaient un peu moins exactement coaptés que dans mon premier cas.

Des nouvelles que j'ai reçues tout récemment, il appert que cette seconde opérée est aussi « ingambe » — si l'on peut employer cette expression en parlant d'elle — que jadis.

Voici donc une ostéotomie pubienne traitée fort négligemment, avec, entre les fragments, un écart d'au moins 1 centimètre, et qui a guéri avec une solidité parfaite.

V

Si notre double succès opératoire n'emporte pas la conviction en faveur de l'opération de Gigli, peut-être une revue rapide des principales interventions de ce genre exécutées jusqu'ici, et des indications qui leur ont servi de base, paraîtra-t-elle plus démonstrative.

Abstraction faite de notre malade aux amputations congénitales, c'est le rachitisme qui a jusqu'ici exclusivement fourni les indications opératoires de la pubiotomie (1). Les rétrécissements les plus marqués furent ceux des parturientes de M. Bonardi, de M. Leopold (2) et de M. Döderlein (1), chez lesquelles le diamètre promonto-pubien minimum n'avait que 7 centimètres. Peut-on descendre plus bas? La chose nous paraît possible. Pour la symphyséotomie, M. Pinard admet 6.75 comme limite inférieure; or, ainsi que nous l'avons dit, il y a des chances pour que dans la pubiotomie l'agrandissement obtenu soit plutôt supérieur qu'inférieur à celui que donne la symphyséotomie. Toutefois, jusqu'à ce que des études anatomiques ou des observations cliniques précises aient été apportées, il sera prudent de s'en tenir au chiffre de 6.75.

Au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Amsterdam en 1899, M. Pestalozza s'est montré peu disposé à employer la symphyséotomie chez les primipares (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 284). De même, pour la pubiotomie, on pourrait craindre en pareil cas les déchirures du vagin, avec toutes leurs fâcheuses conséquences au point de vue de l'infection. Cette crainte, qui n'est pas chimérique en ce qui concerne la symphyséotomie, nous paraît exagérée pour la pubiotomie, car le foyer de la fracture est séparé du vagin par une épaisseur de parties molles bien plus considérable. D'autre part, sur 35 observations mentionnant les antécédents obstétricaux des opérées, il y avait 6 primipares (2) et chez aucune il ne se produisit d'accident ni de déchirure; 2 d'entre elles avaient même trente ans. Toutefois, il convient d'ajouter que, chez l'une de ces dernières, l'opérateur (Van de Velde) prit la précaution de débrider le périnée trop résistant.

Ce n'est pas cependant que la déchirure du vagin ne se soit jamais produite lors d'ostéotomie pubienne : elle est survenue une fois — et nous reviendrons sur ce point —, mais il ne s'agissait pas d'une primipare. Quoi qu'il en soit, les réserves faites par M. Pestalozza, et la conduite suivie par M. Van de Velde, sont à retenir : le cas échéant, on userait de tous les artifices, et en particulier des ballons ou des incisions, afin de rendre le vagin extensible.

Quant à la fièvre et à la rupture de la poche des eaux, elles ne sont ici ni des contre-indications, ni des conditions particulièrement désavantageuses, comme dans l'opération césarienne. Quelques parturientes avaient de la fièvre (3) et presque toutes avaient leur poche des eaux rompue, souvent même depuis longtemps, ainsi que c'est le cas habituel dans les rétrécissements du bassin.

A quel moment est-on intervenu, et à quel moment convient-il d'intervenir?

La plupart des opérations ont été assez tardives — à la dilatation complète, alors même qu'il existait déjà des anneaux de contraction (4) ou que le travail durait depuis quarante-deux ou quarante-huit heures (5) —, parce que les parturientes n'avaient pas été amenées plus tôt. Toutes les fois qu'on le pourra, le mieux sera d'intervenir dès que le col paraîtra suffisamment ramolli pour être facilement dilaté à la main ou avec les ballons, et au besoin, si le temps presse, avec le dilatateur de Bossi.

En somme, on se réglera beaucoup sur l'état général de la femme, sur l'intensité des douleurs et avant tout sur les résultats de l'auscultation : si nous recommandons de ne pas intervenir à la dernière heure, c'est uniquement dans l'intérêt de l'enfant.

VI

Pour ce qui est de l'opération, elle est des plus faciles. Cependant, nous ne la croyons pas à la portée de tous les médecins, comme on l'a dit. Mais elle est, à l'inverse de la symphyséotomie et de l'opération césarienne, d'une exécution aisée en dehors de l'hôpital, à la condition cependant de disposer d'un nombre d'aides suffisants et suffisamment expérimentés.

De quel côté doit-on opérer? Jusqu'ici, la plupart des chirurgiens, à l'imitation de M. Gigli, ont choisi le côté gauche : supposé qu'il se produisît une pseudarthrose, on préférait que ce fût le membre gauche, c'est-à-dire le moins valide, qui en pâtît. A l'heure actuelle, où nous voyons la consolidation s'être opérée à merveille un si grand nombre de fois, il nous semble qu'on peut choisir librement le côté qui paraît le plus indiqué.

Tout d'abord, il est possible que, pour une raison ou une autre (hernie, varices, membre impotent ou absent), un des côtés semble devoir être préféré.

En outre, suivant le conseil de M. Van de Velde, on fera bien de s'adresser au côté qu'occupent les bosses pariétales : l'engagement en sera d'autant plus facile. Ainsi donc, dans les présentations du sommet et du siège, on fera la section osseuse du côté homonyme de la présentation; dans celles de la face, on la fera du côté opposé. Et si le fœtus devait être extrait par version, il faudrait tenir compte du côté qu'occuperont les bosses pariétales au moment de l'extraction.

Cette règle n'a pourtant d'importance que dans des cas spéciaux, ceux, par exemple, où le bassin est extrêmement rétréci (6.75) ou dans les bassins de forme oblique ovalaire. Car dans la pratique les résultats semblent avoir été sensiblement les mêmes, quels que fussent la position et le côté opéré. Si, chez notre première malade, l'engagement fut si prompt et le dégagement spontané, ce n'est pas qu'elle eût été opérée du côté homonyme, mais parce que le fœtus était plus petit et le bassin plus ample que chez la seconde.

Nous en arrivons au manuel opératoire proprement dit. Il va de soi que la femme sera couchée en position gynécologique, lavée, rasée, anesthésiée et que la vessie sera vidée. M. Van de Velde a opéré sa dernière parturiente sans anesthésie générale, mais il y avait des raisons spéciales à cette exception que lui-même ne propose pas en exemple.

Voici quelle est la technique tout dernièrement encore recommandée par M. Gigli (1). La peau est incisée suivant une ligne oblique de haut en bas et de dedans en dehors, qui part de la symphyse pour aboutir sur le bord inférieur de la branche descendante du pubis, à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'arcade pubienne. En incisant, on tire la peau par en bas, de façon que l'incision remonte ensuite le plus haut possible, loin de la vulve, grâce à l'élasticité naturelle des téguments. On libère ensuite la face antérieure de l'os et on enfonce une grosse et forte aiguille mousse, à courbure très accentuée, derrière le bord supérieur du pubis, au voisinage de la ligne médiane. Cette aiguille est ensuite conduite le long de la face postérieure du pubis qu'elle rase, pendant que deux doigts enfoncés dans le vagin suivent sa marche et la font ressortir au-dessous de la branche descendante, dans le voisinage du petit tubercule sous-pubien. Avec cette aiguille,

(1) Dans l'avenir on pourrait encore y recourir dans les cas de présentation de la face, d'enfant trop volumineux, de bassin de Nægelé, etc.

(2) G. Leopold. Zur Hebotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 nov. 1904, obs. I.)

(1) A. Döderlein. Weitere Erfahrungen und Verbesserungen der subkutanen Hebotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 oct. 1904, obs. III.)

(2) Ce sont les observations de MM. Scarlini (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, nov.-déc. 1902), Döderlein (*Arch. f. Gynäkol.*, 1904, LXXII, obs. VI et VIII), Van de Velde (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 juillet 1904, obs. I), Leopold (*Loc. cit.*, obs. III et IV).

(3) Comme celle de M. Saladino (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, nov.-déc. 1902) et notre deuxième opérée.

(4) C'était le cas des opérées de MM. Van de Velde (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 sept. 1902, obs. I), Leopold (*Loc. cit.*, obs. III), L. Meyer (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 mars 1903).

(5) Comme chez les parturientes de M. Döderlein. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1904, LXXII, obs. VI) et de M. Scarlini (*Loc. cit.*)

(1) L. Gigli. Meine Technik des Lateralschnittes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 nov. 1904.)

on passe la scie filiforme derrière l'os; on accroche alors les poignées, on tend bien le fil métallique et on commence le sciage. En quelques allées et venues, l'os se trouve divisé.

M. Gigli donne de sa technique les raisons suivantes : la direction du trait de scie fait que l'extrémité supérieure de la fracture tombe entre les fibres du muscle grand droit, ce qui limite l'écart. En sciant plus en dehors, au niveau de l'épine du pubis, on risquerait d'ouvrir le canal inguinal, d'affaiblir la paroi et par suite de provoquer des hernies. En terminant la section trop bas, c'est-à-dire trop en dehors, on pourrait blesser les gros vaisseaux du périnée et on se rapprocherait de la vulve, d'où les infections possibles. Enfin, l'introduction de l'aiguille par en haut permet de contrôler la marche de celle-ci avec les doigts placés dans le vagin.

Cette technique n'a pourtant pas été suivie par la majorité des opérateurs. Même parmi les premiers qui ont exécuté l'opération de Gigli, il s'en est trouvé (1) qui ont fait une section osseuse assez différente et plus ou moins verticale. M. Van de Velde, enfin, a sectionné le pubis suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, de l'épine du pubis au tubercule sous-pubien. De ces différentes sections, laquelle faut-il choisir?

Bien que leur valeur ne soit pas extrêmement différente, c'est la section de M. Van de Velde qui nous paraît la meilleure. M. Gigli lui reproche d'exiger une incision capable d'ouvrir le canal inguinal et de prédisposer à la hernie. Mais ce danger nous paraît nul, surtout si l'on procède, comme nous le dirons tantôt, par voie sous-cutanée.

Ceux qui ont préféré la section osseuse de M. Van de Velde — et ils sont la majorité — ont surtout obéi à la crainte de voir le fragment pubio-symphysien se nécroser, ou fournir un cal insuffisant, faute de vitalité. Cette crainte, à l'heure actuelle, peut être considérée comme imaginaire, puisque plusieurs auteurs ont opéré avec succès en suivant exactement le tracé de M. Gigli. Aussi n'est-ce pas cette raison qui nous incite à recommander le tracé de M. Van de Velde. A notre avis, ce dernier a l'avantage de placer la section osseuse le plus loin possible du conduit vaginal, et, par suite, de diminuer d'autant les risques de déchirure; de s'éloigner franchement de la vessie; enfin de placer la section osseuse entre les insertions fibreuses des fortes aponévroses de l'abdomen, de l'arcade crurale et des muscles antéro-internes de la cuisse : si même on peut conserver au-dessus du trait de fracture un pont de tissu fibreux, la réparation n'en sera que plus prompte et l'écart moindre.

Le reproche fait par M. Gigli à l'incision cutanée par laquelle M. Van de Velde prépare son ostéotomie — blessure du canal inguinal — tombe d'ailleurs tout à fait quand on modifie l'opération dans le sens d'une section sous-cutanée, comme le voulait Stoltz et comme M. Döderlein et nous-même l'avons fait.

Voici donc le manuel opératoire que nous préconisons. Au niveau du bord supérieur du pubis, on fait à la peau une incision horizontale de 2 centimètres, dont le milieu répond à l'épine du pubis : on va jusqu'au plan aponévrotique, représenté ici par les dernières fibres de l'aponévrose du grand oblique, du muscle grand droit et de l'arcade crurale. A travers ces fibres, à leur insertion même sur l'épine du pubis, mais en dehors plutôt qu'en dedans de cette saillie, on fait une boutonnière soit au bistouri, soit à la sonde cannelée, et on introduit le conducteur de Gigli, que peut remplacer n'importe quel instrument solide pourvu d'une forte courbure et d'une longueur suffisante : clamp, sonde d'homme, porte-fil (1).

Le bec du conducteur vient ainsi faire saillie au-dessous de la branche descendante du pubis, au niveau du sillon labio-crural, à 3 centimètres environ au-dessous de l'arc pubien. On n'a plus qu'à inciser les téguments et les parties sous-jacentes sur la pointe de l'instrument. Il ne faut pas craindre d'aller trop bas : c'est le meilleur moyen de ne pas blesser le corps caverneux ou de ne le blesser que d'une façon insignifiante. A cet égard le mieux serait peut-être, sinon d'introduire le conducteur par le bas — comme le veut M. Van de Velde —, du moins d'amorcer sa sortie en faisant la contre-ouverture à l'avance et en refoulant le surtout fibreux du bord inférieur de l'os au voisinage du tubercule sous-pubien.

Pour éviter les fausses routes du conducteur, M. Döderlein enfonce l'index comme guide dans la plaie sus-pubienne et M. Gigli place deux doigts dans le vagin. Avec un peu d'adresse, on peut se passer de l'une comme de l'autre de ces manœuvres; mais, entre les deux façons de faire, nous préférerions celle de M. Gigli, afin de ne pas dissocier les fibres aponévrotiques de l'abdomen : il suffirait simplement de passer un gant de caoutchouc sur la main destinée à pénétrer dans le vagin (2).

Par le retrait de l'instrument auquel on accroche la scie, cette dernière se trouve donc placée en arrière du pubis. On la tend bien en la maintenant presque parallèle à l'os, et la section se trouve achevée en une demi-minute tout au plus. Les os s'écartent alors de 2 ou 3 centimètres : deux aides maintiennent les côtés du bassin. S'il se produit une hémorrhagie, presque toujours veineuse, on tamponne et on s'occupe de terminer l'accouchement (3). Pendant le passage de la tête les os s'écartent de 4 à 5 centimètres suivant les circonstances, mais semblent revenir spontanément à l'écart antérieur de 2 ou 3 centimètres. La délivrance achevée, on place une sonde à demeure dans la vessie, un drain dans la contre-ouverture, et un surjet au crin de Florence sur l'incision sus-pubienne (4). Si l'on ne possède pas de ceinture élastique, on applique un appareil amovo-inamovible quelconque, plâtré, si l'on veut, après avoir rapproché le plus possible les deux moitiés du bassin.

La malade est ensuite couchée avec les jambes jointes et légèrement relevées; deux coussins de sable viennent consolider le plâtre ou la ceinture sur les côtés. On la laisse ainsi pendant quinze jours et, après trois semaines, elle peut essayer de se lever.

Pour en finir avec la question du manuel opératoire, disons que, si l'on préfère exécuter l'opération à ciel ouvert, il suffit de suturer les parties molles par des fils embrassant toute l'épaisseur de celle-ci; la suture osseuse est inutile (5).

Les partisans de la symphyséotomie mettant au nombre des avantages — bien problématiques — de cette intervention le relâchement permanent de l'articulation, M. Van de Velde (1) a voulu obtenir l'équivalent avec la pubiotomie en laissant intentionnellement un espace de 2 ou 3 centimètres entre les fragments. La consolidation ne s'en est pas moins bien effectuée et, chez une de ses opérées, il a pu, grâce à cet artifice, terminer un accouchement ultérieur par la version. Toutefois, avec M. Gigli, nous pensons que le plus prudent est de viser à la *restitutio ad integrum*, car une pseudarthrose serait certainement fort peu avantageuse pour la malade, si par hasard elle se produisait. De plus, un écart même de 3 centimètres n'augmente qu'assez faiblement les dimensions du bassin : il n'y aurait donc bénéfice que pour les femmes ayant un rétrécissement peu marqué (2).

VII

Quels sont maintenant les résultats de la nouvelle opération?

Nous aimerions pouvoir dire que le véritable concert d'éloges qui s'est élevé en faveur de sa simplicité, de sa sécurité et de la rapidité de la consolidation osseuse n'a été interrompu par aucune note discordante. Ce n'est pourtant pas tout à fait le cas. M. Baumm (3) aurait opéré deux femmes — en suivant plus ou moins exactement la méthode de Gigli — et toutes deux seraient mortes d'infection causée par une déchirure du vagin : l'une d'elles, il est vrai, avait eu une hémorrhagie post-partum grave, qui avait pu favoriser cette issue malheureuse.

Nous avouons que ces deux cas déplorables nous surprennent (4). D'autre part, M. Baumm n'ayant donné que les résultats de ses interventions, sans fournir sur elles ni sur les malades aucun détail circonstancié, la condamnation qu'il passe sur la méthode est sujette à bien des réserves.

Supposons cependant qu'il n'y ait eu aucune faute opératoire : la pubiotomie aurait ainsi donné 2 morts sur 48 interventions, soit une mortalité de 4.1 %. Nous ne comptons pas, naturellement, dans la mortalité opératoire, 2 malades ayant succombé l'une à une fièvre typhoïde contractée dix-huit jours après l'opération (5) et l'autre aux suites de la narcose chloroformique (6).

Une mortalité de 4 %, ce serait bien peu en comparaison de celle de la symphyséotomie, qui souvent a dépassé 10 %.

Le double accident observé par M. Baumm — alors même que la technique de M. Gigli en serait innocente — est cependant instructif, d'autant plus que la déchirure du vagin est survenue une autre fois, mais avec une issue moins funeste : chez une malade de M. Döderlein (7), le vagin se déchira par suite du volume exagéré de l'enfant (4,030 grammes); la perte de substance fut suturée et, bien que la suture eût cédé au cinquième jour, la parturiente guérit sans complications.

---

(1) Citons MM. Calderini (*Loc. cit.*), Ferrari (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, avril-mai 1903), Pestalozza, ce dernier cité par M. Guicciardi (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, avril-mai 1903).

(1) On a quelque peu discuté sur la façon d'introduire le conducteur de la scie, soit par en haut, soit par en bas, au-dessous de la branche descendante du pubis. L'introduction par en bas ménage peut-être mieux le corps caverneux, si l'on ne s'est pas tenu en dehors de lui; mais l'introduction par en haut est plus facile à guider avec la main prenant appui sur le ventre de la malade, et avec les doigts allant par le vagin à la rencontre du bec de l'instrument.

(2) Au point de vue du drainage ultérieur, on pourrait se demander si le mieux ne serait pas de faire la grande incision en bas et la contre-ouverture en haut. Remarquons cependant que la contre-ouverture suffit pour le drainage et que, de plus, il vaut mieux ne laisser au voisinage des organes génitaux qu'une plaie minuscule, afin de diminuer les risques d'infection.

(3) Les auteurs, en Allemagne surtout, le terminent habituellement par version. En France, on préférera sans doute le forceps : c'est le moyen le plus rapide et partant le meilleur, vu que l'opération est faite pour sauver l'enfant. Il pourra arriver cependant — tête trop mobile ou présentation du tronc — qu'il y ait avantage à recourir à la version.

(4) M. Döderlein avait craint au début que la voie sous-cutanée ne favorisât les hématomes; l'événement n'a pas confirmé cette appréhension.

(5) M. L. Meyer est d'ailleurs le seul à l'avoir pratiquée.

(1) Th. Van de Velde. Hebotomie met blijvende verwijding van het bekken. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 mai 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 307.) — Die Hebotomie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 sept. 1903.)

(2) Et en fait, celle de M. Van de Velde avait un diamètre promonto-pubien minimum de 8.6 centimètres, ce qui est déjà beaucoup.

(3) P. Baumm. Beitrag zur Pubiotomie nach Gigli. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai 1903.)

(4) M. Döderlein a opéré 8, M. Pestalozza 7 et M. Van de Velde 5 malades sans aucune mort.

(5) Saladino. (*Loc. cit.*)

(6) D. Berry Hart. (*Journ. of Obstet. and Gynecol. of the Brit. Empire*, 1903.) — Cité par L. Gigli. I primi 15 casi di taglio lateralizzato del pube. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, mai 1904.)

(7) A. Döderlein. Weitere Erfahrungen und Verbesserungen der subkutanen Hebotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 oct. 1904, obs. I.)

Pour éviter pareil accident, nous pensons toujours que le moyen le plus sûr est de reporter très en dehors la section osseuse, afin de mettre entre elle et le vagin une épaisse couche de parties molles. On obviera, de plus, à l'étroitesse congénitale du conduit vaginal, à la primiparité ou au volume exagéré de l'enfant, en recourant aux ballons, aux dilatateurs ou même aux incisions prophylactiques du périnée.

Quant à la mortalité infantile, bien qu'un seul enfant ait succombé peu après l'extraction, nous n'en ferons pas état pour juger de la méthode, car cette mortalité dépend de la date de l'intervention beaucoup plus que de l'intervention elle-même.

En ce qui concerne les suites de couches, il n'est pas à nier que la plupart des malades ont eu de la fièvre : 38° ou un peu plus. Une seule, opérée par M. Döderlein (1), atteignit 40°, mais la fièvre était due à l'infection puerpérale et non à la fracture du bassin. Personne ne s'inquiétera de ces légères ascensions thermiques, étant donné que pour beaucoup de parturientes la fièvre est imputable à un certain degré d'infection utérine, fort naturelle après un travail prolongé ou des manœuvres obstétricales répétées. Quant à la phlébite observée par M Van de Velde, au petit hématome vulvaire signalé par M. Ferroni (2), à la cystite légère de la patiente de M. Meurer (3), ce sont là de simples incidents sans portée. Nous insisterons un peu plus sur les douleurs vives ressenties dans la symphyse sacro-iliaque par la malade de M. Roster (4) et sur l'eschare fessière présentée par notre première opérée : ces deux petites complications nous enseignent qu'il faut toujours procéder avec mesure à la distension des articulations postérieures du bassin. Mais il n'y a là rien de spécial à la pubiotomie; la même prudence est de rigueur dans la symphyséotomie.

Une malade de M. Pestalozza (5) eut après l'opération une légère hématurie; celle-ci, vu l'intégrité constatée de la vessie et les circonstances obstétricales, doit être évidemment rapportée à la compression de la vessie par la tête ou par les applications infructueuses de forceps.

Disons enfin que, chez toutes les opérées, la réunion de la plaie cutanée s'opéra *per primam*, et que la marche ne laissa rien à désirer : le cal, généralement peu volumineux à ses débuts, se réduisit ultérieurement à des dimensions minimes. Chez nos 2 opérées, un médecin non prévenu n'en trouverait certainement pas trace, pas plus par le palper que par le toucher vaginal (6).

Dr R. de Bovis,
Professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Reims.

MÉDECINE PRATIQUE

La recherche du sang dans les liquides organiques au moyen de l'eau oxygénée.

Lorsqu'on se propose de rechercher en clinique des traces de sang dans des liquides organiques, le procédé auquel on a le plus souvent recours est celui que l'on désigne communément sous le nom de réaction d'Almén et qui est basé sur l'emploi de l'essence de térébenthine et de la teinture de gaïac. En raison même de la nature de ces substances, la méthode dont il s'agit n'est pas exempte d'inconvénients. C'est pourquoi il nous semble intéressant de signaler ici un procédé que M. le docteur F. Schilling (de Leipzig) emploie avec succès depuis déjà quelque temps.

Pour exécuter la réaction en question, il suffit de mettre une partie du liquide à essayer — du chyme gastrique, par exemple — dans un tube à essai et d'y ajouter II ou III gouttes d'eau oxygénée renfermant 20 volumes de bioxyde d'hydrogène pour 80 d'eau. Dans le cas où le liquide contient du sang, il se produit immédiatement un dégagement de bulles gazeuses très nombreuses et très fines, qui se collectent à la surface en y formant une zone blanchâtre d'écume. La production de quelques bulles volumineuses — ainsi qu'on l'observe communément avec les matières fécales — n'est nullement démonstrative. Le résultat est également négatif lorsque l'écume ne se décolore pas franchement. Quand le liquide à examiner renferme une quantité notable de mucus, la réaction est souvent assez lente à se produire et il peut s'écouler quelques minutes avant que les bulles commencent à se dégager; d'autre part, leur formation se prolonge alors au-delà du délai habituel.

La présence de bile n'entrave nullement la réaction. On observe toutefois, en pareille occurrence, que la couche spumeuse ne se décolore pas aussi parfaitement que d'habitude. Les acides minéraux, au contraire, empêchent et la formation des bulles et la décoloration de l'écume : il suffit d'une goutte d'acide chlorhydrique, sulfurique ou azotique pour rendre l'épreuve avec l'eau oxygénée absolument négative, même en présence de quantités notables de sang. A l'encontre des précédents, les acides organiques, tels que l'acide acétique, ne font que ralentir la marche de la réaction. Quant aux alcalins (soude caustique, bicarbonate de soude), s'ils font pâlir quelque peu les solutions renfermant de l'hémoglobine, ils ne s'opposent cependant pas à l'effervescence que détermine l'addition d'eau oxygénée.

Cette réaction aurait donné entre les mains de notre confrère d'excellents résultats. Elle permet notamment de reconnaître la présence du sang dans de nombreux cas où celle-ci n'était que suspectée, par exemple dans le cancer ou l'ulcère de l'estomac, le cancer du côlon, etc., etc. Elle peut encore rendre des services lorsqu'il s'agit de distinguer si des matières vomies sont colorées par du sang ou par d'autres substances de couleur rouge (cerises, vin). Point à noter : la réaction est encore sensible quand le sang est dilué de 1600 fois son volume d'eau, alors que pour l'œil le liquide paraît absolument incolore.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1904.

Une nouvelle opération sur les muscles oculaires : l'allongement musculaire.

M. Landolt lit, sur ce sujet, une note dans laquelle, après avoir rappelé que les altérations de la motilité des yeux sont une des causes les plus fréquentes des troubles visuels, il démontre que l'opération du strabisme, telle qu'on la pratique actuellement, transforme le plus souvent le strabisme convergent en strabisme divergent, et propose de remplacer cette opération par une autre intervention, à laquelle il donne le nom d'*allongement musculaire*.

Pour obtenir cet allongement, on commence par mettre le muscle à découvert, puis on le sectionne par un trait en forme de z. Les deux chefs de cette section sont ensuite réunis par des points de suture.

L'avantage de l'allongement musculaire sur la ténotomie ou reculement musculaire réside dans ce fait que cette nouvelle opération conserve au muscle son étendue de déroulement sur le globe oculaire, alors que la ténotomie la diminue. Au lieu d'affaiblir les muscles, on les fortifie; on augmente, au lieu de les diminuer, les excursions des yeux. En outre, on ne court plus le risque d'une surcorrection, c'est-à-dire d'une substitution de telle forme de strabisme à la forme inverse.

M. Bendersky (de Kiev) lit un travail sur la *microgastrie primitive* (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 92-93).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1904.

Des déciduomes ou chorio-épithéliomes.

M. Faure. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Nabuco. Il s'agit d'un cas de déciduome malin, ou chorio-épithéliome, opéré par hystérectomie chez une femme qui, quelques mois auparavant, avait fait une fausse couche.

Cette néoplasie, qui consiste dans une dégénérescence épithéliale des villosités choriales, a toutes les allures d'un processus malin et donne lieu à des métastases, soit du côté du vagin, des ovaires ou des autres organes du voisinage, soit du côté des poumons. Il est cependant à noter que ces productions secondaires, celles du vagin en particulier, ne récidivent pas après ablation.

On a signalé la fréquence relative de cette affection à la suite de l'avortement, mais on est en droit de se demander si celui-ci n'a pas été déterminé, dans la plupart des cas, par l'existence de la néoplasie. Dans un très grand nombre d'observations, la tumeur s'est développée chez des femmes qui avaient préalablement eu une grossesse môlaire.

M. Tuffier. — Je voudrais attirer votre attention sur certains faits de chorio-épithéliomes ou placentomes primitifs du vagin, sans coexistence d'une tumeur utérine de même nature. J'ai eu l'occasion d'en observer un exemple chez une femme qui s'est présentée à mon examen avec une tumeur faisant saillie entre les grandes lèvres, et donnant lieu à des hémorrhagies et à un suintement fétide. J'ai enlevé ce néoplasme et pratiqué un curettage de l'utérus; or, les débris ramenés par la curette n'ont montré aucune infiltration du muscle utérin, alors que l'examen histologique indiquait que la tumeur vaginale était un chorio-épithéliome.

M. Reynier. — J'ai opéré il y a cinq ans un cas de déciduome, et il n'y a pas eu de récidive jusqu'à présent. Quant aux rapports de la môle hydatiforme avec ces tumeurs chorio-épithéliomateuses, il semble qu'on ait actuellement une tendance à considérer la môle elle-même comme une tumeur maligne; aussi, dans 2 cas de môle hydatiforme, j'ai cru devoir faire une hystérectomie.

M. Hartmann. — Il faut avant tout ne pas confondre les deux variétés, bénigne et maligne, de déciduomes ou placentomes. C'est ainsi que s'expliquent les divergences apparentes au point de vue du pronostic de ces tumeurs.

De la toxicité du naphtol camphré.

M. Guinard. — A la suite de la discussion qui a eu lieu naguère ici même au sujet de ma communication sur la toxicité du naphtol camphré (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 155 et 173), M. Calot (de Berck-sur-Mer) nous a adressé un mémoire dont vous m'avez confié le rapport.

Bien qu'il ait observé au début de sa pratique des accidents sérieux et même deux cas de mort dus au naphtol camphré, notre confrère, se basant sur un total d'environ 50.000 injections pratiquées depuis six ans, par lui ou par ses aides, sans aucun inconvénient, fait valoir les raisons qui militent en faveur de l'emploi de ce médicament et déclare devoir continuer à s'en servir, en ayant soin toutefois de prendre certaines précautions. Il faut, en effet, d'après M. Calot,

(1) A. Döderlein. Ueber alte und neue beckenerweiternde Operationen. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1904, LXXII, obs. VI.)

(2) E. Ferroni. Per la casistica del taglio lateralizzato del pube. (*Ginecologia*, 30 avril 1904.) — Beitrag zum Lateralschnitt des Beckens nach Gigli. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 sept. 1904.)

(3) J. Th. Meurer Twee gevallen van snelle rekking van het onderste uterussegment. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 juin 1903.)

(4) A. Roster. Un caso di taglio lateralizzato nella pratica. (*Boll. della Soc. toscana di ostet. e ginecol.*, juillet 1903.)

(5) Cité par M. Guicciardi (*Loc. cit.*).

(6) A la liste des cas cités au cours de ce travail, ajoutons, pour compléter les renseignements bibliographiques, celui de M. Toporski publié il y a un an par M. G. Arndt (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 déc. 1903); il est d'ailleurs compté dans notre statistique.

ne jamais injecter ce liquide dans les tissus sains, et n'en injecter que quelques gouttes dans les ganglions non ramollis. Il est important, d'autre part, de conserver le naphtol camphré à l'abri de la lumière. Notre confrère tient à ne pas abandonner l'emploi de ce médicament, qui, à son avis, donne, pour la tuberculose ganglionnaire, des résultats aussi bons que la curette tranchante.

Malgré l'optimisme de notre confrère, je crois devoir maintenir intégralement les conclusions de ma précédente communication. Aux 6 cas de mort que j'ai déjà cités et aux 2 faits mortels observés par M. Calot, je puis en ajouter 4 autres, dont 2 m'ont été communiqués par M. Millon et concernent respectivement un malade de Gérard-Marchant, chez lequel la mort survint dix minutes après une injection de naphtol camphré dans une fistule qui pouvait contenir au plus 3 c.c. de liquide, et un homme qui, ayant reçu dans un ganglion tuberculeux du cou 10 c.c. de naphtol camphré, succomba en un quart d'heure. Cela fait donc un total de 12 intoxications mortelles.

Je ne pense pas, pour ma part, qu'il y ait lieu de persister à employer le naphtol camphré, en raison des dangers de ce topique, qui ne sont pas compensés par une efficacité plus grande que celle des autres agents médicamenteux préconisés contre la tuberculose.

Pylorectomie pour tumeur colloïde de l'estomac.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion d'enlever par pylorectomie une tumeur pédiculée de l'estomac, qui, à première vue, paraissait être de nature bénigne, malgré l'existence de ganglions et la constatation d'une anachlorhydrie complète. L'examen histologique a été pratiqué par M. Cornil, qui a pu constater qu'il s'agissait d'un épithélioma colloïde.

La malade ayant succombé au neuvième jour, avec des phénomènes peu caractéristiques, nous avons trouvé, à l'autopsie, un petit abcès au niveau de la partie antérieure de la suture du duodénum à l'estomac. Il s'était donc produit en ce point une légère désunion, due au tiraillement qu'exerçait le duodénum sur la suture. Au lieu d'employer, comme je l'ai fait, le procédé de Kocher avec abouchement direct du duodénum dans l'estomac suturé, j'aurais dû plutôt, dans ce cas, pratiquer une gastro-entérostomie.

Bactériologie et traitement du cancer.

M. Doyen. — Le microbe que j'ai trouvé dans les néoplasmes, ou *Micrococcus neoformans*, a été étudié en 1902 par M. Calmette (de Lille) qui m'a adressé à ce sujet, dès cette époque, une note d'où il résulte que ce microorganisme est un staphylocoque offrant des caractères de culture assez particuliers pour qu'on puisse le distinguer des autres microbes appartenant au même groupe et déjà connus.

De son côté, M. Metchnikoff a recherché le *Micrococcus neoformans* dans un certain nombre de cas de cancer opérés par moi ou par d'autres chirurgiens, et il a pu obtenir des cultures pures d'un coccus reproduisant tous les caractères de celui que j'ai signalé dans les tumeurs. La question de la spécificité de ce microbe n'est pas encore définitivement résolue, à son avis, et elle ne pourra pas l'être avant deux ou trois mois, lorsque les recherches actuellement en cours, en vue d'obtenir un sérum spécifique agglutinant ce microbe, seront terminées. D'après M. Metchnikoff, le *Micrococcus neoformans* présente, au point de vue cultural, une grande analogie avec le coccus polymorphe de la peau, mais l'examen des cultures sur gélose accuse une certaine différence entre les deux microbes. Dans la note qu'il a bien voulu me remettre à ce sujet, M. Metchnikoff ajoute que, à l'occasion de ses recherches bactériologiques, il a pu examiner à plusieurs reprises, et pendant près de deux mois, un grand nombre de cancéreux traités par moi, et qu'il a subi l'impression que plusieurs malades atteints de cancers très graves ont été améliorés par mes injections.

Voici au total les résultats bactériologiques des expériences de contrôle instituées depuis le 24 octobre dernier : sur 121 tubes ensemencés avec 9 tumeurs du sein, 1 cancer des ganglions carotidiens et 1 cancer de l'ovaire, MM. Metchnikoff, Borrel et Burnet ont obtenu 41 fois des cultures pures de *Micrococcus neoformans* et 5 fois des cultures impures, contenant des staphylocoques, des streptocoques ou des bacilles.

Ces recherches confirment d'autre part ce que j'ai déjà dit dans mes travaux antérieurs, à savoir que ce sont les tumeurs les plus malignes qui donnent le plus de cultures, et que les parties fertiles sont plus particulièrement constituées par la zone d'envahissement des tumeurs et par les ganglions récemment infectés.

Au point de vue des résultats que m'a fournis le traitement anticancéreux depuis le 24 octobre dernier, je puis vous communiquer les observations de 15 malades (11 tumeurs du sein, 4 cancers de l'utérus) qui, inopérables avant le traitement parce que la récidive était fatale à brève échéance et que l'intervention eût été incomplète, ont été, après un certain nombre d'injections, opérées dans d'excellentes conditions. En outre, une tumeur du sein et une récidive d'épithélioma de la joue ont été suffisamment améliorées pour que l'intervention ait été inutile. Enfin, 2 tumeurs du sein encore au début, alors que l'autre sein devait être opéré, ont disparu complètement sous l'influence des injections.

Je vais maintenant vous montrer 8 malades. Le premier, atteint de cancer du testicule, a été opéré une première fois par M. Nélaton, en juin 1900; l'année suivante, j'ai dû intervenir pour une récidive ayant le volume de la tête; une nouvelle récidive s'est produite ultérieurement; cet homme a reçu 25 injections et, malgré les récidives, il offre toutes les apparences de la guérison. Le deuxième, qui avait subi une gastro-entérostomie pour cancer, s'est présenté le 27 juin 1902 avec une récidive étendue dans la paroi et une fistule gastrique; le traitement a amené l'occlusion de la fistule et a fait rétrocéder considérablement le néoplasme, qui paraît, depuis longtemps déjà, complètement arrêté dans son évolution. Trois autres de ces patients sont soumis au traitement depuis peu et leurs observations doivent être suivies pendant un temps assez long pour qu'on puisse apprécier les résultats. Quant aux 3 derniers, ils sont atteints de cancers inopérables et vont être soumis à mon traitement; j'ai voulu vous les montrer, pour que vous puissiez ultérieurement constater les effets obtenus.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 décembre 1904.

Essai d'inoculation de la syphilis au cheval.

M. Piorkowski dit avoir injecté à un cheval — le plus souvent dans la jugulaire, mais quelquefois aussi sous la peau — du sang recueilli sur 80 syphilitiques arrivés à des phases diverses de leur affection. Ces injections, pratiquées à la dose de 5 à 10 c.c., étaient suivies de légères élévations de la température (de 0°5 environ). Sans aucun accident local préalable, l'animal présenta, au bout de quatre semaines après la première injection, un exanthème constitué par une centaine de petites papules disséminées sur tout le corps; ces éléments étaient recouverts de squames et à la suite de leur grattage il se formait des croûtelles. Un mois ou un mois et demi plus tard on constata une tuméfaction, paraissant indolore, des ganglions sous-maxillaires, sans la moindre altération de l'état général.

L'injection du sang de ce cheval aux animaux de laboratoire ne détermina aucune réaction.

M. Schütz a fait l'examen microscopique de cet exanthème, dont le caractère principal est une infiltration parvicellulaire périvasculaire. L'orateur signale la complète identité de cette éruption avec la « gale d'été » du cheval (*Sommerräude*), mais son apparition en dehors des mois chauds ne permet pas de la confondre avec cette dernière affection. Pareil exanthème a du reste été déjà signalé chez le cheval et le porc après inoculation de produits syphilitiques.

M. Blaschko, qui a examiné le cheval pendant plusieurs semaines, est d'avis que les éléments de la gale d'été sont plus superficiels que ceux que présente cet animal; les altérations périvasculaires, dans ce cas, lui paraissent tout à fait comparables à celles de la syphilis humaine.

M. Lassar croit au contraire que ces lésions histologiques ne sont en rien spécifiques de la syphilis, et que l'absence d'accident primitif doit également rendre circonspect sur l'interprétation de cette éruption.

M. Benda fait observer que toute lésion inflammatoire de la peau se traduit par de la périartérite, et que le caractère le plus net de l'inflammation syphilitique est sa rapide propagation à l'intima, avec tuméfaction de celle-ci. Or, ce caractère manque justement dans le présent cas.

M. Kromayer pense qu'il est impossible de se faire dès à présent une opinion sur le résultat de l'expérience de M. Piorkowski. Il est vrai que les lésions histologiques ne sont pas absolument semblables à celles de la syphilis humaine, mais rien ne prouve que la syphilis, si elle est transmissible au cheval, détermine chez cet animal des lésions tout à fait identiques à celles qu'elle produit chez l'homme.

M. Aronson déclare avoir fait, depuis une dizaine d'années, des injections de substances hétérogènes diverses (albuminoïdes, produits bactériens) à près de 200 chevaux et avoir constaté 6 fois une éruption analogue à celle que présente le cheval de M. Piorkowski. Il semble donc s'agir là d'une réaction spécifique à l'égard des substances albuminoïdes, sans aucun caractère syphilitique.

M. Brieger rappelle, dans le même ordre d'idées, des expériences récentes de M. Uhlenhuth, d'où il résulte que l'on peut immuniser des animaux (cobayes) contre l'injection de sang hétérogène (vache); en pareil cas, les injections de sang étranger, au lieu de déterminer comme d'ordinaire des infiltrations ou des nécroses de la peau, n'entraînent plus que l'apparition d'une éruption cutanée.

M. Piorkowski dit que, chez un lapin injecté de la même façon que le cheval, il a vu survenir, au bout de quatorze jours, un exanthème de l'oreille gauche, bientôt suivi d'adénopathie axillaire droite; au contraire, un second lapin, traité de même, mais avec du sang humain normal, n'eut aucun accident. Cela étant, l'orateur ne croit pas qu'il puisse être question d'une réaction due à l'introduction de substances albuminoïdes hétérogènes.

M. Heller montre un fragment de peau de porc où l'on constate une éruption rappelant les syphilides maculo-papuleuses; or, l'animal était atteint d'une affection ressortissant au groupe du rouget et n'offrant rien de syphilitique.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 12 décembre 1904.

Sur les albuminuries physiologiques et pathologiques.

M. Max Salomon conteste l'opinion récemment défendue par M. Senator (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 388), d'après laquelle certaines albuminuries, telles que celles qui sont consécutives à un bain glacé, à un repas trop copieux, etc., seraient physiologiques, tandis que les albuminuries cycliques et orthostatiques seraient réellement d'ordre pathologique. Pour l'orateur, toute albuminurie est un phénomène morbide indiquant pour le moins que le rein constitue un *locus minoris resistentiæ*. Ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que l'on voit parfois ces albuminuries dites physiologiques se transformer en néphrites confirmées : tel le cas d'un confrère qui, atteint d'une albuminurie que deux cliniciens distingués avaient déclarée physiologique, n'en succomba pas moins, quatre ou cinq ans plus tard, à une néphrite interstitielle.

En présence de cas de ce genre, ajoute l'orateur, force est de convenir que les prétendues albuminuries physiologiques ne sauraient être traitées en quantité négligeable, car il est

impossible d'établir avec certitude le diagnostic et le pronostic de ces formes d'albuminurie.

M. Fürbringer ne croit pas que tous les cas d'albuminurie orthostatique relèvent d'une néphrite légère; qu'il en soit le plus souvent ainsi, l'orateur ne le conteste pas, mais il est cependant des faits où l'on ne saurait admettre l'existence d'une néphrite. D'ailleurs, ne connait-on pas des albuminuries essentiellement transitoires, disparaissant sans laisser de trace, chez les neurasthéniques par exemple? L'orateur a eu lui-même, il y a vingt-cinq ans, l'occasion d'observer un confrère qui, à la suite d'une violente frayeur, eut une albuminurie considérable (6 %) : en huit mois, celle-ci guérit progressivement et définitivement.

M. L. Casper déclare avoir vu 3 cas d'albuminurie orthostatique, qui ont tous 3 abouti à la néphrite chronique; il est à remarquer que celle-ci conserva elle-même une allure cyclique, l'albumine faisant défaut dans les urines de la nuit.

M. Benjamin relate un cas d'albuminurie prémenstruelle, survenant régulièrement deux jours avant l'apparition des règles. Il insiste sur les difficultés qu'offrent, au point de vue des assurances sur la vie, les différentes formes d'albuminurie dont il vient d'être question.

M. Senator estime que le devoir du médecin-expert est d'accepter sans restriction les sujets atteints d'albuminurie physiologique et d'imposer au contraire une surprime à ceux qui offrent une albuminurie cyclique ou orthostatique.

Sur le pronostic du diabète.

M. Fürbringer déclare, à propos de la communication faite naguère par M. Hirschfeld sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 373), qu'il est tout à fait d'accord avec ce dernier au sujet de la gravité de la néphrite chez les diabétiques; il a déjà eu jadis l'occasion de s'élever contre l'opinion qui voyait, dans la diminution du sucre avec apparition de l'albuminurie, un signe d'heureux pronostic. En ce qui concerne l'étiologie de cette néphrite, l'orateur est d'avis, comme M. Hirschfeld, qu'elle n'a rien à voir avec l'artériosclérose; mais il ne pense pas qu'on puisse davantage incriminer la cystite, celle-ci étant exceptionnelle chez les diabétiques.

M. Kraus conteste la légitimité des distinctions établies par M. Hirschfeld en se basant sur le taux de la glycosurie après ingestion d'une quantité déterminée d'hydrates de carbone, les troubles de la nutrition pouvant être profonds chez les diabétiques malgré une utilisation assez satisfaisante, en apparence, des substances hydrocarbonées. D'ailleurs, le degré de l'albuminurie ne pourrait non plus, d'après l'orateur, donner la mesure de la gravité du diabète, même lorsque la glycosurie est en voie de diminution.

M. von Leyden croit qu'il faut distinguer l'albuminurie survenant au cours du diabète, et celle qui n'apparaît que *sub finem vitæ*, cette dernière annonçant l'imminence de la terminaison fatale; à cet égard, la présence de cylindres hyalins dans les urines aurait, d'après Külz, une signification tout particulièrement défavorable.

Myxœdème infantile.

M. Bendix présente une fillette de onze semaines, offrant un tableau clinique qui rappelle absolument celui du myxœdème : visage bouffi, paupières tombantes, macroglossie, nez épaté, arrêt de croissance, etc. La palpation ne permet pas de sentir le corps thyroïde. Rien dans les antécédents héréditaires de cette fillette n'explique le myxœdème dont elle est atteinte.

M. von Leyden fait observer que cette absence de toute tare héréditaire n'est pas habituelle dans le myxœdème. A l'appui de cette opinion, l'orateur cite le cas d'une jeune femme manifestement myxœdémateuse, et qui était fille et sœur de basedowiennes.

Dysenterie amibienne mortelle contractée en Allemagne.

M. Albu relate l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'un voyage en Silésie, contracta une dysenterie typique, à marche rapide, sans rémission; l'examen microscopique des fèces permit d'y constater la présence d'amibes. La mort survint au bout de six mois, sans aucune complication, par les progrès du marasme. L'autopsie montra sur tout le gros intestin, depuis l'anus jusqu'à la valvule de Bauhin, les lésions caractéristiques de la dysenterie; la muqueuse avait un aspect criblé et renfermait des amibes, encore qu'en petit nombre.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Tumeur de la région hypophysaire avec autopsie, par M. A. Berger.

L'auteur relate un cas de tumeur du corps pituitaire diagnostiqué cliniquement, suivi pendant deux ans jusqu'à la mort du sujet, et où, de plus, une autopsie complète put être pratiquée.

Lorsque le malade, un jeune garçon de quatorze ans, fut soumis pour la première fois à un examen médical, il souffrait déjà depuis environ deux années d'une céphalée qui s'était aggravée à la suite d'une chute sur la tête. Les douleurs, principalement frontales, soulagées par le décubitus dorsal, revêtaient la forme d'attaques qui survenaient par intervalles de une à quatre semaines, duraient trois ou quatre jours et s'accompagnaient de vomissements violents, même à jeun. Le début des accidents fut, en outre, marqué par différents phénomènes assez caractéristiques, tels que arrêt de la croissance, apparition d'un degré notable d'obésité, suppression de la transpiration, insensibilité au froid, chute des cheveux, protrusion des globes oculaires. En présence d'un pareil tableau, on diagnostiqua une tumeur cérébrale.

L'évolution de la maladie demeura stationnaire, entrecoupée cependant de temps à autre par des périodes où la céphalée devenait tellement intense, qu'elle obligeait le patient à s'aliter.

Dix-huit mois après le début de l'affection, une nouvelle complication survint : l'acuité visuelle diminua progressivement; en trois mois, l'amaurose fut presque totale.

Tel était encore l'état du sujet lorsque celui-ci, à quelque temps de là, fut soumis à un examen complet : on nota de la bouffissure de la face, dont la peau se soulevait en plis épais, notamment au front; en outre, on constatait, du côté des yeux, une amaurose complète de l'œil droit, une amblyopie très avancée de l'œil gauche avec conservation du quadrant inféro-externe du champ visuel, les nerfs optiques étant tous deux le siège d'une atrophie très prononcée.

Bientôt après se produisit une aggravation assez notable de l'état général; une nuit, le malade eut même une attaque d'épilepsie généralisée qui dura un quart d'heure. Une autre fois il fut pris d'opisthotonos, avec torpeur intellectuelle et paralysie des sphincters.

En se basant notamment sur le rétrécissement en secteur du champ visuel, sur l'arrêt de la croissance et sur les progrès de l'obésité, on crut devoir porter le diagnostic de tumeur cérébrale empiétant sur le corps pituitaire.

Il y eut alors des alternatives d'amélioration et d'aggravation : tandis que l'acuité visuelle s'améliorait temporairement, des phénomènes parétiques, d'ailleurs éphémères, se manifestaient du côté des muscles de la face et de l'œil. D'une façon générale, cependant, il y avait plutôt tendance vers une amélioration de l'état général, au point que l'on put mettre le malade en apprentissage. L'embonpoint diminua quelque peu et la taille s'accrut.

L'affection suivait donc, en somme, une marche très lente, lorsque reparurent des attaques extrêmement violentes de céphalée et de vomissements, accompagnées d'un ralentissement notable du pouls. A quelques jours de là, le malade succombait brusquement.

L'autopsie montra, conformément au diagnostic qui avait été porté pendant la vie, une tumeur siégeant au voisinage du corps pituitaire. C'était un épithélioma pavimenteux de la base du cerveau, empiétant sur l'hypophyse qui était d'ailleurs demeurée intacte. Le néoplasme comprimait, d'autre part, le chiasma optique auquel il confinait. La bandelette optique droite paraissait aplatie, la gauche au contraire plutôt épaissie.

Bien que la glande pituitaire parût normale, même au microscope, il est vraisemblable que ses fonctions avaient subi une certaine perturbation : c'est dans ces troubles fonctionnels qu'il faudrait chercher la cause des accidents dystrophiques constatés chez le malade. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.) — F. M.

L'entérostomie dans la prophylaxie et le traitement de la péritonite, par M. E. Gebhart.

On sait aujourd'hui que, dans la péritonite généralisée, l'intoxication mortelle procède tout autant de l'intestin que de la cavité péritonéale; le contenu intestinal, normalement septique, devient un abondant bouillon de culture, lorsque, sous l'influence du processus inflammatoire, la paroi du tube digestif s'est paralysée et s'est laissée distendre; d'autre part, l'épithélium, plus ou moins détruit, ne forme plus barrière et fournit une vaste surface libre à la résorption; enfin, les tuniques intestinales, ainsi altérées, deviennent perméables aux microbes, qui se répandent de dedans en dehors et aggravent l'infection première du péritoine. Il y a là tout un enchaînement que des travaux nombreux ont révélé, et que l'auteur rappelle; et l'on conçoit tout de suite les résultats heureux, et alors inexpliqués, de la décharge intestinale réalisée dans un tout autre but, pour faciliter une réduction impossible, ou encore, dans les péritonites par perforation, de la non-suture de l'orifice, que, ne pouvant mieux faire, on s'est parfois contenté d'isoler ou de fixer à la paroi. A maintes reprises, cette dernière pratique a été utilisée, de nécessité, dans les perforations traumatiques ou consécutives à la fièvre typhoïde. Or, ce drainage permanent du contenu septique de l'intestin a été quelquefois si efficace, que l'on en est venu à proposer et à faire, de l'entérostomie, un traitement de la péritonite.

Les cas où elle semble être particulièrement de mise sont, d'ailleurs, les formes de péritonite à grand météorisme et compliquée d'iléus; quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins utile, pour que la question soit bien posée, de ne pas confondre la péritonite proprement dite et les diverses formes d'iléus mécanique ou paralytique. On reconnaît depuis longtemps les indications de l'entérostomie dans ces types d'occlusion, et, bien que les effets en soient frappants et contribuent à démontrer la théorie pathogénique plus haut rappelée, il n'y a plus là rien de très nouveau. Cette réflexion s'applique à 4 des 8 observations de M. Gebhart : il s'agissait, dans un de ces faits, d'une invagination intestinale, et, d'ailleurs, les suites de l'entérostomie furent exceptionnellement heureuses, puisque le boudin nécrosé s'élimina spontanément par l'orifice; dans 2 autres, d'une obstruction stercorale et d'un iléus de cause inconnue; dans le quatrième, d'un iléus paralytique, consécutif à un traumatisme de la région sus-ombilicale. Les 4 malades guérirent; enregistrons ces succès à l'actif d'une méthode dont on peut dire qu'elle n'a plus à faire ses preuves.

Quant à la seconde série des observations de l'auteur, nous en trouvons 2 ayant trait à des accidents de péritonite septique avec pseudo-iléus, consécutifs à des hystérectomies vaginales pour cancer : l'entérostomie guérit l'une de ces malades; elle améliora l'autre, qui finit par succomber. Enfin, les 2 derniers cas se rapportent à des péritonites d'origine appendiculaire : ici, nous sommes en plein dans la question. Chez l'un de ces sujets, l'incision iliaque avait été pratiquée huit jours auparavant; les accidents abdominaux persistaient, le météorisme devenait de plus en plus considérable : on pratiqua une entérostomie à gauche, sur la première anse grêle qui se présenta; dès lors, les phénomènes infectieux s'amendèrent, et la guérison fut obtenue. Chez l'autre opéré, l'intervention initiale avait été des plus laborieuses; la persistance des accidents fit craindre qu'un tampon n'eût été abandonné dans le ventre. On pratiqua la laparotomie médiane, on ne trouva pas de tampon, mais une assez grande quantité de liquide sanglant dans le petit bassin et des intestins très dilatés; après détersion et lavage, on referma le ventre, en pratiquant une entérostomie. Cette fois encore, la guérison fut complète.

M. Gebhart conclut donc que, dans la péritonite suppurée généralisée, lorsque l'infection générale est menaçante, on devra compléter la laparotomie par l'établissement d'une fistule intestinale, soit en fixant une anse grêle à l'extrémité inférieure de la plaie médiane, soit en pratiquant l'entérostomie dans la fosse iliaque gauche. Lors de péritonite septique, sans épanchement purulent, l'entérostomie et l'évacuation de l'intestin se présentent comme la seule indication à remplir.

Quant à la technique de cette intervention, l'auteur se refuse à aller chercher une anse élevée du jéjunum, comme l'a conseillé M. Doyen: il recommande de prendre la première anse grêle dilatée qui se montre sous la paroi et de faire un orifice petit. Ce ne sont, en somme, que les règles de l'entérostomie de Nélaton. Ainsi pratiquée, l'opération est simple, elle est exécutable à la cocaïne; de plus, l'ouverture intestino-cutanée se ferme le plus souvent toute seule, dans les sept ou huit semaines qui suivent. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.) — L.

Premier cas de rupture spontanée de l'utérus gravide au niveau d'une ancienne cicatrice d'opération césarienne exécutée par la méthode de Fritsch, par M. E. Erstein.

Bien que le cas de rupture utérine relaté dans le présent travail ne puisse être directement imputé à la méthode de Fritsch, il montre cependant que ce procédé d'hystérotomie ne met pas à l'abri de pareil accident.

Une femme de trente-trois ans, rachitique, avait eu déjà trois grossesses : les deux premières avaient dû être terminées par une basiotripsie et la troisième par une opération césarienne que l'on avait pratiquée selon la méthode de Fritsch. La plaie utérine avait été soigneusement refermée par trois plans de suture: le premier musculo-musculaire, le second séro-musculaire, le troisième séro-séreux. Cette femme était redevenue enceinte pour la quatrième fois et se trouvait au huitième mois de sa grossesse, quand un jour, en lavant sa chambre, elle éprouva dans le ventre une violente douleur. Le lendemain, les mouvements de l'enfant avaient disparu, en même temps que l'état de la malade s'était aggravé; elle fut transportée à l'hôpital.

A l'examen, la face était pâle, le pouls petit, la respiration précipitée; l'abdomen excessivement douloureux ne se laissait palper qu'avec peine; par le vagin, on sentait un empâtement dans les culs-de-sac vaginaux, mais aucune partie fœtale.

En présence de ces symptômes, qui semblaient indiquer une rupture utérine, on fit une laparotomie : le fœtus, mort, ses enveloppes et le placenta se trouvaient effectivement dans l'abdomen, qui contenait en outre une grande quantité de sang. L'utérus était revenu sur lui-même et la déchirure siégeait exactement au lieu et place de l'ancienne cicatrice. On termina par une opération de Porro, mais la patiente n'en succomba pas moins une heure et demie après l'intervention.

L'examen de la pièce montra que le placenta siégeait sur la cicatrice même. C'était là, évidemment, la cause de la rupture, celle-ci étant due à l'usure de la paroi utérine par les franges choriales. Pareil accident aurait donc pu se produire avec n'importe quel autre procédé d'opération césarienne. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 novembre 1904.) — R. DE B.

L'ulcère rond simple du vagin, par M. Thomson.

C'est là une lésion fort curieuse, et mal connue encore, puisque, depuis la première description de Zahn, l'auteur n'en relève que 9 faits, dont 8 ont été publiés par M. Beuthner et un par M. Beckmann; les 2 observations inédites qu'il relate valent donc d'être signalées.

La première a trait à une femme de vingt-deux ans, mariée depuis deux ans, sans enfant, ne se plaignant que de douleurs assez vagues dans le bas-ventre, et aussi de douleurs pendant le coït. Les annexes sont seulement un peu sensibles. On trouve au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur, légèrement à gauche, un ulcère rond, plat, de 1 centimètre environ de diamètre, de bords mobiles et coupés net; le fond en est rouge et clair, il est formé par la couche musculeuse; il n'y a nulle part d'infiltration ni d'induration. L'examen microscopique d'un petit segment prélevé sur le pourtour de l'ulcération ne montra que du tissu conjonctif normal, assez vascularisé, et, par places, quelques épaississements épithéliaux : pas de microorganismes, pas de bacilles tuberculeux. On cautérisa l'ulcère au thermocautère, et M. Thomson ne nous dit pas si la guérison fut obtenue.

Plus brève encore est l'histoire clinique du second cas. Chez une femme de trente et un ans, qui avait des ménorrhagies et souffrait du ventre, ce fut par hasard, au cours de l'examen au spéculum, que l'on découvrit, sur la paroi postérieure du vagin, un ulcère plat, à bords nets, large comme le bout du doigt, et de même aspect que le précédent. La cicatrisation eut lieu spontanément, au bout de quelques mois, et une grossesse se produisit.

Que cet ulcère simple du vagin soit moins rare qu'on ne pourrait le croire; qu'il échappe parfois à un examen non prévenu, et cela d'autant plus aisément qu'il ne crée pas d'accidents particuliers, le fait est, en somme, très plausible. Toujours est-il que la pathogénie en reste obscure, surtout dans les cas analogues à ceux qui viennent d'être résumés, et qui concernent des femmes jeunes, sans tare, générale ni locale, d'aucune sorte. Le pronostic en serait, d'ailleurs, assez bénin : la cautérisation et quelques soins de détersion locale paraissent suffire au traitement, au moins dans les formes récentes et simples. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 décembre 1904.) — L.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'iodoforme à l'intérieur contre les formes torpides de rhumatisme articulaire.

Chez un sujet qui était atteint depuis quatre mois de douleurs rhumatismales apparues en dehors de tout état fébrile et ayant tendance à se généraliser aux diverses articulations, la médication salicylée, ainsi que les autres moyens thérapeutiques ordinairement employés en pareille occurrence, y compris de petites doses d'acide phénique, étaient demeurés impuissants à enrayer la marche envahissante de la maladie, quand M. le docteur F. Boada Calzada (de Barcelone) eut l'idée de recourir à l'iodoforme, prescrit sous la forme de pilules de 0 gr. 01 centigramme dont le patient prenait de six à huit chaque jour. Au bout d'une semaine de cette médication, on put interrompre le traitement, et, depuis lors, le rhumatisme n'a plus reparu.

Dans 14 cas analogues au précédent, notre confrère a obtenu des résultats non moins satisfaisants par l'usage interne de l'iodoforme; la dose quotidienne de médicament n'a jamais dépassé 0 gr. 10 centigr. L'efficacité de ce traitement a été particulièrement évidente chez un sujet de vingt-sept ans qui présentait des douleurs rhumatismales dans les deux épaules ainsi qu'au niveau de la rotule droite, ayant résisté au salicylate de soude, à la quinine, à l'antipyrine, aux iodures; or, trois jours de cure iodoformée suffirent pour faire disparaître entièrement les douleurs.

Il semblerait donc résulter des observations de M. Boada Calzada que dans le rhumatisme articulaire à marche torpide, subchronique, l'iodoforme aurait une valeur thérapeutique supérieure à celle du salicylate de soude.

Solution forte de sublimé pour stériliser le matériel opératoire et notamment les cuvettes.

Etant donnée l'insuffisance, récemment démontrée, du flambage « au punch » pour la stérilisation du matériel opératoire et notamment des cuvettes (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 48), M. le docteur Adenot et M. Perroy (de Lyon) ont eu l'idée de remplacer le flambage par la désinfection à l'aide de liquides antiseptiques. Voici comment ils procèdent :

Les objets à stériliser (cuvettes de porcelaine, de verre, etc.) sont d'abord savonnés ou lavés au carbonate de soude afin de les débarrasser des particules grasses qui y adhèrent. Puis on les badigeonne avec un large tampon imbibé d'une solution de sublimé à 5 ‰. On les rince ensuite soigneusement à l'eau bouillie afin d'enlever toute trace de sublimé qui pourrait altérer les instruments métalliques. Pour hâter le séchage, il suffit de terminer en flambant au « punch ». Lorsque des matières particulièrement virulentes ont séjourné dans les cuvettes, il convient d'augmenter le titre de la solution antiseptique ou de laisser le liquide séjourner plus longtemps dans les récipients.

Au lieu de sublimé corrosif, on peut indifféremment employer du formol ou des acides forts, tels que l'acide chlorhydrique.

Le procédé qui vient d'être indiqué assurerait une asepsie absolue, ainsi que le démontrent les expériences suivantes, instituées par MM. Adenot et Perroy :

Dans une série de cuvettes dont on avait enduit les parois de cultures virulentes de staphylocoques et qu'on avait ensuite maintenues pendant douze heures dans une étuve à 35° pour obtenir la dessiccation des cultures, on versa une solution de sublimé à 5 ou 10 ‰, puis on rinça abondamment à l'eau bouillie. Or, même dans les cas où le liquide antiseptique n'avait été laissé que cinq minutes dans le récipient, l'ensemencement donna des résultats entièrement négatifs. Ceux-ci n'étaient d'ailleurs nullement dus à la présence de traces de sublimé ayant échappé au rinçage à l'eau bouillie, car les mêmes tubes, réensemencés avec du colibacille, fournirent des cultures très vivaces.

Procédé simple pour la ligature en masse des pédicules.

Partant de cette considération que les procédés habituellement usités pour la ligature en masse des pédicules sont généralement insuffisants et quelquefois dangereux, M. le docteur Codet-Boisse, médecin résident à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, a recours à un moyen qui, tout en étant rapide et facile à exécuter, donnerait une sécurité parfaite. Voici en quoi il consiste :

A l'aide d'une aiguille de Reverdin, chargée de l'un des chefs d'un fil à ligature long de 25 à 30 centimètres, on transfixe le pédicule en son milieu; puis on remplace, dans le chas de l'aiguille, le premier chef du fil par l'autre chef, et l'on ramène celui-ci, en retirant l'aiguille, du côté même par où l'on a abordé le pédicule. Si alors on fait avec les deux chefs un nœud de chirurgien, on obtient une sorte de ligature en huit de chiffre, perpendiculaire à l'axe du pédicule, et dont les deux boucles sont commandées par le même nœud et par la même traction. Pour plus de sûreté, on peut terminer en ramenant les deux chefs en arrière et pratiquer une ligature en masse de la totalité du pédicule. Lorsque celui-ci est très volumineux, il est bon de repasser l'aiguille une deuxième et une troisième fois.

Dans tous les cas où M. Codet-Boisse a eu recours au procédé dont il s'agit, il en a obtenu de bons résultats, notamment pour placer des ligatures sur les ligaments larges au cours de l'hystérectomie, ou encore pour lier des lambeaux épiploïques ou des sacs herniaires.

Stérilisation du catgut par une solution d'iode dans l'éther.

La stérilisation du catgut au moyen d'une solution iodée étant d'une grande simplicité, ce procédé a été adopté par nombre de chirurgiens. Mais le séjour du catgut dans la solution iodo-iodurée aqueuse, préconisée à l'origine par M. Claudius, a l'inconvénient de faire gonfler le fil et, par conséquent, de lui enlever une partie de sa résistance. Aussi M. Salkindsohn a-t-il substitué, à la solution primitive, de la teinture d'iode diluée, tandis que M. Stone a recours à la formolisation préalable du catgut (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 32 et 384).

De son côté, M. le docteur E. C. Mann (de Buffalo) a constaté qu'on obtenait un fil très résistant en faisant usage, pour la stérilisation, d'une solution éthérée d'iode à 10 %. Laissé dans ce liquide pendant sept jours, le catgut est parfaitement stérile; on peut alors l'en retirer et le rincer dans l'éther pur, pour le conserver soit à sec dans un flacon stérilisé, soit dans de l'alcool absolu.

Dans les nombreuses opérations où M. Mann a employé du catgut préparé de la sorte, il n'a eu qu'à s'en louer, tant au point de vue de l'asepsie qu'en ce qui concerne la résistance.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des dangers de l'emploi du naphtol camphré dans la pratique courante.

La question de la toxicité du naphtol camphré, déjà débattue en 1893 devant la Société de chirurgie de Paris, y a été de nouveau soulevée cette année même (1), à l'occasion d'un cas de mort observé par M. Guinard trois quarts d'heure après l'injection de *25 c.c.* de ce liquide dans un abcès froid ganglionnaire de la région sus-claviculaire, chez un jeune homme de vingt-huit ans.

Il nous a semblé que cette question méritait d'être entièrement reprise, étant donné qu'elle a trait à un médicament dont les praticiens se servent aujourd'hui d'une façon courante, très souvent sans craindre d'employer des doses élevées, tellement il est en quelque sorte classique de considérer le naphtol camphré comme étant d'une innocuité absolue.

Nous avons pensé qu'il y avait une utilité réelle à grouper dans une étude d'ensemble tous les faits qui ont été publiés à ce sujet, et nous avons pu, en outre, réaliser à ce propos une série d'expériences particulièrement démonstratives dans le laboratoire de physiologie pathologique du Collège de France, grâce à la bienveillance de M. François-Franck.

I

Pour ne parler tout d'abord que des accidents mortels signalés chez l'homme consécutivement à des injections de naphtol camphré, il y a déjà onze ans que M. Ménard (de Berck-sur-Mer) a communiqué à la Société de chirurgie de Paris une observation — sur laquelle M. Kirmisson (2) fit un rapport — concernant un enfant de douze ans, atteint de mal de Pott avec abcès de la fosse iliaque et de la partie postérieure de la cuisse, chez lequel l'injection de *20 grammes* de naphtol camphré détermina, au bout de quarante minutes, une attaque épileptiforme, suivie, après une heure, d'une deuxième crise rapidement mortelle.

Deux ans plus tard, M. Netter relatait un cas de mort survenu en quelques heures chez un enfant de sept ans, à la suite de l'injection de *5 c.c.* de naphtol camphré dans la cavité péritonéale, dans un cas d'ascite où l'on avait porté à tort le diagnostic de péritonite tuberculeuse, alors qu'il s'agissait d'une cirrhose hépatique (3).

M. Robbaz, dans sa thèse inaugurale (4), a publié un cas d'intoxication foudroyante observé par M. Estor, chez un enfant de douze ans, consécutivement à l'injection de *20 grammes* environ de naphtol camphré dans un abcès froid symptomatique d'une coxalgie; deux minutes après l'injection, des convulsions apparaissaient et la mort survenait au bout de cinq ou six minutes.

A ces 3 cas déjà connus d'intoxication mortelle due au naphtol camphré, et à celui qu'il relatait lui-même, M. Guinard en a ajouté 4 autres, inédits, qui lui ont été communiqués par M. Aguinet (de Saint-Cloud), par M. Calvé, interne des hôpitaux, et par M. Millon. Dans un mémoire adressé à la Société de chirurgie et sur lequel M. Guinard a fait tout récemment un rapport (5), M. Calot a cité 2 autres cas de mort.

(1) Voir les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, séances des 11 et 18 mai 1904, p. 498 et 529, et la *Semaine Médicale*, 1904, p. 155 et 172-173.

(2) Kirmisson. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 5 juillet 1893, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 334.)

(3) Netter. Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 10 mai 1895 et *Semaine Médicale*, 1895, p. 225.)

(4) Robbaz. Accidents produits par le naphtol camphré en injections interstitielles et intra-cavitaires. (*Thèse de Montpellier*, 1901, p. 71.)

(5) Guinard. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 14 déc. 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 413.)

Enfin, dans le même rapport, M. Guinard signale 2 faits d'intoxication mortelle qui lui ont été communiqués, mais qu'il n'a pas été autorisé à publier. Le total des cas mortels réunis par M. Guinard s'élève donc à 12.

Dans le fait observé, en 1902, par M. Aguinet, alors interne de M. Peyrot, la mort est survenue chez une jeune femme de vingt-quatre ans, six heures environ après l'injection de *10 c.c.* de naphtol camphré dans un abcès par congestion, symptomatique d'un mal de Pott, malgré l'ouverture large de la poche faite une heure et demie après l'injection, la première crise épileptiforme s'étant produite au bout d'une heure.

Dans l'observation de M. Calvé, l'injection de *5 c.c.* dans un abcès froid de la région lombaire aurait suffi à déterminer la mort en quelques heures, mais, dans ce cas, très sommairement rapporté, on ne dit pas s'il s'agissait d'un adulte ou d'un enfant. Si ce fait a trait à un adulte, et si réellement l'injection a été seulement de 5 c.c., la toxicité du naphtol camphré serait beaucoup plus grande pour l'homme que pour les animaux, d'après les expériences que nous aurons tout à l'heure à relater.

Les deux observations de M. Millon ont été communiquées par M. Guinard à la Société de chirurgie de Paris (1). Dans le premier cas, qui a été observé dans le service de Gérard-Marchant, la mort est survenue dix minutes après une injection de naphtol camphré dans une fistule; les convulsions épileptiformes avaient commencé immédiatement après l'injection, « alors que le liquide coulait encore »; l'autopsie n'a pas été faite, et l'âge du malade n'est pas indiqué; quant à la dose employée, elle n'a été évaluée que d'une façon tout à fait imprécise, car il est dit seulement que « la fistule ne pouvait pas recevoir plus de 3 c.c. de liquide ».

Le second fait signalé par M. Millon à M. Guinard a été observé par un chirurgien de province, qui fit une injection de *10 c.c.* dans un ganglion tuberculeux du cou; immédiatement le malade fut pris de convulsions épileptiformes et il mourut en un quart d'heure; l'autopsie révéla un œdème intense des poumons, avec présence de naphtol camphré dans les vaisseaux pulmonaires; l'injection avait été faite dans une petite veine, qui fut trouvée béante au niveau du point où l'on avait pratiqué l'injection.

Les 2 cas de mort observés par M. Calot en juin 1895 et en août 1898 ont été mentionnés seulement dans le mémoire adressé à la Société de chirurgie, auquel nous avons fait allusion précédemment. L'auteur a bien voulu nous communiquer quelques détails sur ces 2 faits inédits, en les faisant suivre de réflexions que nous résumerons plus loin.

Dans le premier, qui est relatif à un enfant de douze ans, les accidents épileptiformes ont débuté une minute après une injection de *8 à 10 grammes* de naphtol camphré dans une arthrite fongueuse du genou sans épanchement. M. Calot ouvrit immédiatement la jointure et en pratiqua le lavage; malgré une légère amélioration apparente, qui se produisit une heure après l'injection, le petit malade succomba, au bout de trois heures environ, à des phénomènes asphyxiques, coïncidant avec une expectoration abondante d'un liquide spumeux et rougeâtre.

Le deuxième cas concerne un enfant de sept ans, qui reçut une injection de *5 grammes* dans une fistule. En poussant le piston de la seringue, M. Calot sentit une résistance et fut obligé de développer une certaine force. « J'ai pensé après coup, écrit-il, en raison de cette résistance très grande éprouvée, que j'avais fait une fausse route et injecté le naphtol dans les tissus sains ». Les convulsions apparurent presque aussitôt, et, malgré tous les soins prodigués, l'enfant mourut en une heure et demie, avec les mêmes troubles asphyxiques et la même expectoration spumeuse constatés dans le fait précédent.

(1) Guinard. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 25 mai 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 413.)

Des 7 cas mortels pour lesquels nous connaissons l'âge des malades, 5 se rapportent à des enfants de sept ans (Netter, Calot) et de douze ans (Ménard, Estor, Calot), et les 2 autres à des adultes, âgés de vingt-quatre ans (Aguinet) et de vingt-huit ans (Guinard).

La quantité injectée a été de *5 c.c.* chez les 2 enfants de sept ans, de *20 grammes* chez 2 enfants de douze ans (Ménard, Estor), de *8 à 10 grammes* chez un autre enfant du même âge (Calot), de *10 c.c.* seulement chez la jeune femme de vingt-quatre ans (Aguinet) et de *25 c.c.* chez le malade de vingt-huit ans (Guinard).

En s'en tenant au fait de M. Aguinet, dans lequel 10 c.c. ont tué en six heures une femme de vingt-quatre ans, et en admettant que le poids moyen d'une femme adulte soit de 50 kilos, le taux de toxicité mortelle du naphtol camphré pour l'espèce humaine serait de 0 c.c. 200 millimètres cubes par kilo, alors que, ainsi que nous le verrons, le lapin n'est tué que par des doses supérieures à un demi-centimètre cube de naphtol camphré par kilo d'animal.

II

A côté des observations qui se sont terminées par la mort, il en est un certain nombre où le naphtol camphré a produit une intoxication grave, caractérisée notamment par des crises épileptiformes, sans que toutefois la mort en ait été le résultat.

Dans une observation de M. Calot, au sujet de laquelle M. Nélaton (1) a présenté à la Société de chirurgie un rapport qui a été le point de départ de la première discussion sur la toxicité du naphtol camphré, il s'agit d'un adulte atteint de coxalgie avec abcès ossifluent de l'aine, qui, une heure après une injection de 40 à 45 grammes, perdit connaissance et tomba dans le coma, bientôt interrompu par une attaque épileptiforme; on incisa alors largement l'abcès, pour en évacuer le contenu; les crises épileptiformes se renouvelèrent encore plusieurs fois, puis disparurent au bout d'une heure et le malade guérit.

C'est à la suite de cette communication que M. Kirmisson rapporta le cas de mort observé par M. Ménard, que nous avons déjà cité, ainsi qu'un autre fait du même auteur, mais non suivi de mort, et où une injection de 50 grammes dans un abcès coxalgique, chez un enfant de huit ans, fut suivie, après dix-huit heures seulement, de violentes attaques épileptiformes, qui cessèrent à la suite de l'ouverture large de l'abcès.

Au cours de cette discussion, Gérard-Marchant cita une observation d'accidents épileptiformes consécutifs à une injection interstitielle d'*un demi-centimètre cube* dans une tumeur ganglionnaire du cou chez une jeune femme, qui, il est vrai, était albuminurique. M. Monod relata de son côté un fait où il avait observé du malaise et de la pâleur de la face, après l'injection de *1 gramme* de naphtol camphré dans une adénite tuberculeuse du cou chez une jeune fille de dix-huit ans (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 334-335.)

A l'occasion d'une communication de M. Baylac à la Société de médecine de Toulouse, en 1898, sur la toxicité du naphtol camphré, M. Rispal a présenté une observation d'intoxication grave, avec attaques épileptiformes subintrantes, mais non suivie de mort, chez une femme de quarante-quatre ans, à laquelle on avait fait une injection intrapéritonéale de *10 c.c.* de naphtol camphré, après une ponction ayant donné issue à 13 litres de liquide ascitique; on croyait à une péritonite tuberculeuse,

(1) Nélaton. Intoxication par le naphtol camphré. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 5 juillet 1893 et *Semaine Médicale*, 1893, p. 334.)

alors qu'il s'agissait d'une carcinose péritonéale d'origine stomacale (1).

Trois ans plus tard, M. Ménard signalait un nouveau cas d'intoxication dans lequel *1 gramme* de naphtol camphré, injecté dans un ganglion sus-hyoïdien chez une fillette de huit ans, avait produit des accès épileptiformes avec perte de connaissance ayant duré plusieurs heures (2).

De son côté, M. Robbaz (3), indépendamment du cas d'intoxication mortelle que nous avons cité plus haut et qui appartient à M. Estor, publiait la même année une observation de M. Forgue, où une injection d'*un demi-centimètre cube* seulement, dans une tumeur blanche du genou, chez une fillette de huit ans, avait provoqué instantanément des troubles de la respiration avec pâleur de la face, refroidissement du corps, pouls filiforme, sans convulsions toutefois.

L'année suivante, M. Colineaux, dans sa thèse inaugurale (4), signalait 2 faits d'intoxication grave observés dans le service de M. Piéchaud, l'un chez un enfant de neuf ans, à la suite de l'injection de *4 c.c.* de naphtol camphré dans un trajet fistuleux de la région sus-ombilicale, consécutif à une péritonite tuberculeuse, et l'autre chez un garçon de quatorze ans, après l'injection de *1 c.c.* de naphtol camphré dans une masse ganglionnaire tuberculeuse suppurée du cou.

Enfin, à tous ces cas d'intoxication non suivie de mort, publiés par les différents auteurs que nous venons de citer, M. Guinard (5) ajoute 3 faits inédits, dont 1 dû à M. Grosjean (de Berck-sur-Mer), et 2 à M. Gardner, interne des hôpitaux de Paris. Chez une jeune fille de quinze ans, notamment, observée par ce dernier dans le service de M. Albarran, l'injection de *1 c.c.* de naphtol camphré dans une masse ganglionnaire du cou a suffi à provoquer immédiatement de la pâleur de la face, de l'hébétude, et très rapidement des accès épileptiformes subintrants, pendant une demi-heure environ, suivis d'une phase comateuse d'une durée de temps égale. Dans le cas communiqué à M. Guinard par M. Grosjean, une injection d'*un quart de centimètre cube* seulement, dans une adénite tuberculeuse du cou, chez un enfant dont l'âge n'est pas indiqué, aurait produit des accidents immédiats très graves, tels que perte de connaissance, crises épileptiques, phénomènes asphyxiques intenses.

III

Tel est, à peu près complètement résumé, le bilan des accidents graves d'intoxication dus au naphtol camphré, d'après les documents que nous avons pu réunir. Nous voici certes loin de l'optimisme dont MM. Périer et Reboul ont à diverses reprises fait preuve au sujet de l'innocuité absolue de cet agent médicamenteux :

« Malgré l'absorption manifeste du naphtol au niveau des plaies, dit M. Reboul dans sa thèse, nous n'avons jamais constaté de phénomènes d'intoxication, nous ne savons pas qu'on en ait observé et cependant nous avons bien des fois largement usé de cet antiseptique. » (6).

Le même auteur, qui pour la première fois s'est servi du naphtol camphré, a fait, avec M. Périer, des injections de ce médicament « dans les articulations, les os, les synoviales tendineuses, les abcès froids, la plèvre, l'utérus » en injectant jusqu'à *50 et 100 grammes*, sans que ces injections aient jamais déterminé « ni accidents locaux, ni phénomènes généraux d'intoxication » (1). Tout au plus a-t-il observé chez quelques malades de « petites plaques d'érythème qui disparaissaient rapidement, et très rarement de la vésication ».

Dans la récente discussion à la Société de chirurgie de Paris, M. Périer (2), rappelant que le naphtol camphré avait été introduit dans son service de l'hôpital Lariboisière par son interne en pharmacie M. Desesquelle, et utilisé pour la première fois par son interne en chirurgie M. Reboul, a présenté la défense du médicament incriminé et a conclu en déclarant que l'on pouvait continuer à l'employer sans danger, à la condition de ne jamais l'injecter sous pression et de ne jamais le mettre « en contact avec des vaisseaux veineux largement ouverts, surtout dans la zone périthoracique dite dangereuse ».

Or, avant d'en arriver à cette conclusion nettement optimiste, M. Périer, au début de sa communication, posait ainsi la question, à propos du cas d'intoxication mortelle observé par M. Guinard : « La mort est survenue avec un ensemble de symptômes qui prouve une action sur les centres nerveux. Cette action n'a pu s'exercer que par l'intermédiaire des voies circulatoires. *Le poison y est-il entré par absorption ou par effraction?* C'est la première question à résoudre.

« Que ce soit tel ou tel point des centres nerveux qui soit influencé, que ce soit à l'excitation ou à l'inhibition que la mort soit attribuable, cela n'a pour nous, chirurgiens, qu'un intérêt secondaire. Ce qu'il nous faut, c'est empêcher le poison d'arriver aux centres nerveux. *Si l'entrée se fait par absorption, la réponse est simple : il faut rejeter ce poison de la thérapeutique.* »

Prenant comme exemple le péritoine, M. Périer affirme que cette séreuse « supporte très bien le naphtol camphré », et il cite à ce propos un cas où il a pu verser sans inconvénient, pendant plusieurs mois, des doses de 20 c.c. de naphtol camphré par un drain placé dans le petit bassin, après une laparotomie pour kyste hydatique du foie, rompu dans l'abdomen. Mais, comme M. Delbet l'a fait remarquer, il est très probable que les 20 c.c. de naphtol camphré ainsi versés dans le drain sont restés dans la cavité limitée par les adhérences produites au contact du tube et n'ont pas pénétré dans la grande cavité péritonéale.

L'optimisme de M. Périer, relativement à l'innocuité du naphtol camphré, résulte donc de ce fait qu'il ne croit pas que le contact, même prolongé, de ce médicament avec une surface absorbante puisse produire une intoxication; en ce qui concerne le cas mortel relaté par M. Guinard, « l'absorption du naphtol par une veinule béante et aspirante [sous l'ampliation thoracique], encastrée dans la paroi friable de l'abcès, m'a paru, dit-il, la seule explication plausible. »

Cette explication a été aussi admise par M. Guinard, qui pense que l'effraction des veines pariétales « peut se faire non seulement par la décompression quand on aspire le pus, mais encore par les frottements de la canule du trocart sur la paroi, quand la poche est vidée » (3).

IV

Or, aucun fait probant n'a été fourni à l'appui de cette manière de voir, et ce que la clinique ne pouvait nous apprendre sur la pathogénie des accidents dus au naphtol camphré, il nous a semblé qu'on devait le demander à l'expérimentation. Nous avons donc jugé utile d'instituer à ce propos une série d'expériences destinées à rechercher si une effraction vasculaire était nécessaire pour produire ces accidents toxiques ou s'il ne suffisait pas du contact du médicament avec une surface absorbante, sans aucune effraction, pour que l'intoxication pût se produire. Dans les faits expérimentaux publiés antérieurement, la question ne paraît pas, en effet, avoir été suffisamment précisée à ce point de vue spécial, puisque, tout en rappelant les expériences de MM. Desesquelle et Le Gendre, de MM. Baylac et Gouzy, de MM. Estor et Robbaz, M. Guinard paraît admettre, ainsi que nous venons de le dire, la nécessité d'une effraction veineuse.

MM. Desesquelle et Le Gendre, qui ont injecté du naphtol camphré dans le péritoine du chien (1), ne donnent pas de détails sur la façon dont ils ont fait ces injections intrapéritonéales. Dans deux expériences que ces auteurs relatent, l'injection de 1 c.c. de naphtol camphré dans le péritoine d'un chien de 16 kilos, et de 1 c.c. 1/2 dans le péritoine d'un chien de 15 kilos, a déterminé des crises épileptoïdes, non suivies de mort, mais le second de ces animaux a succombé, deux jours après, en un quart d'heure, à l'injection intrapéritonéale de 3 c.c. 5 de naphtol camphré; chez un troisième chien, pesant 15 kilos, l'injection de 3 c.c. dans le péritoine a déterminé la mort en trente-cinq heures. Le taux de toxicité mortelle, en injection intrapéritonéale, ne serait donc pas sensiblement supérieur à 0 c.c. 200 par kilo, et se rapprocherait du chiffre que nous avons fixé approximativement pour l'homme, d'après le cas mortel de M. Aguinet.

M. Baylac, de 1895 à 1899, a fait également des recherches expérimentales sur la toxicité du naphtol camphré (2). Ses expériences ont porté sur des lapins et des cobayes. Les résultats qu'il a obtenus pour le lapin (en collaboration avec M. Gouzy) montrent qu'il faut injecter dans le péritoine environ 0 c.c. 680 de naphtol camphré par kilo, pour tuer l'animal en deux heures, tandis qu'il suffit d'une injection intraveineuse de 0 c.c. 050 par kilo, pour le foudroyer en quelques minutes. La pénétration du naphtol camphré dans le courant sanguin produit donc des effets au moins 13 fois plus toxiques que son absorption par le péritoine, mais celle-ci n'en est pas moins déjà des plus dangereuses, puisqu'elle est mortelle à la dose de deux tiers de centimètre cube environ par kilo d'animal.

La toxicité du naphtol camphré par absorption péritonéale chez le lapin semble toutefois moins grande que chez le chien, pour lequel un cinquième de centimètre cube par kilo, en injection intrapéritonéale, suffit à déterminer la mort. Par voie sous-cutanée, la dose mortelle pour le lapin serait seulement de 2 c.c. 1/2 par kilo, d'après les expériences de M. Le Gendre, et, par injection intramusculaire, de 1 c.c. environ par kilo, à en juger par celles de M. Robbaz (3).

V

Cela étant, nous avons cherché surtout, dans nos expériences personnelles, à étudier l'action du naphtol camphré sur une surface absorbante,

(1) P. Gouzy. Contribution à l'étude clinique et expérimentale du naphtol camphré. (*Thèse de Toulouse*, 1899.)

(2) Ménard. Note sur la tuberculose ganglionnaire du cou au bord de la mer. (*Comptes rendus du quatorzième Congrès français de chirurgie*, Paris, 1901, p. 776.)

(3) Robbaz. (*Loc. cit.*, p. 73.)

(4) Colineaux. Contribution à l'étude des accidents d'intoxication par le naphtol camphré dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. (*Thèse de Bordeaux*, 1902.)

(5) A. Guinard. Des intoxications par le naphtol camphré. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 11 mai 1904, p. 510, 511 et 512.)

(6) J. Reboul. Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses; de l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré. (*Thèse de Paris*, 1890, p. 31.)

(1) J. Reboul. (*Loc. cit.*, p. 33.)

(2) Périer. Sur les intoxications par le naphtol camphré. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 18 mai 1904, p. 529-533.)

(3) A. Guinard. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 18 mai 1904, p. 538.)

(1) Desesquelle et Le Gendre. De la toxicité du naphtol β camphré. (*Bull. et Mém. de la Soc. de thérapeutique*, séance du 8 juin 1898, p. 295, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 269.)

(2) Baylac. Recherches sur la toxicité du naphtol camphré. (*Bull. de la Soc. de méd. de Toulouse*, juillet 1898.)

Voir aussi : Cellier. Traitement de la péritonite tuberculeuse par la ponction suivie de lavage à l'eau stérilisée chaude (*Thèse de Toulouse*, 1895) et Gouzy. (*Loc. cit.*)

(3) Robbaz. (*Loc. cit.*, p. 39).

sans aucune effraction vasculaire, de façon à résoudre nettement la question posée par M. Périer, relativement à la nécessité d'une effraction veineuse pour permettre l'absorption du médicament toxique.

Au lieu de faire, avec un trocart ou une aiguille, une injection intrapéritonéale, nous avons donc fait, au bistouri, une boutonnière médiane, exactement sur la ligne blanche, de façon à ne sectionner aucune branche vasculaire importante, et nous avons versé sans pression dans le péritoine, à l'aide d'un entonnoir muni d'un tube en caoutchouc, les quantités de naphtol camphré dont nous voulions étudier l'absorption par la séreuse.

Dans ces conditions, deux lapins, pesant l'un 2 kilos 650, et l'autre 2 kilos 100, ont résisté, sans présenter autre chose qu'un état de dépression assez accentué (surtout chez le second), à l'injection d'un demi-centimètre cube de naphtol camphré, pour le premier animal, et de 1 c.c. pour le second; d'après ces résultats, la dose mortelle, pour le lapin, est supérieure à 0 c.c. 476 par kilo, ce qui est d'accord avec les résultats obtenus par les expérimentateurs dont nous venons de citer les travaux.

En revanche, cinq minutes après avoir versé 2 c.c. de naphtol camphré dans le péritoine d'un lapin de 1,675 grammes — ce qui correspond à 1 c.c. 194 par kilo —, nous avons vu se produire des convulsions épileptiformes généralisées, suivies de mort au bout de quarante-cinq minutes; de même, avec 4 c.c. de naphtol camphré répandus dans le péritoine d'un lapin de 1,550 grammes, c'est-à-dire dans la proportion de 2 c.c. 580 par kilo, les convulsions épileptiformes généralisées se sont manifestées moins de quatre minutes après le début de l'expérience et la mort est survenue en vingt-huit minutes. Six autres expériences faites dans les mêmes conditions chez le lapin, avec des doses variées, ont fourni des résultats analogues.

Nous avons expérimenté de la même façon chez le cobaye, qui a résisté à la dose de 0 c.c. 463 par kilo, alors que 0 c.c. 800 de naphtol camphré par kilo d'animal, versés dans le péritoine, ont produit la mort en trois heures et demie, les convulsions épileptiformes ayant commencé dix minutes après le début de l'expérience.

Enfin, chez le chien, l'absorption du naphtol camphré par le péritoine, sans aucune effraction vasculaire, s'est montrée tout aussi active, et nous avons pu tuer ainsi en moins de vingt-cinq minutes un chien de 9 kilos, qui avait reçu 10 c.c. de naphtol camphré.

Les phénomènes d'intoxication, dans ces expériences, se sont toujours montrés absolument identiques, avec une intensité variable suivant les doses employées.

Chez le lapin, par exemple, après une phase d'inertie pendant laquelle, ramassé sur lui-même, l'animal semble en quelque sorte méditer sa crise, on voit brusquement survenir de l'agitation, en même temps que la respiration s'accélère; l'animal court çà et là, puis chancelle, fléchit sur ses pattes antérieures, et enfin est pris de mouvements convulsifs généralisés, entrecoupés de courts répits pendant lesquels ne se montrent plus que les phénomènes parétiques, de plus en plus accusés à mesure que les crises se répètent. Bientôt la mort approche : l'animal se détend, entre dans l'immobilité complète, son cœur est arrêté; une courte reprise de grandes inspirations a lieu peu après, puis c'est la mort définitive.

Tels sont les phénomènes apparents de l'intoxication. On peut les constater par la simple observation; on peut aussi très aisément, comme nous l'avons fait sur le lapin et sur le chien, les analyser en détail par la méthode graphique. Mais cela ne nous apprend rien, concernant le mécanisme intime de la mort, et c'est pourquoi nous avons jugé intéressant d'étudier en même temps l'état de la circulation en explorant la pression artérielle à l'aide d'un manomètre inscripteur de François-Franck, mis en relation avec l'artère fémorale.

Au moment où éclate la première crise convulsive, la pression artérielle s'élève. C'est ainsi que, chez un chien qui fut pris de convulsions dix minutes après une injection intrapéritonéale de 10 c.c. de naphtol camphré, la pression artérielle passa de 15 centimètres, niveau initial, au niveau moyen de 20 centimètres de mercure. La pression ne se maintint pas à ce degré, et diminua progressivement. A la quinzième minute après l'injection, elle était retombée à 15 centimètres. Elle décrut ensuite peu à peu.

Dans les courts répits qui séparaient les séries de secousses convulsives, la pression artérielle était très régulière. Elle se relevait et devenait irrégulière durant les phases de convulsion. Enfin, si l'on considérait la pression artérielle successivement avant et après une crise convulsive, on voyait qu'elle atteignait, dans les intervalles de calme, un niveau de moins en moins élevé. Chez le chien dont il vient d'être question, le manomètre ne marquait plus que 12 centimètres à la dix-septième minute, 7 centimètres à la vingtième minute, 3 centimètres à la vingt-deuxième minute; au bout de vingt-trois minutes, il tombait à zéro.

C'est sans doute la chute de la pression artérielle qui, dans l'intoxication par le naphtol camphré, est la cause directe et immédiate de la mort.

Sur les tracés que nous avons obtenus, on voit également que la pression artérielle s'élève considérablement pendant la crise convulsive, tandis qu'après la crise elle retombe à un niveau inférieur au niveau initial.

Comparativement à l'action du naphtol camphré sur une surface absorbante telle que le péritoine, sans aucune effraction vasculaire, nous avons étudié les effets du naphtol camphré en injections intraveineuses chez le lapin, et nous avons pu vérifier les résultats constatés par MM. Baylac et Gouzy.

VI

Il nous paraît donc absolument démontré que, si le naphtol camphré, introduit directement par effraction dans le torrent circulatoire, peut foudroyer un lapin à la dose de 0 c.c. 050 par kilo, il est également capable de produire la mort, *sans aucune effraction vasculaire*, par simple mise en contact avec une surface absorbante telle que le péritoine, à la dose approximative de 0 c.c. 200 par kilo pour le chien, de 0 c.c. 600 par kilo pour le lapin, et de 0 c.c. 800 par kilo pour le cobaye.

Nous devons rappeler ici la conclusion de M. Périer, que nous avons citée au début de ce travail : si l'entrée du naphtol camphré se fait par absorption, « il faut rejeter ce poison de la thérapeutique ».

Quant à M. Guinard, il terminait sa communication en invitant tous les praticiens qui emploient le naphtol camphré « à retenir le fait suivant : *une injection de naphtol camphré pratiquée aussi correctement que possible avec une dose infime de 5 ou 10 c.c. chez un sujet en bon état, adulte ou enfant, peut amener la mort en quelques minutes.* »

Sans rejeter complètement l'usage du naphtol camphré, qui, employé *par gouttes* dans le traitement des tuberculoses locales, a dans des cas si nombreux donné d'excellents résultats, on ne saurait trop, en résumé, insister, comme l'a fait M. Guinard, sur les dangers de l'emploi de ce médicament à doses élevées, ainsi que l'habitude s'en est introduite dans la pratique courante, en raison de l'innocuité apparente du naphtol camphré qui, au contact de tissus altérés dans leur structure par une inflammation chronique, n'est évidemment pas absorbé comme il le serait par des tissus normaux.

C'est dans ce sens que, à la suite de la communication de M. Guinard, M. Moty s'est exprimé, déclarant que, mis en garde par le rapport de M. Nélaton au sujet de l'observation de M. Calot (1893), il s'est « fait une règle de n'employer que des doses minimes, toutes les fois qu'il s'agissait d'injection en cavité close; *1 ou 2 gouttes* dans les ganglions; un tampon imprégné de naphtol dans les foyers largement ouverts; quelques gouttes dans l'orifice des tubes à drainage du péritoine ou de la plèvre » (1).

Dans une récente communication à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris, M. Desesquelle (2) a pris la défense du naphtol camphré, cherchant à montrer que les accidents déterminés par l'emploi de ce médicament ont toujours été dus aux défectuosités de son mode d'emploi ou à ce que les règles de sa posologie avaient été mal observées. D'après cet auteur, auquel nous devons le naphtol camphré, « on ne devra pas dépasser la dose journalière d'*un cinquième de centimètre cube* chez un adulte, et d'*un dixième de centimètre cube* chez un enfant ».

Quant à M. Calot, qui reste partisan du naphtol camphré, malgré les accidents observés autrefois par lui, et qui s'en sert journellement chez de très nombreux malades, il a su éviter ces accidents, depuis six ans, en employant des doses moins élevées que celles auxquelles il avait recours auparavant. C'est ainsi que, au lieu d'injecter 8 ou 10 grammes dans un genou atteint d'arthrite fongueuse et ne renfermant pas d'épanchement, il injecte seulement 1 gramme, matin et soir, jusqu'à ce qu'il ait obtenu, après 6 ou 7 injections, une hydarthrose ou une pyarthrose artificielle; à partir de ce moment, il peut impunément doubler et tripler la dose.

Au total, il serait exagéré de dire, avec M. Guinard, que, d'après les cas d'intoxication actuellement connus, le naphtol camphré est condamné désormais, et de conclure, selon l'expression de M. Périer, qu'il faut rejeter ce poison de la thérapeutique, puisque l'absorption de ce médicament, sans effraction vasculaire, se trouve démontrée. De même, il eût été abusif de renoncer à l'emploi de la cocaïne, parce que, administrée à doses trop élevées, elle a pu déterminer la mort.

L'enseignement qu'il faut retenir des faits que nous venons d'exposer peut être résumé ainsi : le naphtol camphré est un poison, susceptible de causer, par simple absorption et sans effraction, des accidents graves, parfois même mortels, lorsqu'on l'emploie à doses trop élevées. Il convient donc d'en limiter l'usage à des doses minimes et, comme M. Moty le recommande, de ne l'injecter que par gouttes, et non par 5 et 10 c.c., ainsi qu'on l'a fait imprudemment dans les cas d'intoxication qui se sont terminés par la mort.

D[rs] Gazin et Hallion (de Paris).

CHIRURGIE PRATIQUE

Les formes graves de la constipation et leur traitement chirurgical.

Le sujet manque de prestige, mais non d'actualité : la constipation n'est-elle pas la maladie du siècle? Certes, les causes en sont multiples et d'ordre divers, mais elle-même, une fois établie, une fois invétérée, devient maladie, et maladie grave : elle a son anatomie pathologique, sa clinique et son traitement. Tout récemment, M. le docteur W. Arbuthnot Lane, chirurgien du Guy's Hospital de Londres, analysait les lésions intestinales consécutives à la constipation chronique; il signalait d'abord la dilatation et l'allongement, qui portent sur les

(1) Moty. Sur les intoxications par le naphtol camphré. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 18 mai 1904, p. 536.)

(2) Desesquelle. Sur la toxicité du naphtol camphré. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. et de chir. pratiques de Paris*, séance du 3 novembre 1904, p. 322.)

divers segments du gros intestin, mais parfois occupent aussi la fin de l'intestin grêle : le cæcum distendu s'étale en bas et en dedans et obstrue le bassin; le rectum, également boursouflé, se met en contact avec lui; le côlon transverse descend en anse très déclive et, à ses deux angles, s'infléchit et se coude. D'autre part, à mesure qu'elles se dilatent, les portions du gros intestin déjà relativement fixes de par leur anatomie — la moitié supérieure du cæcum, le côlon ascendant, l'angle hépatique, l'angle splénique du côlon transverse, le côlon descendant — s'adossent plus largement au péritoine pariétal et contractent avec lui des adhérences de plus en plus étendues; quant à l'anse sigmoïde, en s'allongeant, en s'hypertrophiant, elle devient plus sinueuse et plus mobile encore, et la torsion s'y ébauche déjà, toute prête à se transformer en volvulus complet. Il est, en effet, malaisé d'admettre, ajoute notre confrère, que, sur une anse sigmoïde normale, sur un cæcum normal, le volvulus aigu puisse toujours se produire d'emblée, sans le préambule de lésions préparatoires.

On ne saurait nier que ces « dislocations » du gros intestin ne soient, pour une part, au moins, d'origine congénitale, et que la constipation tenace, la distension mécanique prolongée n'aient souvent pour seul effet d'exagérer des déformations amorcées; toujours est-il que, dans les formes anciennes et graves, la topographie du gros intestin est tellement viciée, les conditions dynamiques de son fonctionnement sont tellement altérées par sa distension, par ses coudures, par l'atrophie de sa paroi musculaire, et, par suite, la résorption continue, la stercorémie progressive sont tellement accusées, que l'on doit s'attendre aux accidents les plus graves, et, dirons-nous encore, les plus étranges. Témoin la curieuse observation que publiait, il y a peu de jours, M. le docteur J. Dithmar (de Wilhemshaven) : une jeune femme de vingt-quatre ans est prise de malaise, de quelques douleurs sourdes dans le ventre, de vomissements; on trouve la moitié gauche de l'abdomen fortement soulevée et, dans l'hypocondre gauche, une tumeur ayant presque le volume d'une tête d'enfant, mate, un peu mobile, régulière, ferme, qui se perd en haut sous les fausses côtes et se prolonge en bas et à droite jusqu'à l'ombilic. A quatre reprises déjà, au cours des dernières années, pareille tumeur avait paru, dans la même région, avec le même caractère de soudaineté apparente, et, plus ou moins vite, elle s'était dissociée et fondue, après de larges débâcles. C'était une tumeur stercorale, d'ampleur exceptionnelle; mais, cette fois, elle résista longtemps à toutes les médications évacuatrices; l'état général s'altéra gravement; l'appétit était perdu, les vomissements fréquents, les douleurs vives, l'amaigrissement très marqué, et l'on eût volontiers soulevé telle ou telle autre hypothèse, si la netteté des crises antérieures n'eût prévalu contre tous les doutes. Il fallut près de quatre mois pour que le bloc fécal se laissât entamer, et alors, en une nuit, il s'effrita et disparut.

Le volume de la tumeur devient, dans les cas analogues, un élément de diagnostic; mais il est d'autres circonstances où l'intoxication stercorémique invétérée, d'une part, et, de l'autre, la présence d'une ou de plusieurs bosselures, de consistance particulièrement indurée, et faisant corps, semble-t-il, avec l'intestin, créent au diagnostic de réelles difficultés. Et je ne parle pas des erreurs, un peu grossières, qui procèdent d'un examen incomplet et d'une interprétation hâtive : nous avons tous vu de ces soi-disant cancers du gros intestin qui s'évanouissent après des purgatifs suffisants et répétés; je parle de malades bien observés, bien suivis, et de similitudes cliniques assez frappantes pour qu'on ne puisse porter de jugement qu'après un temps d'épreuve plus ou moins long. Une femme de quarante-six ans, au teint jaune, amaigrie et d'allure fatiguée, était une très ancienne « constipée », lorsqu'en juillet dernier, elle rendit, durant trois jours, une quantité notable de sang dans les selles; depuis lors, l'appétit est nul, le ventre est un peu douloureux — dans la fosse iliaque droite, d'abord, puis à gauche —, l'état général s'altère de plus en plus. Le toucher rectal ne donne aucun indice; l'abdomen n'est pas distendu, et, nulle part, on n'y décèle de tumeur proprement dite. Pourtant, tout au fond de la fosse iliaque gauche, les doigts pénètrent moins bien; ils semblent rencontrer une sorte de masse non délimitée et comme un empâtement lointain, de contours indécis. Est-ce un cancer de l'S iliaque ou de la partie toute supérieure du rectum? En vérité, l'hypothèse cadrerait avec les accidents, leur marche et l'aspect général; c'est à elle, d'ailleurs, qu'on s'est tout d'abord arrêté, et l'on a parlé d'intervention. Toutefois, avant de conclure, nous soumettons la malade à un traitement d'épreuve : lavements huileux, huile de ricin à petite dose journalière, régime spécial. Bientôt les selles deviennent abondantes, et de véritables débâcles se produisent; toute sensibilité abdominale disparaît. Au bout d'un mois, la fosse iliaque gauche était aussi souple et aussi dépressible que la droite, l'appétit avait repris, la mine avait changé, et, depuis lors, la guérison, simplement obtenue, n'a fait que se confirmer. Il s'agissait d'une stercorémie chronique ancienne, par constipation méconnue, et qui, à la faveur de l'âge, revêtait toutes les apparences du néoplasme malin.

Ailleurs, la même rétention stercorale, chronique et méconnue, s'accuse brusquement par des accidents aigus, dont la nature exacte est parfois plus malaisée encore à démêler. Et, pour ne parler que de l'appendicite, les exemples de pareilles confusions ne sont pas exceptionnels. Un homme de trente-quatre ans, sans antécédents abdominaux, est pris, le mardi, de céphalalgie, d'abattement, de frissons; le jeudi, il se purge : dans l'après-midi, de violentes coliques surviennent, qui s'étendent à tout le ventre, avec une certaine prédominance à droite; elles sont suivies de vomissements bilieux, verdâtres, qui se répètent jusque dans la matinée du vendredi; une forte fièvre se déclare. Le dimanche, le malade entre dans notre service, à l'hôpital Tenon : la douleur s'est un peu atténuée, la température est de 38°1 le matin; le pouls n'est pas mauvais; le ventre est modérément tendu; dans la fosse iliaque droite, on réveille une vive sensibilité, à deux travers de doigt au-dessus du point de McBurney; on trouve, dans la même zone, un empâtement assez étendu. On attend jusqu'au samedi, mais, la situation restant douteuse et traînante, on prend le parti d'intervenir ce jour-là. On incise verticalement sur le bord externe du droit : l'adipose est énorme; on découvre un cæcum couvert d'appendices graisseux considérables, et distendu, dans des proportions extraordinaires, par des matières fécales durcies; il figure un vaste sac qui plonge dans le bassin et le remplit; plus haut, côlon ascendant et côlon transverse sont, au même degré, dilatés et bourrés de matières stercorales. Toute manœuvre pour amener l'appendice est impraticable; on se rend compte pourtant qu'il n'y a aucun foyer péricæcal, aucune trace de suppuration ni de fausses membranes. On referme le ventre. Dans les jours qui suivirent, la débâcle dépassa tout ce qu'on peut imaginer, et cette vidange colossale aboutit à une complète guérison.

On sait, du reste, quels sont les rapports étroits de la constipation et de l'appendicite, et M. Lane insiste, dans le travail que nous citions plus haut, sur les lésions appendiculaires consécutives aux dislocations et aux déformations cæcales, et surtout au processus d'infection chronique, qui relève de la constipation prolongée. Mais il rappelle aussi que la distension stercorale du cæcum donne le change assez souvent : on a une tendance marquée, écrit-il, à rapporter à l'appendice toute sensibilité siégeant dans la zone dite de McBurney, et, sur cette donnée, on opère; or, si l'appendice n'est pas en cause, on le trouve libre et mobile, on l'excise sans difficulté, et c'est, en somme, tout bénéfice pour le patient, qui, tant que dure la convalescence et qu'il garde le repos horizontal, se croit guéri : plus tard seulement, « cette opinion se modifie par le cours ultérieur des événements ».

Ce qui vient d'être dit suffit à montrer à quelles graves éventualités peut conduire la constipation invétérée. Il serait banal d'insister sur les déductions pratiques à en tirer : *principiis obsta*, telle pourrait être, ici encore, la formule générale. Une thérapeutique précoce et rationnelle reste le seul moyen de prévenir les délabrements anatomiques du gros intestin, l'imprégnation toxique et les accidents presque irrémédiables dont nous avons parlé. Mais lorsque le mal est fait, et que l'on se trouve en présence de ces formes de gravité menaçante et d'incurabilité avérée, quel recours conserve-t-on? Certaines interventions deviennent alors indiquées, et, en particulier, l'iléo-sigmoïdostomie, ou mieux l'exclusion unilatérale du gros intestin, par l'implantation de l'iléon dans l'anse sigmoïde. Déjà, il y a deux ans, M. le professeur F. Franke, médecin en chef du « Diakonissenhaus Marienstift » de Brunswick, avait communiqué au Congrès de la Société allemande de chirurgie une curieuse observation de ce genre (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 131) : il s'agissait d'une femme de quarante-quatre ans, dont la constipation remontait à dix ans, et qui, très amaigrie, bistrée, anorexique, était tombée dans un état des plus précaires; après diverses tentatives, notre confrère pratiqua la laparotomie, trouva le côlon transverse prolabé très bas et tout le gros intestin distendu, de paroi mince et atrophiée; il prit le parti d'anastomoser une anse d'iléon, située à 15 centimètres environ du cæcum, à l'S iliaque, un peu au-dessous de sa partie moyenne. L'opération fut bien supportée; toutefois le résultat en fut incomplet, les douleurs, l'anorexie persistèrent, et, trois mois plus tard, on intervint à nouveau. On constata que l'anastomose était incluse, au milieu d'adhérences, très bas dans le bassin; l'iléon fut alors sectionné tout près de son embouchure dans le côlon, les deux bouts fermés, et le bout supérieur abouché latéralement à l'anse sigmoïde, au-dessus de la première anastomose. Cette fois, le succès fut définitif, les selles devinrent régulières, et tous les accidents disparurent.

M. Lane recommande, de son côté, cette exclusion unilatérale du gros intestin dans les cas où l'on découvre, au cours de la laparotomie, des lésions trop étendues et trop graves pour que la section des brides et la dissociation des adhérences puissent suffire. Il divise l'iléon à une quinzaine de centimètres du cæcum; et la manœuvre peut être rapidement menée en appliquant sur l'intestin deux pinces écrasantes, à 3 centimètres d'intervalle, puis, à leur place, deux ligatures circulaires à la soie; le segment intermédiaire est alors excisé, et son mésentère lié. On invagine l'un et l'autre bout par une suture circonférencielle en bourse; le bout supérieur est ensuite amené au contact de l'anse sigmoïde ou du rectum. Il arrive, en effet, que l'S iliaque soit tellement adhérent et bridé qu'on n'y trouve pas « de bonne place » pour une anastomose, et c'est alors au rectum que l'on abouche l'iléon; mais on réussit assez souvent, après une libération suffisante, à dégager et à tirer au dehors un segment d'anse sigmoïde parfaitement utilisable. L'iléo-sigmoïdostomie est enfin pratiquée par anastomose latérale longitudinale.

Le résultat de cette exclusion du gros intestin serait, en général, excellent, d'après notre confrère, sous la réserve que l'intestin grêle ne fût pas lui-même trop gravement malade et adhérent. Il y aurait, toutefois, un accident ultérieur à craindre : si les évacuations rectales

ne sont pas surveillées de près et journalières, il arrive que les matières refluent jusque dans le cæcum et qu'elles s'y accumulent, créant de nouvelles complications. En pareille occurrence, l'excision secondaire du cæcum et du côlon ascendant, au besoin celle du côlon transverse, seraient tout indiquées, et, ajoute M. Lane, cette intervention, qui, primitive, serait fort grave, devient, à une période ultérieure, lorsque la stercorémie a disparu et que le malade « s'est refait », relativement simple et bénigne.

Et voilà comment les destinées s'accomplissent. Ne nous a-t-on pas dit que celle du gros intestin, comme de l'appendice, était de régresser, de s'atrophier et de disparaître? Organes ancestraux, mal adaptés aux conditions de la vie présente, ils n'exercent plus guère, si l'on peut ainsi dire, qu'une fonction pathologique : la chirurgie, en les supprimant, ne devance-t-elle pas l'évolution?

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre 1904.

Déchirures de l'œsophage par tentative d'extraction d'un corps étranger au moyen du panier de Graefe.

M. Sébileau. — Je désire vous communiquer un fait qui montre quelles redoutables complications peut entraîner l'extraction des corps étrangers de l'œsophage par les voies naturelles.

Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, qui fut amené à ma consultation de l'hôpital Lariboisière parce qu'il avait avalé une pièce de 5 centimes trois jours auparavant, ce qui n'avait d'ailleurs déterminé aucun accident : la déglutition des liquides (un médecin avait défendu les aliments solides) était facile, et il n'y avait pas de troubles respiratoires. En mon absence, mon assistant introduisit le panier de Graefe, mais, pour le dégager, il dut enfoncer son index gauche dans le pharynx afin de donner un guide à l'instrument; il parvint ainsi à retirer celui-ci, sans toutefois ramener le sou. L'enfant eut à ce moment une quinte de toux, avec rejet de quelques crachats sanglants et gargouillement dans les voies aériennes; bientôt sa respiration devint haletante, son pouls rapide, son visage pâle et violacé; au bout de quelques heures, l'auscultation révéla une véritable pluie de râles dans toute l'étendue des poumons, qui donnaient de la submatité à la percussion; la mort survint par asphyxie progressive dix-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva, dans le tiers supérieur de l'œsophage, à la hauteur du cricoïde, une vaste déchirure située sur le milieu de la face postérieure de ce conduit, tout aux confins du pharynx sur lequel elle empiétait. Elle intéressait la muqueuse et la musculeuse; la couche celluleuse, refoulée et décollée à ce niveau, formait comme une poche où se trouvait la pièce, orientée de front et qui, tout à fait sortie de l'œsophage, était tombée dans l'espace rétro-viscéral. La dissection de la pièce m'a encore permis de constater deux autres perforations œsophagiennes.

Je me hâte de dire que, dans ce cas malheureux, l'opérateur ne saurait être incriminé. Mais ce fait prouve combien l'extraction des corps étrangers de l'œsophage par les voies naturelles est une intervention dangereuse, parce qu'aveugle, et cela alors même que l'introduction du corps étranger est encore récente. Aussi doit-on lui préférer sinon l'œsophagotomie externe, qui, chez l'enfant surtout, est véritablement assez difficile et non dénuée de gravité, du moins la pharyngotomie rétrothyroïdienne : celle-ci est une opération simple, facile et bénigne, susceptible de rendre les plus grands services dans les cas où — ce qui est habituel pour les pièces de monnaie avalées par les enfants — le corps étranger est arrêté derrière la fourchette sternale.

M. Kirmisson. — Je pense, comme M. Sébileau, que le panier de Graefe est un instrument dangereux. Indépendamment des accidents qu'il peut produire, quel que soit l'âge du malade, il offre un danger tout particulier chez les enfants, parce que ses dimensions sont beaucoup trop considérables, lorsqu'il vient se juxtaposer au corps étranger déjà introduit dans l'œsophage. C'est pour cette raison que j'ai fait construire un crochet œsophagien, qui est absolument mousse, ne présente aucune aspérité, et dont les dimensions, bien inférieures à celles du panier de Graefe, ont été calculées de façon qu'on pût l'employer sans inconvénient même chez les plus jeunes enfants.

M. Félizet. — Dans le cas de M. Sebileau, je crois que c'est le sou chargé sur le panier qui a causé la déchirure, et non pas l'instrument lui-même. Je me demande, par conséquent, si ce n'est pas la façon dont celui-ci est employé qui peut être dangereuse. Je me souviens d'avoir été appelé par un de mes internes auprès d'un enfant chez lequel le panier de Graefe avait été introduit et ne pouvait plus être retiré; il est certain que si l'on avait voulu exercer un effort violent, on aurait produit une déchirure. J'ai pu heureusement retirer l'instrument par des manœuvres très douces.

M. Walther. — J'ai observé un cas curieux de déchirure de l'œsophage, consécutif à l'emploi du panier de Graefe, et compliqué d'un emphysème qui s'était produit très rapidement. Je fus appelé auprès de la malade et pratiquai la trachéotomie; malgré cela, l'emphysème continua à augmenter, et cette femme finit par succomber. Il ne s'agissait pas d'une déchirure de la trachée, comme je l'avais pensé, mais très probablement d'un arrachement au niveau du hile du poumon, de sorte que l'emphysème, loin de diminuer après la trachéotomie, ne pouvait, au contraire, qu'augmenter.

M. Broca. — Je n'ai jamais éprouvé aucune difficulté à retirer le panier de Graefe, et je crois que cela tient à l'habitude que j'ai de m'en servir. Les accidents signalés ont toujours été, à mon avis, le résultat de la façon dont on a employé l'instrument, et ne doivent pas être mis sur le compte de ce dernier.

M. Faure. — Le crochet de M. Kirmisson me paraît devoir être préféré au panier de Graefe, car il en a tous les avantages sans en avoir les inconvénients; mais il faut absolument réserver l'un et l'autre de ces instruments pour les pièces de monnaie : chaque fois qu'il s'agit d'un objet présentant des aspérités, on doit recourir d'emblée à l'œsophagotomie.

M. Jalaguier. — Depuis bien des années, j'ai enlevé un nombre considérable de sous soit avec le panier de Graefe, soit avec le crochet de M. Kirmisson, et je n'ai jamais eu d'accidents; seulement, pour ne pas accrocher le cricoïde, je prends toujours la précaution de faire exécuter à l'instrument un mouvement de rotation, avant de le retirer, de façon qu'il soit disposé obliquement et non pas transversalement.

M. Segond. — Chez un enfant de sept ans, qui avait subi de multiples tentatives d'extraction d'un sou arrêté dans l'œsophage, j'ai essayé moi-même d'enlever le corps étranger avec le crochet de M. Kirmisson, et je n'ai pas pu y parvenir, le sou étant arrêté au niveau de l'extrémité inférieure de l'œsophage. J'ai fait alors une gastrotomie et j'ai pu retirer le sou par le cardia.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 16 et 23 décembre 1904.

Amyotrophie spinale diffuse des nouveau-nés.

M. Comby présente un enfant de trois mois, fils d'une mère nerveuse et d'un père également nerveux, et de plus suspect de tuberculose, qui offre depuis sa naissance le tableau complet de l'affection décrite en 1893 par M. Hoffmann sous le nom d'*atrophie musculaire spinale chronique familiale*, et dont de rares observations ont été publiées depuis lors (Mya et Luisada, Haushalter, Sevestre).

Caractérisée au point de vue clinique par l'apparition d'une atrophie progressive des muscles des membres inférieurs, du tronc, des membres supérieurs, du cou et de la nuque, avec abolition des réflexes tendineux, existence de la réaction de dégénérescence partielle ou totale, mais sans troubles du côté des nerfs sensitifs et crâniens ni des sphincters, cette affection, qui débute en général dans la première année de la vie d'une façon subaiguë ou chronique, reconnaît pour cause une atrophie des cellules ganglionnaires des cornes et des racines antérieures de la moelle épinière, associée à une névrite périphérique (lésions symétriques existant sur toute la longueur de la moelle). C'est ce caractère même de diffusion et de symétrie qui permet de la distinguer d'avec la paralysie spinale infantile banale.

Polyarthrite puerpérale de nature gonococcique.

M. Mosny relate, en son nom et au nom de M. Beaufumé, l'observation d'une femme n'ayant jamais présenté d'autre phénomène morbide que des pertes blanches, en apparence banales, et qui fut atteinte, à la suite d'un accouchement normal, d'une polyarthrite infectieuse. L'examen bactériologique du séro-pus contenu dans les articulations ne donna pas de résultats décisifs, mais l'ensemencement sur les milieux habituels révéla la présence du gonocoque à l'état de pureté. Il s'agissait donc là, malgré l'absence de toute manifestation blennorrhagique antérieure ou actuelle des voies génito-urinaires, d'une infection gonococcique latente, réveillée par le travail de l'accouchement.

Il faut noter, en outre, que ce rhumatisme gonococcique post-puerpéral débuta comme la fièvre puerpérale streptococcique, quatre jours après l'accouchement, par des phénomènes généraux et une élévation de la température qui atteignit 40°. Actuellement, la malade ne présente plus qu'une arthrite subaiguë de l'un des genoux.

M. Antony dit avoir observé également, à la suite d'un accouchement, le réveil d'une infection gonococcique, sous la forme d'un rhumatisme polyarticulaire, chez une femme dont le mari était atteint de polyarthrite blennorrhagique.

Spondylose blennorrhagique.

M. Claisse montre un homme atteint d'une affection très voisine de la spondylose rhizomélique de M. P. Marie. Cette affection est caractérisée par une soudure incomplète des vertèbres cervico-dorsales, qui rend très douloureux les mouvements de la tête et du cou, et par une immobilité presque complète du thorax, d'où une gêne notable des mouvements respiratoires. Ce qui différencie cette affection de la spondylose rhizomélique, c'est la participation des petites articulations des doigts et des orteils au processus morbide.

Toutes ces manifestations articulaires paraissent devoir être attribuées à une blennorrhagie grave, vieille de sept années.

Inconvénients de la déchloruration prolongée dans l'épilepsie.

M. R. Voisin communique, au nom de MM. J. Voisin et L. Krantz et en son nom, le résultat de recherches sur les effets du régime déchloruré chez les épileptiques; il en conclut que la bromuration doit toujours être continuée chez les épileptiques soumis au régime déchloruré, mais que, sous peine de voir apparaître des troubles mentaux caractérisés par de la dépression mélancolique avec refus de nourriture et troubles hallucinatoires, il faut avoir soin de faire alterner le régime déchloruré avec le régime chloruré habituel.

M. Rénon relate un cas de *congestion pulmonaire à forme prolongée*, s'étant terminée par la mort au bout de cent quatorze jours seulement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 17 et 24 décembre 1904.

Lésions des reins provoquées par le bacille de Koch injecté dans les artères ou les veines.

MM. Bernard et **Salomon.** — Nous avons inoculé 5 lapins avec une émulsion de bacille de Koch, injectée directement dans le ventricule gauche; 2 chiens ont reçu cette même émulsion dans la carotide et un troisième dans la fémorale, l'injection étant toujours poussée jusque dans l'aorte au moyen d'une sonde en gomme.

Ces animaux ayant été sacrifiés de vingt jours à trois mois après l'inoculation, leurs reins ont toujours été trouvés le siège de follicules tuberculeux contenant des bacilles de Koch en abondance. Ces follicules sont beaucoup plus nombreux dans la substance corticale que dans la substance médullaire.

A côté de ces altérations spécifiques, nous avons noté des lésions épithéliales banales, allant depuis la vacuolisation jusqu'à la disparition des noyaux, à la tuméfaction trouble, etc.

Malgré les grandes différences qu'elles présentent au point de vue anatomique, ces lésions spécifiques et non spécifiques relèvent également du bacille de Koch et ajoutent une nouvelle preuve à la théorie hématogène de la tuberculose rénale de l'homme.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons pu nous convaincre que la tuberculisation du rein par voie veineuse est moins facile à réaliser que par voie artérielle, le poumon arrêtant la plus grande partie des bacilles injectés. On peut dire qu'à ce point de vue le rein est à la voie artérielle ce que le poumon est à la voie veineuse.

Sur une myiase observée chez l'homme en Guinée française.

MM. A. Le Dantec et **Boyé** (de Bordeaux) font une communication sur une myiase qui a été observée sur 5 Européens en Guinée française. Elle se manifeste sous la forme de tumeurs furonculeuses qui s'ouvrent bientôt pour laisser échapper une larve vivante; une fois le parasite évacué, la cicatrisation ne tarde pas à s'accomplir.

La larve, arrivée à son complet développement, mesure de 8 à 12 millimètres de long et compte onze segments; elle est d'une coloration blanc sale, recouverte de poils rugueux et courts, et porte, à son extrémité céphalique, deux petits manchons munis chacun d'un crochet. En trente-six heures, cette larve se transforme en chrysalide; l'état de chrysalide dure exactement de dix-neuf à vingt jours.

La dissémination de cette myiase paraît être favorisée par l'infestation fréquente du chien qui, une fois parasité, sème par terre de nombreuses larves; celles-ci se transforment bientôt en insectes adultes qui constituent autant de nouveaux foyers de propagation de la maladie.

Toxicité des mélanges d'air et de gaz d'éclairage.

M. Gréhant. — J'ai fait respirer trois chiens dans des atmosphères contenant respectivement 1 : 10, 1 : 30 et 1 : 300 de gaz d'éclairage.

Le premier animal (soumis au mélange d'air et de gaz à 10 %) est mort au bout de vingt-quatre minutes, et son sang contenait 18 c.c. 6 d'oxyde de carbone pour 100. Le deuxième chien, après avoir respiré le mélange à 1 : 30, a été très malade, et, au bout d'une heure un quart, son sang renfermait 17 c.c. 5 d'oxyde de carbone pour 100, chiffre très voisin de la dose toxique. Enfin, le troisième animal a respiré pendant deux heures le mélange à 1 : 300, et je n'ai trouvé dans son sang que 4 c.c. 4 d'oxyde de carbone pour 100, c'est-à-dire le quart environ de la dose toxique.

De ces recherches, je conclus que 10 litres de gaz d'éclairage ajoutés à 290 litres d'air constituent un mélange très dangereux pour le chien, et qui pourrait causer la mort d'un homme.

Sur la teneur du foie en graisse suivant les régimes.

MM. Gilbert et **Jomier.** — Après avoir soumis des chiens à divers régimes pendant une semaine au moins, nous avons apprécié la teneur graisseuse de leur foie sur des coupes colorées à l'acide osmique.

Nous avons constaté qu'à la suite d'un régime composé de pain et de légumes, cet organe est très pauvre en graisse et peut même en être dépourvu. Il est de même très pauvre en graisse avec un régime mixte (soupe grasse ou maigre, viande, légumes). Il présente une richesse adipeuse moyenne avec le régime de la lactalbumine ou de la viande sans graisse.

Lorsque l'animal est soumis au régime du lait ou de ses dérivés, beurre et crème, le foie est tantôt graisseux au maximum, tantôt comparable, au contraire, aux foies les moins gras. Ces variations peuvent s'expliquer par l'existence d'un état particulièrement gras du foie au moment où le régime est institué ou d'un apport à cet organe, par le sang, de graisses mises en réserve dans d'autres parties du corps; d'autre part, il est possible que certaines graisses ne soient pas colorées par l'acide osmique.

La perméabilité méningée en neurologie infantile.

M. R. Cruchet (de Bordeaux) communique les résultats de recherches qu'il a faites sur 24 enfants atteints d'affections nerveuses diverses (méningite tuberculeuse, méningite cérébro-spinale, tumeur du cervelet, hérédo-syphilis à type de maladie de Friedreich, chorée, maladie de Little, etc.). Chez tous ces petits malades, l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire de trois à huit jours après l'ingestion de 1 à 3 grammes d'iodure de potassium en potion a été complètement négatif au point de vue de la recherche de l'iodure.

On en peut conclure que l'étude de la perméabilité méningée ne permet de tirer aucune conclusion diagnostique chez l'enfant.

Polymorphisme du bacille de Koch.

MM. Piery et **Mandoul** (de Lyon) adressent une note relative à leurs recherches sur le polymorphisme du bacille de Koch dans l'expectoration des tuberculeux. Les auteurs ont pu se convaincre que ce microorganisme affecte quatre formes principales, qu'ils désignent sous les noms de *bacilles homogènes courts*, *bacilles homogènes longs*, *bacilles moniliformes courts* et *bacilles moniliformes longs*.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 14 décembre 1904.

La syphilis professionnelle des médecins.

M. Blaschko fait une communication basée sur les observations de 12 confrères ayant contracté la syphilis dans l'exercice de leur profession.

Dans la grande majorité des cas de ce genre, l'accident primitif siège à un doigt et, le plus généralement, il est pris au début pour un panaris. Un de ces médecins avait eu cependant un chancre au niveau du visage : il s'était gratté ayant les doigts souillés. Très souvent, le chancre digital est petit et disparaît rapidement, de sorte qu'il peut facilement passer inaperçu et demeurer méconnu; toutefois, dans un des cas relatés par l'orateur, un confrère qui s'était très minutieusement observé ne constata chez lui ni accident primitif, ni adénopathie locale, si bien que force fut d'admettre une syphilis d'emblée, sans doute par introduction directe du virus dans le sang; peut-être la contagion s'est-elle faite par une piqûre d'insecte.

Au point de vue étiologique, les cas de syphilis professionnelle des médecins sont à grouper en deux catégories, selon que l'infection a lieu par blessure avec un instrument souillé de produits syphilitiques, ou bien par inoculation de ces mêmes produits sur une plaie préexistante. En ce qui concerne le premier de ces mécanismes, il semble bien que, pour qu'un instrument soit infectant, il faut qu'il ait été en contact avec des *tissus syphilitiques*, et non pas seulement avec les *tissus d'un syphilitique*, car il est arrivé à tous les syphiligraphes de se piquer, par exemple, avec l'aiguille dont ils venaient de se servir pour faire une injection mercurielle, sans être contagionnés pour cela. Quant au second mécanisme étiologique, l'orateur a observé un fait qui démontre que le virus syphilitique conserve ses propriétés un certain temps après la mort : il s'agit d'un anatomo-pathologiste qui se contamina en faisant l'autopsie d'un syphilitique mort depuis un peu moins de vingt-quatre heures.

La prophylaxie sera basée sur cette considération, gravée dans l'esprit du médecin, que tout malade qu'il opère, toute femme chez laquelle il pratique le toucher gynécologique, doivent être tenus pour suspects de syphilis. Le médecin devra donc avoir le plus grand soin de l'intégrité de ses mains, que l'abus des brosses dures et des lavages antiseptiques compromet si souvent; cautériser la moindre excoriation avec la solution de nitrate d'argent à 2 ou 3 % et la recouvrir de collodion; user de doigtiers ou de gants en caoutchouc. S'il se blesse en opérant, il touchera aussitôt la plaie avec la teinture d'iode, ou l'eau oxygénée, ou encore le thermocautère.

Pour ce qui est enfin du traitement, M. Blaschko s'élève contre les exagérations thérapeutiques des confrères qui, se sachant syphilitiques, et convaincus de la malignité particulière des syphilis à point de départ extra-génital, se soumettent à des cures mercurielles trop fréquentes. D'après l'orateur, ces syphilis ne sont nullement plus graves que les autres, et du reste, d'une façon générale, le mercure ne doit pas être administré à intervalles réguliers pendant les premières années qui suivent l'infection, mais seulement prescrit durant les périodes où existent des manifestations syphilitiques.

Il va sans dire que le médecin syphilitique sera tenu de s'abstenir de tout acte médical tant qu'il aura des accidents au niveau des mains ou des bras; il pourra au contraire exercer dans les périodes intercalaires, de même que lorsqu'il aura seulement des syphilides muqueuses.

M. E. Lesser rappelle, à propos de l'hypothèse émise par M. Blaschko sur la transmission possible de la syphilis par piqûre d'insecte, les recherches faites au commencement du siècle dernier par l' « anonyme palatin » sur l'infectiosité du sang des syphilitiques : il en résulte que, pour reproduire la syphilis, il faut injecter d'assez grandes quantités de ce sang; au reste, si la contamination syphilitique avait lieu par piqûre d'insecte, on devrait trouver un chancre au point piqué.

En ce qui concerne l'administration du mercure aux syphilitiques, l'orateur dit ne pouvoir partager la manière de voir de M. Blaschko.

M. O. Rosenthal déclare s'associer à cette double critique. Il attire en outre l'attention, au point de vue du diagnostic différentiel du chancre digital, sur l'importance des pustules vaccinales siégeant au niveau des doigts : dans 2 cas qu'il a eu l'occasion d'observer, des médecins porteurs de telles pustules se croyaient atteints de syphilis. Il ajoute enfin qu'il est absolument du même avis que M. Blaschko sur la prétendue malignité des syphilis à point de départ extragénital : si ces syphilis paraissent plus graves, c'est tout simplement parce que, bien souvent, leur diagnostic n'est fait que d'une façon tardive.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Actinomycose des voies lacrymales, par M. F. Lagrange.

Le cas d'actinomycose des voies lacrymales relaté par M. Lagrange mérite d'être signalé en raison de l'étude complète qui en a été faite tant au point de vue clinique qu'histologique.

Il a trait à une femme âgée de cinquante-cinq ans et chargée de l'exploitation d'un jardin, endroit probable de l'infection. L'affection oculaire, bien que remontant à plusieurs années, n'était cependant devenue gênante que depuis quelques mois. A l'examen, on constatait, outre une sécrétion conjonctivale purulente, un gonflement accompagné d'une vive rougeur et circonscrit à la région du canalicule inférieur droit, avec intégrité parfaite du canalicule supérieur et absence de tuméfaction du côté du sac lacrymal, l'écoulement des larmes paraissant d'ailleurs s'opérer normalement. Le canalicule inférieur fut incisé dans toute sa longueur à l'aide d'un couteau de Weber; cette ouverture donna issue à une quantité considérable de pus, dans lequel flottaient quatre ou cinq grumeaux provenant d'une dilatation ampullaire du canalicule et offrant tous les caractères de l'actinomycose. On fit le curettage des parois de cette cavité et on le compléta par une

cautérisation au nitrate d'argent. L'incision du canalicule se referma spontanément; la guérison, qui était complète au bout de huit jours, s'est maintenue depuis lors.

Dans l'observation que nous venons de résumer, il est remarquable que le canalicule inférieur ait seul été intéressé, tandis que le supérieur est demeuré indemne. Pour l'auteur, ce fait s'expliquerait par ce que le point lacrymal inférieur entre en contact plus immédiat avec les éléments que charrient les larmes. Quant à la bénignité qu'a présentée l'évolution de la maladie dans ce cas — bénignité qui est d'ailleurs la règle pour l'actinomycose des voies lacrymales —, elle semble devoir être attribuée principalement à l'action bactéricide des larmes. Celles-ci constituent, en effet, pour les agents infectieux, un milieu de culture peu favorable, et ce d'autant moins que, dans le cas d'irritation d'un canalicule, elles sont toujours très abondantes, par suite de l'hypersécrétion réflexe qui se produit dans ces conditions. Notons enfin que, conformément à ce que l'on observe dans l'immense majorité des cas de ce genre, il s'est agi d'une femme dans le fait relaté par M. Lagrange. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 novembre 1904.) — F. M.

La rage chez la mangouste ichneumon (Herpestes ichneumon), par MM. Ch. Nicolle et J. Chaltiel.

Parmi les nombreux mammifères susceptibles de contracter et de transmettre la rage, il ne semble pas qu'on ait jamais signalé l'*Herpestes ichneumon*, petit carnassier très répandu dans l'Afrique du nord et connu sous les noms d'ichneumon, de mangouste, de rat des Pharaons ou de raton. Or, les auteurs ont eu l'occasion d'observer, à l'Institut Pasteur de Tunis, 2 malades — un garde forestier indigène et son fils âgé de cinq ans — qui se présentaient pour suivre le traitement pastorien : l'animal qui les avait spontanément mordus, et dont ils apportaient le cadavre, n'était autre qu'une mangouste dont le bulbe, inoculé dans la chambre antérieure de l'œil de 2 lapins, donna à ces animaux une rage légitime fort virulente, puisqu'elle entraîna la mort en dix et onze jours.

MM. Nicolle et Chaltiel ont en outre trouvé, dans les archives de l'Institut Pasteur de Tunis, des notes relatives à un autre cas antérieur du même genre. Un troisième fait, qui leur a été communiqué, aurait été observé à Guelma. Enfin les auteurs ont eu plus récemment l'occasion de soigner 3 personnes qui avaient été mordues par un chien enragé, lequel avait été lui-même mordu et infecté trente-cinq jours auparavant par un ichneumon.

Ajoutons que MM. Nicolle et Chaltiel ont à ce sujet fait quelques recherches expérimentales sur la réceptivité de la mangouste à l'égard de la rage : un animal de cette espèce, inoculé dans la chambre antérieure de l'œil avec du virus fixe, contracta une rage dont les premiers symptômes se manifestèrent au bout d'une semaine — c'est-à-dire en même temps que chez des lapins qui avaient été simultanément inoculés — et qui entraîna la mort le onzième jour. Et le bulbe de ce raton, inoculé à des lapins, reproduisit une rage légitime.

La conclusion que les auteurs tirent de ces faits, tant cliniques qu'expérimentaux, c'est qu'il convient de prendre, vis-à-vis des morsures de mangouste, des précautions analogues à celles qui sont de rigueur après une morsure de chien errant, et cela d'autant plus qu'à la suite de son passage par l'organisme de l'ichneumon, le virus rabique paraît augmenter de virulence. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, octobre 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches cliniques sur une maladie infantile singulière dite « Ekiri », sévissant au Japon, très aiguë, épidémique, dysentériforme, par M. S. Ito.

Il s'agit d'une affection connue, au Japon, depuis plus de cent ans, mais sur la nature de laquelle les auteurs japonais sont loin d'être d'accord : les uns la considèrent comme une forme particulière de méningite aiguë épidémique, tandis que d'autres se refusent à y voir une maladie *sui generis* et l'envisagent comme un simple catarrhe intestinal épidémique; d'aucuns estiment que cette affection n'est autre chose qu'une forme grave de dysenterie infantile, ayant pour agent pathogène le bacille de Shiga. Enfin, dans ces derniers temps, un certain nombre d'auteurs (Hirota, Segawa, etc.) ont cherché à établir une analogie entre l' « ekiri » et l'entérite folliculaire aiguë, et cela tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique.

Afin d'élucider cette question, M. Ito a institué une série de recherches bactériologiques sur les déjections de sujets atteints d' « ekiri ». Il a pu de la sorte isoler un microorganisme particulier auquel il a donné le nom d'*ekiri-bacille* et qu'il considère comme l'agent pathogène de la maladie en question. Morphologiquement, ce microbe rappelle le colibacille et se décolore d'après le procédé de Gram; doué d'une mobilité beaucoup plus considérable que celle du *Bacterium coli*, il ne liquéfie pas la gélatine et donne la réaction de l'indol plus lentement que le colibacille; de plus, il ne coagule pas le lait. Pathogène pour la souris, le cobaye, le lapin et pour quelques oiseaux, le microorganisme dont il s'agit ne se laisse agglutiner que par le sérum de sujets ayant subi une atteinte d' « ekiri » ou par celui d'animaux immunisés à l'égard de cette maladie, tandis que le sérum provenant d'individus bien portants ou atteints d'autres affections, y compris la dysenterie, ne détermine point l'agglutination du bacille isolé par M. Ito.

En ce qui concerne la symptomatologie de la maladie en question, il convient de distinguer — l'incubation mise à part — deux périodes : la période prodromique et celle d'état.

Au cours de la première, l'enfant, jusque-là bien portant, est pris de diarrhée : les selles, liquides et souvent d'une odeur repoussante, contiennent parfois des aliments non digérés, plus rarement du mucus. En même temps, on voit apparaître de la fièvre (38° à 39°) et d'autres troubles généraux, tels que lassitude, sommeil agité, etc. Pendant cette période, il est rare d'observer des vomissements ou des douleurs abdominales.

C'est seulement au cours de la période d'état que les symptômes deviennent assez caractéristiques pour permettre d'affirmer le diagnostic. Et, d'abord, l'hyperthermie, auparavant assez modérée, atteint et dépasse 40°, pouvant parfois aller jusqu'à 42°, tout au moins chez les enfants (chez les adultes, elle reste, en général, au-dessous de 40°). Dans les formes graves, la fièvre présente le type continu, en subissant une diminution passagère de 0°5 à 1° seulement après le lavage de l'intestin. S'agit-il, par contre, d'un cas à évolution bénigne, on voit la température tomber brusquement, surtout à la suite d'une irrigation intestinale, pour ne plus remonter au même niveau. Un autre symptôme absolument constant et précoce de cette période d'état consiste dans le caractère muqueux des selles, qui contiennent fréquemment du sang, parfois aussi de la sérosité ou du pus. On ne retrouve, toutefois, dans les fèces ni gros morceaux de mucus, ni masses ressemblant à du frai de grenouille, comme cela se voit dans la dysenterie. Le nombre des évacuations n'est pas considérablement augmenté et varie entre 1 et 10 dans les vingt-quatre heures; les selles sont toujours plus abondantes que dans la dysenterie typique ou l'entérite folliculaire grave. Le ténesme paraît tout à fait exceptionnel. L'abdomen reste souple, à tel point qu'il est facile de percevoir par la palpation, à travers la paroi abdominale, les ganglions mésentériques quelque peu hypertrophiés. Au palper, le ventre paraît mou, « comme du coton ». Les vomissements manquent le plus souvent, tout en étant moins exceptionnels qu'au cours de la période prodromique.

Dans la plupart des cas, on voit survenir des phénomènes cérébraux, sous la forme soit de simple dépression, soit de convulsions généralisées cloniques et toniques avec perte complète de connaissance. La gravité et la fréquence de ces complications cérébrales varient en raison de l'âge du malade, les enfants de deux à six ans y étant particulièrement exposés. Plus le patient est âgé, moins graves et moins fréquents sont les symptômes cérébraux. Chez les adultes, ceux-ci font même complètement défaut.

L'évolution de l' « ekiri » est très rapide : après une incubation qui dure de douze à vingt-quatre heures en moyenne, et pendant laquelle les enfants ne présentent rien d'anormal, survient la période prodromique dont la durée est généralement de cinq à huit heures, puis la période d'état, qui dans les cas mortels ne dépasse guère trente-six heures, et dans les formes relativement bénignes se prolonge deux ou trois jours, rarement davantage.

Le pronostic de l'affection, autrefois excessivement grave (mortalité de 80 à 90 %), est aujourd'hui beaucoup plus favorable. Toutefois, sur 70 malades (dont 6 adultes) observés par l'auteur, 25 succombèrent, ce qui représente une mortalité de plus de 35.5 %; si l'on ne tient compte que des cas se rapportant à des enfants (25 décès sur 64 cas), la mortalité atteint presque 40 %. Le pronostic est particulièrement sévère chez les enfants de deux à six ans, qui sont, d'ailleurs, les plus exposés à la maladie; au dessous de deux ans, l'affection se rencontre rarement et comporte un pronostic fâcheux. Chez l'adulte, au contraire, elle se termine toujours par la guérison.

Parmi les causes prédisposantes, il convient de mentionner, en dehors de l'âge, le climat et les influences saisonnières, ainsi que les écarts de régime. Dans les régions chaudes, l'affection prend un caractère épidémique, de préférence vers la fin de l'été et le commencement de l'automne.

Une atteinte d' « ekiri » ne confère pas l'immunité, et M. Ito a eu l'occasion d'observer deux fois cette maladie chez un même enfant, à six mois d'intervalle; mais la seconde atteinte fut assez légère, alors que 2 autres enfants de la même famille étaient gravement touchés.

Très difficile dans la période prodromique, le diagnostic de l'affection devient relativement aisé dès que l'on se trouve en présence d'un malade en pleine période d'état, caractérisée par toute une série de signes typiques, tels que début brusque, fièvre élevée, selles muqueuses sans ténesme, phénomènes cérébraux (crampes, perte de connaissance), mollesse particulière de l'abdomen, évolution rapide. Au point de vue du diagnostic différentiel d'avec la dysenterie, il importe surtout de retenir que le ténesme, constant dans cette dernière affection, fait presque toujours défaut dans l' « ekiri ».

Anatomiquement, la maladie en question doit être considérée comme une forme particulière d'entérite folliculaire aiguë, dont elle se différencie, cependant, au point de vue clinique, par l'absence de ténesme, sans compter que l'entérite folliculaire reconnaît pour agent pathogène le streptocoque. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 1-3.) — L. CH.

Un cas d'anévrysme cirsoïde de l'artère dentaire inférieure, par M. F. Schlagenhaufer.

C'est, d'après l'auteur, le premier exemple authentique d'anévrysme cirsoïde d'une artère intra-osseuse. Et l'histoire clinique vaut aussi qu'on la rapporte. Un menuisier de vingt-six ans se présente à l'hôpital Saint-Roch de Vienne, en se plaignant de saigner d'une dent, qu'il veut se faire arracher. On trouve la dernière grosse molaire gauche cariée, la deuxième, creuse; au niveau de la première, une tuméfaction sur la gencive; au cours d'une très légère exploration, un jet de sang, de la grosseur d'une plume d'oie, s'échappe de l'interstice de la gencive et de la première molaire, et s'élève à plus d'un mètre. Une compression digitale de vingt-cinq minutes arrête l'hémorrhagie, et le malade déclare alors que pareil accident, quoique moins grave, s'est produit déjà à deux reprises, il y a treize ans et deux ans. Vers le milieu de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur, la joue paraît pleine; on voit et l'on sent des pulsations à ce niveau; tout examen plus complet est impraticable, l'hémorrhagie reparaissant au moindre contact, et même lorsque la bouche est simplement ouverte. On se décide à intervenir, sous l'anesthésie générale; mais à peine a-t-on commencé à administrer le mélange de Billroth, que survient une hémorrhagie considérable : immédiatement la carotide externe est comprimée, puis liée; mais cela ne suffit pas. On pratique alors une incision sur le bord de la mâchoire, et on lie fortement le maxillaire, au niveau du menton et en arrière de la dernière grosse molaire, avec deux liens élastiques : procédé utilisé dans un cas, comme nous allons

le voir dans un instant, par M. von Mikulicz, et ayant pour but d'enrayer l'apport du sang par les anastomoses. De fait, l'hémorrhagie s'arrête, mais, six heures après, le malade tombe dans le collapsus, et meurt.

A l'examen nécropsique, on constate que le maxillaire est extérieurement intact, les alvéoles sont seulement remplis de caillots. La carotide externe est normale, mais l'artère dentaire inférieure beaucoup plus grosse que d'ordinaire. On l'injecte, et, après avoir fait sauter la table interne de l'os, on découvre une tumeur artérielle formée de branches sinueuses, de grosseur variée, enchevêtrées et conglomérées, et donnant l'aspect bien connu de l'anévrysme cirsoïde; les artères dentaires sont pareillement dilatées et serpentines, ainsi que l'artère mylo-hyoïdienne; l'artère mentale est plus volumineuse, mais non sinueuse. De nombreuses artérioles s'échappent de l'os, en dedans et en dehors, par des lacunes ou de petits orifices; un vaisseau plus volumineux, et ouvert, sort par un trou, situé à la face externe de l'os, à la hauteur de la deuxième grosse molaire. L'examen histologique montre une série de cavités vasculaires, à paroi complète (adventice, couche musculaire et intima) ou réduite à l'endothélium, et, dans leurs intervalles, quelques tractus de tissu conjonctif.

Il s'agissait donc bien d'un anévrysme cirsoïde typique de l'artère dentaire inférieure, inclus dans l'os. Le cas de M. von Mikulicz, auquel il était fait allusion tantôt, se rapportait à un anévrysme cirsoïde de l'artère maxillaire externe droite, extérieur à l'os, et ne l'ayant envahi que secondairement; la ligature de la carotide primitive, l'extirpation de la tumeur extérieure ne suffirent pas à arrêter les hémorrhagies; ce fut alors que, le maxillaire ayant été découvert par une incision, deux fortes ligatures élastiques furent appliquées tout autour de la branche horizontale, en avant et en arrière de la zone saignante. La manœuvre fut efficace; elle entraîna l'oblitération des artères dilatées et fut suivie d'une guérison complète.

Ici, la tumeur cirsoïde était, nous le répétons, intra-osseuse, intra-maxillaire, et le fait est d'autant plus intéressant que, à part une observation, un peu discutable, de M. Nauwerck, toutes les tumeurs sanguines des os, jusqu'ici décrites, n'étaient, à un examen plus précis, que des sarcomes vasculaires. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 3.) — L.

Contribution casuistique à l'étude du point de départ des tumeurs bénignes des grandes lèvres, par M. Fromme.

En plusieurs points du corps, et notamment autour des glandes salivaires, on a décrit des fibromes ou des lipomes prenant leur origine autour des *acini* glandulaires. Pareil fait peut s'observer au niveau des glandes de Bartholin, comme en témoigne le cas relaté dans le présent travail.

Une jeune fille de dix-huit ans, assez bien portante et indemne de blennorrhagie, avait vu depuis un an et demi sa grande lèvre droite s'hypertrophier peu à peu. L'orifice de la glande vulvo-vaginale était légèrement rouge, mais il n'existait aucun autre signe d'inflammation. Vu la localisation et la rénitence élastique, presque fluctuante, de la tuméfaction, on pensa qu'il s'agissait d'un kyste de la glande de Bartholin. Or, à l'opération, on trouva une tumeur solide, encapsulée, pesant 300 grammes et mesurant 11 centimètres suivant son plus grand diamètre; sa coupe était de coloration gris jaunâtre et le centre, ramolli, offrait une apparence myxomateuse.

L'examen histologique de la pièce montra qu'elle était essentiellement formée de tissu fibreux assez dense. En outre, elle était parsemée d'un nombre considérable d'*acini* glandulaires dont la structure était normale : nulle part ils ne formaient de kystes et nulle part ils ne franchissaient la capsule. Ces *acini* étaient tapissés d'une couche de cellules cylindriques; les canaux excréteurs, un peu élargis, avaient deux ou trois couches de cellules cubiques. Au-dessous de la capsule s'étendaient quelques faisceaux de fibres musculaires lisses. Le fibrome s'était donc bien développé dans le tissu conjonctif péri-acineux. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, octobre 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'ascite tuberculeuse par les injections intramusculaires de gaïacol iodoformé.

Nous avons tout récemment signalé les bons effets que les injections intrapéritonéales de glycérine iodoformée ont donnés à M. Schömann (de Hagen-en-Westphalie) dans 7 cas d'ascite tuberculeuse (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 408). Nous recevons à ce propos de M. le docteur P. Grattery (de Paris) la note suivante :

« Dans 4 cas personnels de la même affection, je suis arrivé à un résultat également satisfaisant par de simples injections intramusculaires de gaïacol iodoformé.

En 1889, essayant ces injections dans le traitement de la tuberculose, j'avais observé un malade porteur d'un épanchement pleural abondant qui, au cours des injections, disparut avec une rapidité surprenante. Quelques mois plus tard, je soignais une jeune fille de vingt-trois ans qui, l'année précédente, avait eu une pleurésie grave et faisait cette fois de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Le diagnostic avait été confirmé par M. le docteur Millard, alors médecin de l'hôpital Beaujon, à Paris, qui avait conseillé l'intervention chirurgicale, tant comme moyen curatif que pour faire cesser les douleurs très vives déterminées par l'énorme quantité de l'ascite. Devant le refus formel de la malade de se laisser opérer, je voulus voir si les injections de gaïacol iodoformé n'agiraient pas sur l'épanchement péritonéal comme elles avaient paru agir sur l'épanchement pleural dans le cas précédent. Je fis, tous les deux jours, une injection intramusculaire de 1 c.c. d'huile, contenant 0 gr. 05 centigr. de gaïacol et 0 gr. 01 centigr. d'iodoforme. Dès la deuxième injection, les douleurs avaient diminué, la tension abdominale paraissait moindre. Au bout de trois semaines, l'ascite avait entièrement disparu et il ne restait qu'un peu de submatité dans la fosse iliaque gauche. Cette jeune fille mourut, l'année suivante, de méningite tuberculeuse.

En 1894 et en 1896, 2 autres malades, jeunes également, atteintes de péritonite tuberculeuse à forme ascitique classique, guérirent de même après dix ou douze injections.

Enfin, vers 1900, M. le docteur Mérigot de Treigny (de Paris) me montra une jeune fille atteinte de tuberculose pleuro-péritonéale, avec fièvre et état général mauvais. Je l'engageai à essayer les injections de gaïacol iodoformé; six semaines après, il me remontra sa malade qui allait bien et n'avait plus trace d'épanchement.

Il m'a semblé intéressant de rapprocher ces 4 cas — les seuls que j'ai eu l'occasion d'observer jusqu'ici — des faits signalés par M. Schömann, car la méthode que j'emploie est encore plus simple que celle de notre confrère allemand. »

L'ingestion d'eau fraîche comme moyen préventif des vomissements opératoires.

On sait que pour certains auteurs le contact prolongé des vapeurs de chloroforme ou d'éther avec la muqueuse stomacale, chez les sujets anesthésiés strictement à jeun, constitue la cause principale des vomissements qui se produisent au cours et à la suite des interventions chirurgicales. Cela étant, un confrère américain, M. le docteur Walter B. Dorsett, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Marion-Sims-Beaumont College de Saint-Louis, a eu l'idée de faire ingérer au patient, avant l'opération, une certaine quantité d'eau destinée à diluer les vapeurs de chloroforme ou d'éther qui arrivent dans l'estomac du fait de l'aérophagie réflexe survenant pendant l'anesthésie. Dans ce but, on donne au sujet, en trois ou quatre prises de 300 c.c. chacune, échelonnées de demi-heure en demi-heure, une quantité totale de 900 à 1,200 c.c. d'eau fraîche, la dernière portion étant bue immédiatement avant l'opération.

Dans tous les cas où notre confrère a eu recours au procédé que nous venons d'indiquer, il n'en a obtenu que de bons résultats : le plus souvent l'eau absorbée en dernier lieu était rejetée, mais, aussitôt après, nausées et vomissements cessaient définitivement.

S'inspirant du procédé mis en œuvre par M. Dorsett, M. le docteur M. Denucé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux et chirurgien des hôpitaux de ladite ville, a de son côté adopté un *modus faciendi* analogue au précédent. Après quelques tâtonnements, il s'est toutefois arrêté à une quantité d'eau légèrement inférieure à celle que fait absorber M. Dorsett : les prises qu'il ordonne ne sont, en effet, que de 200 c.c. — soit un grand verre —, ce qui représente en tout 800 c.c. environ.

Les résultats obtenus par M. Denucé depuis le peu de temps qu'il a recours au procédé en question ont été des plus favorables : sur une vingtaine d'opérés, aucun n'a eu de vomissement ou de nausée ni pendant l'anesthésie, ni après le réveil. Cependant, à côté d'opérations relativement peu importantes, achevées en dix à vingt-cinq minutes, cette statistique comprend plusieurs laparotomies ayant duré jusqu'à une heure de temps. Contrairement à M. Dorsett, M. Denucé n'a jamais observé le rejet de la dernière portion du liquide ingéré. Il ne pense pas d'autre part que le passage — toujours possible dans le cas où des vomissements se produiraient malgré tout — d'une petite quantité d'eau pure dans les voies aériennes comporte des dangers suffisamment graves pour contre-indiquer l'emploi du moyen dont il s'agit.

Le camphre à haute dose contre la pneumonie grave.

Partant de cette considération que les accidents inquiétants qui s'observent au cours de la pneumonie sont imputables à une paralysie des vasomoteurs, M. le docteur F. Schultze, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bonn, et son assistant M. le docteur J. Esser, privatdocent de pathologie interne à ladite Faculté, ont recours, en pareille occurrence, à l'emploi du camphre à haute dose. Lorsque la pression artérielle demeure basse, nos confrères n'hésitent pas à donner jusqu'à 9 et 12 grammes de ce médicament *pro die*. C'est ainsi qu'un homme de quarante-trois ans absorba 23 grammes de camphre dans l'espace de quatre jours, et qu'à un enfant de quatre ans, atteint d'une pneumonie métamorbilleuse, on administra 12 grammes du même médicament en cinq jours.

Sur 78 pneumoniques observés à la clinique médicale de Bonn depuis le mois d'avril 1901, 13, plus gravement atteints, ont été traités par le camphre à haute dose : 2 seulement ont succombé, l'un à du delirium tremens, l'autre — un emphysémateux âgé — à une hépatisation de la totalité du poumon gauche.

Dans aucun des cas où ils ont eu recours au traitement en question, MM. Schultze et Esser n'ont eu à noter d'accidents toxiques; tout au plus l'état de torpeur du malade était-il parfois un peu plus marqué que d'habitude.

La chloroformisation très lente.

Au cours d'un voyage au Mexique, M. le docteur O. Effertz (de Vienne), séjournant dans la petite ville de Miahuatlan, y a vu employer une méthode de chloroformisation très lente qui, à côté de certains inconvénients en rendant l'application courante à peu près impossible dans nos pays, offre d'incontestables avantages.

Pour endormir un malade par ce moyen, on laisse tomber quelques gouttes de chloroforme sur une compresse que l'on maintient à *dix centimètres* au moins du visage du patient; de temps en temps, on verse de nouveau de l'anesthésique, mais on a soin de s'arrêter sitôt que le sujet fait le moindre mouvement de défense. En procédant de la sorte, on finit par obtenir — au bout de deux à trois heures, et après avoir usé de 250 à 300 grammes de chloroforme — une narcose complète, qui n'a été précédée d'aucune phase d'excitation, et qui n'est accompagnée ou suivie ni de nausées ni de vomissements.

Sur les 9 opérés qui ont été anesthésiés de la sorte sous les yeux de M. Effertz (voire par notre confrère lui-même, qui a, dans 2 de ces cas, rempli le rôle de chloroformisateur), 6 étaient des alcooliques invétérés, dont 4 avaient été blessés dans une explosion de dynamite, double condition très défavorable à la narcose; or, celle-ci fut, chez tous ces malades, admirablement supportée, sans qu'il y eût de phénomène d'excitation ni d'accident d'aucune sorte.

24e ANNÉE. — N° 1. Vingt centimes le numéro. 6 JANVIER 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

La répartition de la maladie du sommeil dans l'Afrique occidentale française.

Dans le but d'élucider d'une façon aussi précise que possible la répartition géographique de la maladie du sommeil dans les possessions françaises de la côte occidentale d'Afrique — elles sont réunies en un « Gouvernement général » qui comprend la Sénégambie, les anciens territoires du Soudan, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Dahomey et l'*hinterland* de ces diverses possessions —, le ministre français des colonies a, au mois d'avril de l'année dernière, adressé un questionnaire aux fonctionnaires de tous les postes ou résidences dudit Gouvernement.

Des réponses qui lui sont parvenues, au nombre de 111, il résulte que, dans l'Afrique occidentale française, sont profondément contaminées les régions ci-après : la Casamance, la plus grande partie de la haute Guinée, l'hinterland du Libéria et de la Côte d'Ivoire, le Lobi. On compte en outre un certain nombre de foyers de propagation secondaire très limités, tels que le Baol, le Sine-Saloum, le Cayor pour la Sénégambie, le Baoulé pour la Côte d'Ivoire, le pays des Bobos. Enfin, dans les lieux de passage, sur les lignes d'étape, dans les centres populeux, on a constaté des cas importés, qui ne se sont pas propagés. C'est dans les pays boisés, vallonnés, aux sources des fleuves ou sur les parties supérieures de leurs cours, que se rencontreraient surtout les foyers principaux de l'affection.

Il serait à désirer que les diverses puissances qui ont des possessions africaines prescrivissent toutes des enquêtes analogues; ce serait le plus sûr moyen d'arriver à connaître le domaine exact de la maladie du sommeil, dont l'extension fait en Afrique d'inquiétants et continuels progrès.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur A.-E. Grosse est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'accouchements.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Martin Ficker, privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Luigi Roncoroni, professeur extraordinaire de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Heinrich Jacobsthal est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Luigi Devoto, professeur extraordinaire de pathologie interne, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Salamanque. — M. le docteur Arturo Núñez y Garcia est nommé professeur d'histologie.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Franz Weidenreich, privatdocent d'anatomie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur M. N. Popov, professeur extraordinaire de neurologie et de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine d'Utrecht. — M. le docteur K. Heilbronner, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Halle, est nommé professeur de psychiatrie, en remplacement de M. Th. Ziehen.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur P. V. Nikolsky, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur Josef Arneth est nommé privatdocent de médecine interne.

University of Maryland de Baltimore. — M. le docteur Charles L. Allen est nommé lecteur de neurologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

PHYSIOLOGIE

Castaigne (J.) et **Rathery** (F.). Action exercée « in vitro » par les solutions de chlorure de sodium sur l'épithélium rénal. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Jensen (P.). Die physiologischen Wirkungen des Lichtes. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 nov. et 5 déc.) — Les effets physiologiques de la lumière.

Milroy (J. A. et T. H.). Practical physiological chemistry. In-8°, 214 p. Londres.

Mosso (A.). Fatigue. (Trad. de l'italien par Margaret et W. B. Drummond.) In-8°, 348 p. Londres.

Trautner (H.). Nogle undersögelser over urinsyrens dannelse i det menneskelige legeme. (*Hospitalstidende*, 28 oct.) — Quelques recherches sur la formation d'acide urique dans le corps humain.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Falkner (A.). Zur Frage der epithelialen Hohlräume in Lymphdrüsen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 déc.) — Contribution à l'étude des espaces épithéliaux dans les ganglions lymphatiques.

Hoche (L.). Etude sur la linite plastique (fréquence probable de son origine post-ulcéreuse et de sa nature épithéliomateuse). (*Rev. de méd.*, nov. et déc.)

Mahaim (A.). A propos de l'anatomie pathologique de la paralysie générale. (*Journ. de neurol.*, 20 déc.)

Nobl (G.). Zur Histologie der blennorrhoischen Deferentitis und Epididymitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 2.)

Ross (R.). Further notes on Leishman's bodies. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.) — Nouvelle note sur les microorganismes de Leishman.

Stengel (A.). A text-book of pathology. 4e éd. In-8°, 934 p. avec fig. Londres.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Asakawa (N.). Ueber das Wesen der Agglutination und eine neue Methode, die Agglutination schnell zu beobachten (Gefriermethode). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 1.) — Sur la nature de l'agglutination et sur une nouvelle méthode pour obtenir rapidement l'agglutination (méthode par congélation).

Dieterichs (M. von). Zur Theorie der Wirkung der hohen Temperatur auf den Tierorganismus. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 nov.) — Contribution à l'étude de l'action des températures élevées sur l'organisme animal.

Kisskalt (K.). Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität: Die cutane Infection. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 1.) — Contribution à l'étude de l'immunité naturelle.

Laache (S.). La réciprocité dans la pathologie. (*Rev. de méd.*, déc.)

Plimmer (H. G.). The parasitic theory of cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 12 déc.)

Weinberg (W.). Pathologische Vererbung und genealogische Statistik. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 5-6.) — Hérédité pathologique et statistique généalogique.

MÉDECINE

Anders (J. M.). Text-book of the practice of medicine. 6e éd. In-8°, 1296 p. avec fig. Londres.

Arnsperger (H.). Die Aetiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 5-6.)

Aronson (E. A.). Observations on the use of the Sahli test-meal. (*Med. Record*, 5 déc.) — Remarques sur l'emploi du repas d'épreuve de Sahli.

Belliboni (E.). Osservazioni ematologiche e terapeutiche su vari casi di anemia. (*Gazz. degli Osped.*, 22 nov.)

Bernard (L.). La perméabilité rénale dans les néphrites brightiques. (*Rev. de méd.*, nov. et déc.)

Bremken (A.). A case of probable primary carcinoma of the lung. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — Un cas de cancer probablement primitif du poumon.

Bruce-Porter (H. E.). Case of aortic disease with unusual course. (*Brit. Med. Journ.*, 21 nov.)

Burr (W. R.). Fecal impaction of the cecum. (*Amer. Practitioner and News*, 1er oct.)

Carrière (G.). Sur un cas de gangrène pulmonaire. (*Nord méd.*, 15 déc.)

Collins (J.). Chronic cyanosis of the extremities associated with polycythæmia and splenomegaly. (*Med. Record*, 21 nov.)

Coriat (I. H.). Emulsion-albuminuria. (*Med. Record*, 14 nov.)

Corsini (G.). La colelitiasi come complicanza della febbre tifoide e la sua cura medica. (*Gazz. degli Osped.*, 15 nov.)

Devic (E.) et **Charvet** (J.). Contribution à l'étude des ulcérations du duodénum liées aux affections du rein (12 observations nouvelles de duodénite ulcéreuse brightique). (*Rev. de méd.*, nov. et déc.)

Donath (J.). Beiträge zum diagnostischen und therapeutischen Wert der Quincke'schen Lumbalpunktion. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 déc.) — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire de Quincke.

Edsall (D. L.) et **Lavenson** (R. S.). Concerning the nature of certain cases of chronic polyarthritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Ewald (C. A.). Ueber Darmtumoren in der Gegend der Regio iliaca sinistra. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 nov. et 7 déc.) — Tumeurs intestinales dans la région iliaque gauche.

Hanssen (K.) et **Gröndahl** (N. B.). Beitrag zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit der Nieren. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 3.) — Contribution à la détermination de la capacité fonctionnelle des reins.

Landau (A.). Klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck des Blutes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 5-6.) — Recherches cliniques sur la tension osmotique du sang.

Pavy (F. W.). On albuminuria as an accompaniment of diabetes mellitus. (*Lancet*, 28 nov. et 5 déc.)

Raudnitz (R. W.). Klinische Methode, die Wasserstoffsuperoxydzersetzung durch Blut zu messen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 14 nov.) — Un procédé clinique pour mesurer la décomposition du peroxyde d'hydrogène par le sang.

Sorochowitsch (J.). Ueber die Glycogenreaction der Leukocyten. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 3-4.)

Vlassov (P.). Contribution au diagnostic de l'hépatite gommeuse (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Canali (L.). Sulla diazoreazione nel tifo addominale. (*Policlinico*, 28 nov.)

Fisher (Th.). Some cases of dilatation of the bronchial tubes after measles. (*Lancet*, 31 oct.) — Quelques cas de dilatation des bronches, consécutive à la rougeole.

Manson (Sir Patrick). Sleeping sickness and trypanosomiasis in a European; death; preliminary note. (*Brit. Med. Journ.*, 5 déc.) — Maladie du sommeil et trypanosomiase avec issue fatale chez une Européenne.

Nicolaysen (L.). Epidemisk icterus catarrhalis. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.)

Pennetta (M.) et **Palmieri** (C.). La diazoreazione nei febbricitanti. (*Policlinico*, 5 déc.)

Pokrovsky (G.). Contribution à l'étude de la diazoréaction dans la fièvre typhoïde (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Sinding-Larsen. Skal vi fortsætte med den profylaktiske isolation af « bacillebærere » ved difteriepidemier? (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.) — Convient-il de persister dans l'isolement prophylactique des « porteurs de bacilles » au cours des épidémies de diphtérie ?

Zienetz (M.). Contribution à l'étude des vaccinations antirabiques préventives d'après la méthode de Pasteur (en russe). In-8°, 43 p. Saint-Pétersbourg.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aufschlager. Beitrag zur Localisation der Hemichorea. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 3-4.)

Ballet (G.) et **Laignel-Lavastine**. Deux cas de myélite aiguë au cours d'un carcinome secondaire de la dure-mère ou de la moelle. (*Rev. neurol.*, 15 déc.)

Barth (J.). Novejsi náhledy o pathologii a therapii nekterych vad reci. (*Casopis lékaru ceskych*, 12, 19 et 26 déc.) — Nouvelles recherches sur la pathologie et le traitement de quelques troubles du langage.

Berger (E.) et **Loewy** (R.). Sur la contracture secondaire du releveur de la paupière supérieure dans le cours de la paralysie faciale. (*Rev. neurol.*, 15 déc.)

Box (Ch. R.). A case of invasion of the cauda equina by tumour with demarcation of all the sensory root areas of the lower limbs. (*Lancet*, 5 déc.) — Un cas d'invasion de la queue de cheval par une tumeur; délimitation des divers territoires cutanés des membres inférieurs au point de vue des racines sensitives.

Bury (J. S.). Note on the respiratory movements in hemiplegia. (*Lancet*, 19 déc.)

Clark (L. P.). The movements of superior intercostal muscles in hemiplegics. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Deville et **Durand-Viel**. Un cas de myopathie atrophique progressive du type facio-scapulo-huméral (Landouzy-Dejerine). (*Rev. méd. de Normandie*, 10 déc.)

Dougherty (W. J.). Terminal syphilis and tabes. (*Med. Record*, 14 nov.)

Gley (E.). Etudes de psychologie physiologique et pathologique (les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle; les mouvements musculaires inconscients; le sens musculaire; les aberrations de l'instinct sexuel). In-8°, 335 p. avec fig.

Hamilton (A. McL.). Traumatic locomotor ataxia. (*Med. Record*, 21 nov.)

Scheel (O.). 2 tilfælde af syringomyeli. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bruusgaard (E.). Beitrag zu den tuberkulösen Hauteruptionen; Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 2.)

Bukovsky (J.). Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Epidermolysis bullosa hereditaria; die Regenerationsbedeutung der Retentionscysten in den Schweissdrüsenausführungsgängen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 2.) — Contribution à l'étude de l'« épidermolyse bulleuse héréditaire »; la signification régénératrice des kystes par rétention dans les conduits excréteurs des glandes sudoripares.

Feuerstein (L.). Ueber die sogenannte Justussche Hämoglobinprobe bei Syphiliskranken. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 3.) — Sur l'épreuve d'hémoglobine de Justus chez les syphilitiques.

Meyer. Nochmals über die Entstehung der Glatze. (*Wien. med. Wochensch.*, 14 nov.) — Sur la pathogénie de la calvitie.

Moore (F. C.). A case of arterial thrombosis of gonorrhœal origin. (*Lancet*, 19 déc.)

Müller (O. V.). Beitrag zur Entstehung des sogenannten Verandageschwürs des Anus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 3.) — Pathogénie de l'ulcère de la marge de l'anus.

Niessen (M. von). Artifizielle Syphilis beim Pferde. (*Wien. med. Wochensch.*, 7, 14 et 21 nov.) — Syphilis artificiellement provoquée chez le cheval.

Riecke (E.). 2 Fälle von Mycosis fungoides. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 2.)

Róna (S.). Der gangränöse, phagedänische, diphtheritische Schanker der Autoren. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 2.)

Wälsch (L.). Ueber Koilonychia und Platyonychia hereditaria. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 2.)

Whitfield (A.). A case of cutaneous neurofibromatosis in which newly formed nerve fibres were found in the tumors. (*Lancet*, 31 oct.) — Un cas de neuro-fibromatose cutanée, avec présence dans les tumeurs de fibres nerveuses nouvellement formées.

CHIRURGIE

Aronheim. Beitrag zur Behandlung der subcutanen Ruptur des Musc. extensor cruris quadriceps. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, oct.)

Carter (F. B.). A case of teratoma of the neck. (*Lancet*, 28 nov.) — Tératome du cou.

Doran (A. H. G.). Large bile cyst of the liver; jaundice without cholelithiasis; incision and drainage; recovery. (*Lancet*, 31 oct.) — Kyste biliaire volumineux du foie; ictère sans cholélithiase; incision et drainage; guérison.

Füth (H.). Zur Verwendung verdünnter Natronlauge zwecks Aufweichung der Hände vor der Keimentnahme. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Emploi d'une solution étendue de soude caustique pour amollir les mains avant la désinfection.

Moynihan (B. G. A.). A brief experience in abdominal surgery. (*Lancet*, 21 nov.)

Oliver (J. H.). Dos casos de obstrucción calculosa del colédoco, operados por extracción del calculo; sutura del colédoco y drenaje de la vesícula. (*Rev. méd. del Uruguay*, oct.)

Patel et **Cavaillon** (P.). Arthropathie nerveuse traitée par la résection. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Payr (E.). Zur Frage der circulären Vereinigung von Blutgefässen mit resorbirbaren Prothesen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.) — Réunion circulaire des vaisseaux sanguins au moyen de prothèses résorbables.

Schulze-Berge. Ueber Heilung Jackson'scher Epilepsie durch Operation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.)

Scott (N. S.). Surgery of the ileocæcal valve for non-malignant disease. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Seitz (G.). Die zahnärztliche Lokal-Anästhesie. In-8°, 366 p. avec fig. Leipzig. — L'anesthésie locale en odontologie.

Senoble. Piqûre de guêpe à la peau; accidents graves. (*Poitou méd.*, nov.)

Sheldon (J. G.). Hallux valgus. (*Med. Record*, 31 oct.)

Shepherd (F. J.). The treatment of aneurism of the external iliac artery by digital compression. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Sutcliffe (W. G.). The operative treatment of tuberculous glands of the neck. (*Lancet*, 14 nov.) — Le traitement chirurgical des adénites cervicales tuberculeuses.

Suter (F. A.). Diagnostische Irrtümer bei Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen, nebst Beitrag zur Kenntnis der Fibulafracturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 1.) — Erreurs de diagnostic dans la radioscopie et contribution à l'étude des fractures du péroné.

Taylor (W.). Traumatic aneurism of the left subclavian artery produced by fracture of the clavicle. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Anévrysme traumatique de l'artère sous-clavière gauche, consécutif à une fracture de la clavicule.

Tinley (W. F.) et **Jones** (A. R.). Fracture of the fifth cervical vertebra; recovery. (*Lancet*, 28 nov.) — Fracture de la cinquième vertèbre cervicale; guérison.

Trétrop. Contribution à l'étude de la résection et de la suture de la trachée. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 5 sept.)

Virdia (A.). Il varicocele e sua cura chirurgica moderna con casi clinici. (*Riforma med.*, 28 oct. et 4 nov.)

Volyntzev (G.). Cirrhoses biliaires et angiocholites; leur symptomatologie au point de vue chirurgical (en russe). (*Roussk. Vratch*, 25 oct.)

Wagner (H.). Die Behandlung von granulierenden Hautwunden. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 12 déc.) — Le traitement des plaies cutanées en voie de bourgeonnement.

Waller (G.). Een geval van chloroformdood na « redressement forcé ». (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 déc.) — Cas de mort sous le chloroforme après redressement forcé.

Wallis (F. C.). A case of chronic intussusception; excision of 42 inches of small intestine; recovery. (*Lancet*, 5 déc.) — Un cas d'intussusception chronique; excision de 107 centimètres d'intestin grêle; guérison.

Weber (E.). A propos de la découverte de la vraie nature d'une lésion du genou (fissure osseuse) méconnue jusqu'à présent. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Wey (X.). Ueber Laminectomie. (*Thèse de Zurich.*)

Willmoth (A. D.). Surgical aspects of typhoid fever. (*Amer. Practitioner and News*, 15 sept.)

Woolsey (G.). The diagnosis and treatment of acute pancreatitis. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Young (W. M.). Notes on a case of chronic ulcer of the stomach; excision of ulcer; posterior gastro-enterostomy; cholecystotomy. (*Lancet*, 7 nov.)

Zeller (A.). Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 7 nov.) — Appendicectomie.

UROLOGIE

Bernstein (E. P.). A case of infection of the epididymis and tunica vaginalis by the Friedländer bacillus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Brownson (J.). Suprapubic lithotomy. (*Med. Record*, 28 nov.)

Chute (A. L.). Hæmospermia. (*Med. Record*, 7 nov.)

Englisch (J.). Ueber eingesackte Harnsteine. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 et 27 juin, 4, 11, 18 et 25 juillet, 1er, 8, 15, 22 et 29 août, 5, 12 et 19 sept., 3, 10, 17 et 24 oct., 7 et 14 nov.) — Des calculs urinaires enchâtonnés.

Foster (B.). Report of a needle in the prostatic urethra. (*Med. Record*, 14 nov.) — Présence d'une aiguille dans l'urèthre prostatique.

Götzl (A.). Ueber absteigende Tuberculose des Harnapparates. (*Prag. med. Wochensch.*, 26 nov.) — Tuberculose descendante de l'appareil urinaire.

Klimeck (V.). Zwei Fälle von Urethritis membranacea. (*Wien. med. Presse*, 6 déc.)

Lord (J. P.). Meatotomy plus meatorrhaphy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.)

Martina (A.). Die Behandlung der Hypospadie nach der Beck'schen Methode. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 1-2.) — Le traitement de l'hypospadias d'après le procédé de Beck.

Miller (Ch. C.). Perineal section for stricture, with suggestions upon the use of the cautery, and points in the after-treatment. (*Med. Record*, 28 nov.)

Preindlsberger (J.). Ueber Urethrotomia interna. (*Wien. med. Presse*, 8 nov.)

Spooner (H. G.). Inflammation of the bladder. (*Med. Record*, 5 déc.) — La cystite.

Stürtz. Eustrongylus gigas im menschlichen Harnapparat mit einseitiger Chylurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 5-6.) — Un cas de strongle géant dans l'appareil urinaire avec chylurie unilatérale.

Völcker (F.) et **Joseph** (E.). Funktionelle Nierendiagnostik ohne Ureterenkatheter. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er déc.) — Diagnostic de l'état fonctionnel des reins sans cathétérisme des uretères.

Young (H.). Conservative perineal prostatectomy; a presentation of new instruments and technic. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 oct.)

Zangemeister (W.). Ueber Verwertung der Gefrierpunktserniedrigung des Harnes zur Beurteilung der Nierenfunction. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 déc.) — La valeur de la cryoscopie des urines pour l'appréciation de l'état fonctionnel des reins.

OPHTALMOLOGIE

Aubaret et **Lafon** (Ch.). Sur un cas de fistule orbitaire de la glande lacrymale. (*Clinique ophtalmol. de Bordeaux*, nov.)

Bull (Ch. S.). Lesions of the eye which occur in the course of diseases of the heart, the blood-vessels and the kidneys. (*Med. Record*, 5 déc.) — Lésions des yeux, observées au cours des maladies du cœur, des vaisseaux sanguins et des reins.

Cabannes. Des abcès primitifs de l'orbite. (*Clinique ophtalmol. de Bordeaux*, nov.)

Ginestous (E.). Luxation congénitale du cristallin. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 déc.)

Hanke (V.). Zwei seltene Missbildungen des Bulbus : Anophtalmus congenitus bilateralis; Dermoid der Cornea und endobulbäres Lipom. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 1.)

Kinnicutt (F.). Eye lesions in heart and kidney disease. (*Med. Record*, 5 déc.) — Lésions oculaires dans les affections du cœur et des reins.

Knop (L.). O vlivu pocasi rocniho a teploty na záchvaty zánetlivych glaukomu. (*Casopis lékaru ceskych*, 5 déc.) — Influences saisonnières et thermiques sur les accès de glaucome inflammatoire.

Moulton (H.). Calcareous degeneration of corneal cicatrices. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.)

Müller (L.). Die Aetiologie des Trachoms. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 1.)

Péchin et **Rollet**. Ophtalmoplégie et artériosclérose. (*Arch. d'ophtalmol.*, sept.)

Petit (P.). Traitement chirurgical des tumeurs de l'orbite, avec conservation du globe; l'opération de Krönlein. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 nov. et 10 déc.)

Ryan (L. R.). Anophthalmos. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.)

Stanculeano (G.). Rapport sur les nouvelles cliniques ophtalmologiques en Allemagne, en France et en Angleterre. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucharest*, oct.)

Straub (M.). Handleiding bij het oogheelkundig onderzoek. 2e éd. In-8°, 326 p. avec fig. Leyde. — Méthodes d'examen ophtalmologique.

Wintersteiner. Membrana pupillaris persistens cum synechia anteriore. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 1.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Craig (D. H.). Repair of lacerations of the cervix uteri, an investigation as to the proper time for the operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.)

Croisier, **Ansaloni** et **Marchand** (L.). Epithélioma du corps de l'utérus greffé à la base d'un polype fibreux intra-utérin. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 déc.)

Cullen (Th. S.). Sarcomatous transformation of myomata. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 oct.)

Dal Fabbro (G.). Modificazioni degli organi del torace e di alcuni dell'addome in gravidanza e puerperio. (*Gazz. degli Osped.*, 8 nov.)

Franqué (O. von). Zur Anatomie und Therapie der Myome; Lymphdrüsentumor des kleinen Beckens. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 déc.) — Contribution à l'anatomie et au traitement des myomes; tumeur du petit bassin, formée de tissu ganglionnaire lymphatique.

Ill (E. J.). The Gilliam operation, a clinical contribution. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Meyer (E.). 2 Fälle von gleichzeitiger Extra- und Intrauterin-Gravidität. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 nov.) — 2 cas de grossesse à la fois extra et intra-utérine.

Ponfick (W.). Indikation und Technik des Steisshakens. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Indications et technique de l'emploi du crochet en cas de présentation du siège.

Price (J.). Analysis of common causes of death following pelvic and abdominal operations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Causes fréquentes de mort après les opérations pelviennes et abdominales.

Rodman (H. D.). Management of the third stage of labor and the proper care of the mother and baby for the next few succeeding days. (*Amer. Practitioner and News*, 15 sept.) — Conduite à tenir pendant la troisième phase de l'accouchement; soins à donner à la mère et à l'enfant pendant les quelques premiers jours.

Runge (M.). Lehrbuch der Geburtshülfe. 7e éd. In-8°, 603 p. avec fig. Berlin. — Traité d'obstétrique.

Schultz (V.). Ein Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Dysmenorrhoe. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Thomson (H.). Der plastische Verschluss von Blasen-Scheidenfisteln vermittels der Cervix uteri. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 déc.) — Autoplastie des fistules vésico-vaginales aux dépens du col utérin.

Uthmöller. Ueber Geburten bei Steisstumoren. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Des accouchements dans les cas de tumeurs de la région sacro-coccygienne.

Westphal. Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eclampsia gravidarum. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 nov.) — Un cas d'opération césarienne vaginale chez une éclamptique.

Young (J. Van Doren). The choice of method for the relief of retroversion and retroflexion. (*Med. Record*, 24 oct.)

Zinke (E. G.). The limitations of cesarean section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Zur Mühlen (F. von). Ueber einen Fall von Metritis dissecans. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 21 nov.)

Zweifel (P.). Lehrbuch der Geburtshilfe. 5e éd. In-8°, 601 p. avec fig. Stuttgart. — Traité d'obstétrique.

PÉDIATRIE

Barsky (S.). Nouvelles tendances dans la question de l'allaitement artificiel des enfants (en russe). (*Rousk. Vratch*, 6 et 20 sept.)

Cronquist (J.). Beitrag zur Kenntnis vom Wechselfieber und besonders dessen larvierten Formen bei Kindern. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 2 et 3.) — Contribution à l'étude de la fièvre intermittente, notamment de ses formes larvées, chez les enfants.

Escherich (Th.). Die tetanoiden Erkrankungen des ersten Kindesalters. (*Wien. med. Presse*, 13 déc.) — Les affections tétanoïdes de la première enfance.

Friedjung (J. K.) et **Hecht** (A. F.). Ueber Katalyse und Fermentwirkungen der Milch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 3-4 et 5-6.) — Effets catalytiques et fermentation du lait.

Ganghofner. Zur Frage der Fütterungstuberculose. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 5-6.) — Contribution à l'étude de la tuberculose d'origine alimentaire.

Hochsinger (C.). Stridor thymicus infantum. (*Wien. med. Wochensch.*, 7, 14 et 21 nov.)

Kimball (R. B.). Gonorrhœa in infants, with a report of 8 cases of pyæmia. (*Med. Record*, 14 nov.)

Lapin (M.). Ueber Bronchiectasien bei Kindern. (*Arch f. Kinderheilk.*, XXXVII, 5-6.) — Des bronchiectasies chez les enfants.

Philippow (A.). Ueber atonische Erweiterung des Magens bei Kindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 5-6.) — Dilatation atonique de l'estomac chez les enfants.

Prandi (A.). L'eczema dei bambini e la sua cura. (*Gazz. degli Osped.*, 8 nov.)

Schlesinger (E.). Die Anämie und Leukocytose bei der Pädatrophie und Gastroenteritis. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 5-6.)

Schlöss (H.). Pflege und Behandlung von zu Geistesstörungen disponierten Kindern. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 déc.) — Soins à donner aux enfants prédisposés aux troubles psychiques.

Stolkind (E.). Ueber 3 Fälle von Bronchialasthma bei Kindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVII, 5-6.) — 3 cas d'asthme bronchique chez des enfants.

Warfield (L. M.). Some practical points taught by the discovery of B. dysenteriæ in the stools of infants suffering from summer diarrhœa. (*Med. Record*, 7 nov.) — Quelques points pratiques concernant la recherche du bacille de la dysenterie dans les fèces des enfants atteints de diarrhée estivale.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Kerrison (Ph. D.). The prognosis and treatment of chronic deafness. (*Med. Record*, 21 nov.) — Le pronostic et le traitement de la surdité chronique.

Masse (E.). Kyste muqueux de l'ethmoïde chez un enfant atteint de crises d'épilepsie; drainage et curettage orbito-nasal; guérison de l'épilepsie en même temps que de la tumeur. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 déc.)

Oppenheimer (S.). Mastoid disease and cerebellar abscess. (*Med. News*, 28 nov.)

Page (L.). Non-tubercular hemorrhages of the air passages. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 déc.)

Vymola (K.). O zbytneni sliznice dolnich lastur a jejim operativnim odstraneni. (*Casopis lékaru ceskych*, 12 déc.) — Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur.

HYGIÈNE

Fuller (G. W.). Present status of the purification of public water supplies. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.) — L'état actuel de la purification des eaux destinées à l'approvisionnement public.

Glückmann (S.). Sanatoria urbains (en russe). (*Journ. Obchtchestva roussk. vratch. v pamiat Pirogova*, 2.)

Laveran (A.). Prophylaxie du paludisme. In-16, 210 p. avec fig.

Mosny. La protection de la santé publique; loi; commentaires de la loi; règlements d'administration. In-16, 95 p.

Newsholme (A.). The possible association of the consumption of alcohol with excessive mortality from cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 12 déc.)

Pieraccini (G.). La patologia del lavoro. (*Clinica moderna*, 25 nov.)

Schumburg. Ueber die Wirkung einiger chemischer Desinfectionsmittel. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 1.) — Sur l'action de quelques désinfectants chimiques.

Wolffhügel. Truppenhygienische Erfahrungen in China. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov., 1er et 8 déc.) — A propos de l'hygiène des troupes en Chine.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bertazzoli (C.). Il calomelano nella polmonite. (*Gazz. degli Osped.*, 15 nov.) — Le calomel contre la pneumonie.

Busch (V.). Zur Therapie der postdiphtherischen Lähmungen. (*Wien. med. Presse*, 13 déc.) — Traitement des paralysies post-diphtériques.

Campani (A.). Contro le polluzioni notturne troppo frequenti. (*Gazz. degli Osped.*, 22 nov.)

Christensen (V.). Forsög paa behandling af morbus Basedowii med mælk af thyreoidektomerede geder. (*Ugeskrift for Læger*, 27 nov.) — Essais de traitement de la maladie de Basedow par le lait de chèvres thyroïdectomisées.

Dewar (Th. W.). A preliminary report on the treatment of advanced pulmonary tuberculosis by intravenous injections of iodoform. (*Brit. Med. Journ.*, 21 nov.)

Doutrebente. Traitement médical de l'épilepsie dite essentielle. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 déc.)

Drage (L.). On the treatment of cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 12 déc.)

Eshner (A.). The management of fever in general. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, sept.) — Le traitement de la fièvre en général.

Forsyth (Ch. P.). Inoculation with Haffkine's plague prophylactic: a review of 30.609 cases. (*Lancet*, 12 déc.) — 30,609 inoculations préventives de sérum antipesteux de Haffkine.

Hagen (H. G.). Theorie und Praxis der Behandlung eingeklemmter Brüche durch Atropin. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 5-6.) — Considérations théoriques et pratiques sur le traitement des hernies étranglées par l'atropine.

Haskins (H. D.) et **Sollman** (T.). Studies on the antagonistic action of drugs. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Hill (W. B.). The limitations in the use of aconite and veratrum viride. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 déc.)

Marsh (J. P.). A case of the epiphenomena of diphtheria antitoxin. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Migliacci (G.). Sull'estratto di capsule surrenali. (*Gazz. degli Osped.*, 8 nov.)

Miller (J. W.). Some observations on over 6,000 inoculations against plague. (*Lancet*, 12 déc.) — Quelques remarques sur plus de 6,000 inoculations de sérum antipesteux.

Neech (J. T.) et **Hodgson** (J. F.). On the use of pure carbolic acid in the treatment of smallpox. (*Lancet*, 26 déc.) — L'acide phénique pur contre la variole.

Pérochaud. Traitement de l'entérocolite mucomembraneuse. (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 déc.)

Ricci (C.). Pleurite purulenta guarita coll'iniezione di aria atmosferica. (*Gazz. degli Osped.*, 22 nov.)

Rossini (A.). Un caso di tifo addominale guarito con il metodo Baccelli. (*Policlinico*, 14 nov.)

Talwik (S.). Ueber die Wirkung des Oleum gynocardiae bei der Lepra. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 28 nov. et 5 déc.) — L'action de l'huile de chaulmoogra dans la lèpre.

ELECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bordier (H.). Résultats fournis par la voltaïsation sinusoïdale dans le traitement des névrites. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

Gandil. De l'emploi thérapeutique de la franklinisation dans le traitement des troubles de la nutrition. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

Heineke (H.). Ueber die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Tiere. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er déc.) — L'action des rayons de Röntgen sur les animaux.

Kassabian (M. K.). The technique of Röntgen-ray treatment. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, nov.)

Macintyre (J.). Radium and its therapeutic effects. (*Brit. Med. Journ.*, 12 déc.)

Neftel (W. B.). Electricity in general practice. (*Med. Record*, 28 nov.)

Pancoast (H. K.). Röntgen-ray treatment of keloid. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, nov.)

Pfahler (G. E.). The treatment of carcinoma and tuberculosis by means of the Röntgen rays. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, nov.)

Rieder (H.). Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie; 3. Mitteilung. (*Wien. med. Presse*, 8 nov.) — Les résultats de la photothérapie.

Schamberg (J. F.). The Finsen light and the Röntgen rays in the treatment of diseases of the skin. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, nov.) — La photothérapie et la radiothérapie des maladies de la peau.

Sweet (W. M.). Röntgen-ray treatment of the eye and its appendages. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, nov.) — La radiothérapie en oculistique.

Vernay. Traitement électrolytique des rétrécissements de l'urèthre. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

BACTÉRIOLOGIE

Cohn (E.). Ueber die Immunisirung von Typhusbacillen gegen die baktericiden Kräfte des Serums. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 1.) — Immunisation de bacilles de la fièvre typhoïde à l'égard de l'action bactéricide du sérum.

Lentz (O.) et **Tietz** (J.). Eine Anreicherungsmethode für Typhus- und Paratyphusbazillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 déc.) — Une méthode de concentration des bacilles typhoïdiques et paratyphoïdiques.

Levin (E.). Ueber Streptokolyse. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 3.)

Mavrojannis (A.). Das Formol als Mittel zur Erforschung der Gelatineverflüssigung durch die Mikroben (Beiträge zum Studium der verflüssigenden Diastasen). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 1.) — Le formol comme moyen d'étude de la liquéfaction de la gélatine par les microbes (contribution à l'étude des diastases liquéfiantes).

Schütze (A.). Zur Frage der Differenzirung einzelner Hefearten mittels der Agglutinine. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIV, 3.) — La différenciation des diverses espèces de levures au moyen des agglutinines.

Todd (Ch.). On a dysentery antitoxin; preliminary communication. (*Brit. Med. Journ.*, 5 déc.)

Totsuka (K.). Studien über Bacterium coli. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 1.)

Trautmann (H.). Der Bacillus der Düsseldorfer Fleischvergiftung und die verwandten Bakterien der Paratyphusgruppe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 1.) — Le bacille des cas de botulisme observés à Dusseldorf [en novembre 1901] et les bactéries voisines appartenant au groupe paratyphoïdique.

Trommsdorff (R.). Ueber Pathogenität des Löffler'schen Mäusetyphusbazillus beim Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er déc.) — Effets pathogènes pour l'homme du bacille du typhus des souris (Löffler).

24e ANNÉE. — N° 2. **Vingt centimes le numéro.** 13 JANVIER 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les docteurs Henry Graff et Hermann Petersen, privatdocenten de chirurgie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Ernesto Skultecki est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Hans Nösske est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Giuseppe A. Petrone est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Ferruccio Griziotti est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Vincenzo Valdagni est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Eugenio Tanzi, professeur extraordinaire de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur A. Maximov, privatdocent d'anatomie pathologique, est nommé professeur extraordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Turgis, sénateur du Calvados. — M. le docteur Karl Emmert, ancien professeur de médecine légale et de toxicologie à la Faculté de médecine de Berne. — MM. les docteurs Friedrich Jolly, professeur de psychiatrie, et Karl Gebhard, privatdocent de gynécologie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur G. von Liebig, privatdocent de pneumatothérapie à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Diego Coco, ancien privatdocent de pathologie interne à la Faculté de médecine de Naples.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1903), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Anton (G.). Ueber einen Fall von beiderseitigem Kleinhirnmangel mit kompensatorischer Vergrösserung anderer Systeme; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 déc.) — Un cas d'absence bilatérale du cervelet avec hypertrophie compensatrice d'autres systèmes.

Bardeleben (K. von). Verhandlungen der anatomischen Gesellschaft auf der 17. Versammlung in Heidelberg, vom 29. Mai bis 1. Juni 1903. In-8°, 224 p. avec fig. et planches. Iéna. — Comptes rendus du dix-septième Congrès de la Société anatomique tenu à Heidelberg en 1903.

Gegenbaur (C.). Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 7e éd. 2 vol. In-8°, 1136 p. avec fig. Leipzig. — Traité d'anatomie humaine.

Krause (W.). Handbuch der Anatomie des Menschen, mit einem Synonymenregister. 3. Abteilung: Neurologia, Organa sensuum et Integumentum commune. In-8°, p. 461 à 680. Leipzig.

Ledermann (R.). Die mikroskopische Technik, mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik. In-8°, 226 p. avec fig. et planches. Vienne.

Mathes (P.). Ein Beitrag zur Lehre von den Geschlechtscharakteren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 déc.) — Contribution à l'étude des caractères sexuels.

Petersen (H.). Anatomische Studie über die Glandulae parathyreoideae des Menschen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 3.)

Ruge (G.). Anleitung zu den Präparierübungen an der menschlichen Leiche. 3e éd. In-8°, 375 p. avec fig. Leipzig. — Manuel de dissection.

Schneider (P.). Beitrag zur Frage der Blutplättchengenese. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — Contribution à l'étude de l'origine des plaquettes sanguines.

Unna (P. G.). Eine neue Darstellung der Epithelfasern und die Membran der Stachelzellen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er et 15 oct.) — Nouveau procédé histologique pour mettre en évidence les fibres épithéliales; sur la membrane d'enveloppe des cellules de Malpighi.

PHYSIOLOGIE

Carter (W. S.). The protoplasmic activity of the renal epithelium, as determined by the elimination of pigments injected into the circulation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 nov.)

Donzé (G.) et **Lambling** (E.). Sur la grandeur et sur la composition du « non dosé » organique de l'urine normale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Geigel (R.). Ein hydrodynamisches Problem und seine Anwendung auf den Kreislauf, speciell im Gehirn. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 3.) — Application de certaines lois d'hydrodynamique à la circulation du sang, surtout dans le cerveau.

Popelsky (L.). Le goût et les besoins de l'organisme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 déc.)

Wedensky (N.-E.). Le téléphone comme indicateur de l'excitation du nerf, à propos des objections faites par M. Tchiriev. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Busse (O.). Ueber Chorioepitheliome, die ausserhalb der Placentarstelle entstanden sind. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — Des chorio-épithéliomes à point de départ autre que l'insertion placentaire.

Crothers (T. D.). Demonstrated pathologic changes from alcohol. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 déc.)

Fischer (B.). Ueber Gallengangskarzinome sowie über Adenome und primäre Krebse der Leberzellen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 3.) — Cancers des voies biliaires, adénomes et cancers primitifs des cellules hépatiques.

Fischler (F.). Ueber experimentell erzeugte Fettsynthese am überlebenden Organ, ein Beitrag zur Frage der Fettdegeneration. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — Sur la synthèse expérimentale de la graisse dans l'organe survivant; contribution à l'étude de la dégénérescence graisseuse.

Franke. Carcinoma cylindrocellulare gelatinosum oesophagi, ein Beitrag zur Lehre der Keimversprengung. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.)

Grouzdev (V.). Beitrag zur Frage der proliferirenden, aus Luteinzellen bestehenden Ovarialgeschwülste. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — Contribution à l'étude des tumeurs ovariennes proliférantes, composées de cellules de lutéine.

Hansemann (von). Die Anatomie der Kehlkopfpolypen. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — L'anatomie des polypes du larynx.

Meyer (R.). Ueber Adenom- und Karzinombildung an der Ampulle des Gartner'schen Ganges. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — Adénome et épithéliome de l'ampoule du canal de Gartner.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Alessi (U.). Gangli del simpatico e tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 15 nov.)

Aronsohn (E.). Die Zuckerausscheidung nach Adrenalin-Injektionen und ihre Beeinflussung durch künstlich erzeugtes Fieber. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — L'élimination de sucre à la suite d'injections d'adrénaline et l'influence qu'exerce sur cette élimination la fièvre provoquée artificiellement.

Celli (A.) et **De Blasi** (D.). Ist das Wutgift filtrirbar? Vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 déc.) — Peut-on filtrer le virus rabique?

Enea (D.). Azione della nucleina da batterii patogeni e non patogeni sul potere battericida del siero di sangue normale. (*Riforma med.*, 25 nov.)

Floresco (N.). Phénomènes observés après la résection partielle du rein. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Jensen (V.). Ueber die Entwickelung der durch subcutane Einimpfung von Saccharomyces neoformans (Sanfelice) hervorgerufenen Knötchen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 2.) — Sur le développement des nodules provoqués par l'inoculation sous-cutanée de *Saccharomyces neoformans*.

Leonhardt (W.). Experimente und Studien zur Hirndruckfrage. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 1-2.) — Recherches expérimentales sur l'hypertension intracrânienne.

Pende (N.). Le alterazioni delle capsule surrenali in seguito alla resezione del plesso celiaco e dello splancnico; contributo alla fisiopatologia delle capsule surrenali. (*Policlinico*, 28 nov.)

Pi Suñer (A.). Fonction fixatrice du foie sur les produits de dédoublement de l'hémoglobine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Rossi (G.). Contributo allo studio dell'avvelenamento da abrina. (*Clinica moderna*, 9 déc.)

Wolf (L. P.). Experimentelle Studien über Luftembolie. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 3.) — Recherches expérimentales sur l'embolie gazeuse.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Friedmann (F.). Immunisirung gegen Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 déc.)

Hall (J. W.). Beiträge zur Kenntnis der Wirkung der Purinsubstanzen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — Contribution à l'étude de l'action des purines.

Jacobsohn (L.). Ueber Antikörperbildung nach Injektion von Zymase. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 déc.)

Maillard (L.-C.). Mécanisme de formation des couleurs indoxyliques aux dépens des chromogènes urinaires. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Paltauf (R.). Ueber Agglutination und Präzipitation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 déc.)

Turró (R.). Contribution à l'étude de l'immunité naturelle. (*Arch. latines de méd. et de biol.*, I, 2.)

MÉDECINE

Blanck. Kryoskopie tierischer Organe, unter besonderer Berücksichtigung der Gefrierpunktbestimmung der Nieren. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — La cryoscopie des différents organes, notamment celle des reins.

Davis (N. S.). Exercise as a mode of treating diseases of the heart. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 nov.) — L'exercice comme moyen de traitement des maladies du cœur.

Edmunds (A.). The mechanism of respiration in pneumothorax. (*Brit. Med. Journ.*, 21 nov.)

Ewald (C. A.). Tumors of the sigmoid flexure. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Fink (F.). Der komplizierte akute Choledochusverschluss. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 déc.) — Occlusion aiguë compliquée du cholédoque.

Gérard (E.) et **Deman** (C.). Sur le dosage de l'ammoniaque dans les urines. (*Echo méd. du Nord*, 20 déc.)

Golyntz (M.). Un cas de sarcome primitif du médiastin postérieur (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, nov.)

Grande (E.). Su di un caso di agitazione peristaltica dello stomaco. (*Medico pratico*, 1er déc.)

Koch (E.). Magensaftverhältnisse bei chronischer Obstipation. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 12 déc.) — Etat du suc gastrique dans la constipation chronique.

Lommel (F.). Ueber Pubertätsalbuminurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 5-6.)

Micheleau (E.). Recherches sur la valeur et la signification de l'hyperchlorurie au cours des pleurésies tuberculeuses. (*Rev. de méd.*, nov. et déc.)

Norfleet (L. E.). An extreme case of bradycardia. (*Med. Record*, 21 nov.)

Perrin (M.). Rupture spontanée d'ascite à l'ombilic. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.)

Rählmann (E.). Ueber ultramikroskopische Untersuchung von Lösungen der Albuminsubstanzen und Kohlehydrate und eine neue optische Methode der Eiweissbestimmung bei Albuminurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er déc.) — Examen ultramicroscopique de solutions de substances albuminoïdes et hydrocarbonées; une nouvelle méthode optique de dosage de l'albumine en cas d'albuminurie.

Reese (H.). Zur Symptomatologie der Nierenvenenthrombose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 5-6.) — Symptomatologie de la thrombose des veines rénales.

Rosen (R.). Prophylaxe der Herzkrankheiten. (*Berlin. Klinik*, déc.) — Prophylaxie des cardiopathies.

Salaghi (S.). Riordinamento del capitolo sulle alloritmie cardiache (aritmie regolari) e spiegazione della emisistolia apparente; memoria preliminare. (*Riv. critica di clinica medica*, 5 déc.)

Schmilinsky. Bemerkungen zum Nachweis und der Bedeutung makroskopisch nicht erkennbarer Blutbeimengungen zum Inhalt von Magen und Darm. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 déc.) — Remarques sur la recherche et la signification des quantités de sang macroscopiquement imperceptibles dans le contenu de l'estomac et de l'intestin.

Volhard (F.). Ueber eine neue Methode der quantitativen Pepsinbestimmung, nebst Bemerkungen über die Tryptophanreaktion und das Plastein bildende Ferment. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 déc.) — Sur une nouvelle méthode de dosage de la pepsine.

Wengler (J.). Bestimmung des spezifischen Körpergewichtes am lebenden Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er déc.) — Détermination du poids spécifique du corps de l'homme vivant.

MALADIES INFECTIEUSES

Barringer (P. B.). An unappreciated source of typhoid infection. (*Med. Record*, 19 déc.)

Biancotti (F.). Sopra un modo insolito di trasmissione dell'infezione carbonchiosa. (*Gazz. degli Osped.*, 8 nov.)

Grace (M. B.). Diphtheria; its diagnosis and treatment. (*Texas Med. Journ.*, déc.)

Maccone (L.). Contributo allo studio delle infezioni pneumococciche extra-polmonari. (*Gazz. degli Osped.*, 15 nov.)

Salus (G.). Tierversuch und Nierentuberculose; nebst einem Beitrag zur Kenntnis des Harnes Tuberculöser. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 déc.) — L'épreuve sur l'animal et la tuberculose rénale; contribution à l'étude des urines des tuberculeux.

Smith (G. B.). Two cases of paratyphoid infection, one caused by an aberrant organism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 déc.)

Tombleson (J. B.). The etiology of yellow fever. (*Lancet*, 26 déc.) — L'étiologie de la fièvre jaune.

Wagener (O.) et **Heller** (A.). Ueber primäre Tuberkuloseinfektion durch den Darm. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov. et 1er déc.) — Infection tuberculeuse primitive d'origine intestinale.

Willson (R. N.). The contagiousness of pneumonia. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Hunt (J. R.). Multiple sclerosis with dementia; a contribution to the combination form of multiple sclerosis and dementia paralytica. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Huyghe. Chorée arythmique hystérique unilatérale droite; parésie et hyperesthésie gauche; torticolis mental. (*Nord méd.*, 15 déc.)

Jones (R.). How to treat a case of insanity. (*Lancet*, 26 déc.) — La conduite à tenir en présence d'un cas de folie.

Lasek (F.). Diffusni, komplikovany oblicejovy tic. (*Casopis lékaru ceskych*, 5 déc.) — Tic convulsif de la face.

Lépine (J.). Contribution à l'étude de la myélite typhique. (*Rev. de méd.*, nov.)

Lévi (L.) et **Malloizel**. Hystéro-traumatisme ou foyers hémorragiques avec hémorrhagie principale de la protubérance. (*Rev. neurol.*, 15 déc.)

Lorenzetti (E.). A proposito di alcuni casi di tic convulsivo. (*Gazz. degli Osped.*, 22 nov.)

Migliacci (G.). Sulla teoria ipofisaria della malattia di Marie o acromegalia. (*Gazz. degli Osped.*, 22 nov.)

Miller (J. L.). A case of acute disseminated encephalomyelitis, presenting the clinical picture of multiple sclerosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 oct.)

Pal (J.). Ueber Gefässkrisen und deren Beziehung zu den Magen- und Bauchkrisen der Tabiker. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 déc.) — Crises vasculaires et leurs rapports avec les crises gastriques et abdominales chez les tabétiques.

Ruys (J. A.). Acute dubbelzijdige abducens-paralyse (na haemorrhagia cerebri?). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 déc.) — Paralysie de la sixième paire (probablement consécutive à une hémorrhagie cérébrale).

Schultze (E.). Ueber Psychosen bei Tabes. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 déc.)

Stegmann. Die Grenzen der Verwendbarkeit hypnotischen Schlafs in der Psychotherapie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 déc.) — Les limites de l'utilisation du sommeil hypnotique dans la psychothérapie.

Thomas (H. M.). The anatomical basis of the Argyll-Robertson pupil. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brunon (P.). Chancre syphilitique du cornet nasal inférieur chez un enfant de sept ans. (*Loire méd.*, déc.)

Daland (J.). Leprosy in the Hawaiian Islands. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 nov.)

Plumert (A.). Sporadische Fälle von Lepra im Bereiche der österreichisch-ungarischen Monarchie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 3.) — Cas sporadiques de lèpre en Autriche-Hongrie.

Porosz (M.). Die Behandlung der venerischen Ulcera und Wunden mit Alumen ustum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 3.) — L'alun contre les ulcères et les plaies de nature vénérienne.

Sattler (M.). Zur Behandlung der Verbrennungen mit Trockenverbänden. (*Wien. med. Presse*, 29 nov.) — Traitement des brûlures par des pansements secs.

Schiele (W.). Ueber Lupus vulgaris. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 3.)

Wayson (J. T.). Leprosy in Hawaii. (*Med. Record*, 19 déc.)

Weidenfeld (S.). Zur Histologie des Pemphigus vegetans. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVII, 3.)

Wiegmann (P.). Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 sept., 3, 17, 24 et 31 oct. et 7 nov.)

PARASITOLOGIE

Ashford (B. K.). Filariasis in Porto Rico. (*Med. Record*, 7 nov.)

Balfour (A.). Eosinophilia in Bilharzia disease and dracontiasis. (*Lancet*, 12 déc.)

Blanchard (R.), **Schwartz** (E.) et **Binot** (J.). Sur une blastomycose intra-péritonéale. (*Arch. de parasitol.*, VII, 4.)

Ceni (C.) et **Besta** (C.). L'azione degli agenti esterni sopra le spore aspergillari in rapporto colla patogenesi della pellagra. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 3.)

Douglas (S. R.) et **Hardy** (F. W.). Some remarks on 50 cases of Bilharzia disease, with special reference to the characters of the white corpuscles found in the blood and urine. (*Lancet*, 10 oct.) — Quelques remarques sur 50 cas de bilharziose, surtout au point de vue des caractères des globules blancs que l'on trouve dans le sang et dans les urines.

Duprey (A. J. B.). Fever and convulsions due to ascarides. (*Lancet*, 12 déc.)

Hendley (T. H.). The spread of ankylostomiasis. (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov.) — La propagation de l'ankylostomiase.

Iberer (J.). Die Ankylostomum-Frage. (*Pest. med.-chir. Presse*, 22 et 29 nov. et 6 déc.)

Novy (F. G.) et **McNeal** (W. J.). The cultivation of Trypanosoma Brucei; a preliminary note. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 nov.)

Otis (F. J.) et **Evans** (N.). The morphology and biology of the parasite from a case of systemic blastomycosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.)

CHIRURGIE

Bickel (A.). Ueber traumatische Lungenhernien ohne penetrierende Thoraxwunde. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXVIII, 5-6.) — Hernies traumatiques du poumon sans plaie pénétrante du thorax.

Chipault (A.). L'état actuel de la chirurgie nerveuse. T. II et III. In-8°, 1975 p. avec fig.

Cottam (G.). Traumatic separations of the lower epiphysis of the humerus and their treatment by the extended position. (*Med. Record*, 14 nov.) — Décollements traumatiques de l'épiphyse inférieure de l'humérus et leur traitement par l'extension.

Da Costa (J. C.). Modern surgery, general and operative. 4e éd. In-4°, 1100 p. avec fig. Londres.

Delbet (P.). Kystes paranéphriques et uronéphroses traumatiques. (*Rev. de chir.*, juillet, août, sept., oct. et déc.)

Dreist (K.). Ueber Ligatur und Kompression der Arteria iliaca communis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 1-2.)

English (T. C.). Remarks on 50 consecutive cases of perforated gastric and duodenal ulcer treated by laparotomy. (*Lancet*, 19 déc.)

Forgue (E.) et **Jeanbrau** (E.). Des plaies de l'estomac par armes à feu. (*Rev. de chir.*, sept., oct. et déc.)

Frazier (Ch. H.). Clinical lecture of the symptomatology and treatment of trifacial neuralgia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Freiberg (A. H.) et **Schröder** (J. H.). A note on the foot of the American negro. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — Note sur le pied du nègre d'Amérique.

Friedländer (F. von). Ein Fall von Cephalohydrocele traumatica. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 nov.)

Füth (H.) et **Mohaupt**. Beiträge zur Hände-Desinfektion. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Contribution à l'étude de la désinfection des mains.

Gersuny (R.). Ueber einige kosmetische Operationen. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 nov.) — Sur quelques opérations esthétiques.

Gosset (A.). De l'œsophago-gastrostomie transdiaphragmatique; opération de Biondi. (*Rev. de chir.*, déc.)

Grunert. Ueber das Aneurysma der Arteria hepatica. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 1-2.)

Hammer. Ein Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung der Gastroptose. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 nov. et 1er déc.) — Contribution au traitement chirurgical de la gastroptose.

Harris (M. L.). Talma's operation in cirrhosis of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.)

Howe (H. G.). Ten cases of cholecystitis, with operation. (*Yale Med. Journ.*, déc.) — 10 cas de cholécystite, traités chirurgicalement.

Jaffé (M.). Wann soll bei Perityphlitis operirt werden? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 déc.) — Quand doit-on opérer la pérityphlite?

Jefferiss (F. B.). Symptomatic parotitis following strangulated hernia. (*Lancet*, 12 déc.)

Jeney (A.). Ueber einen eigenartigen Fall von Kombination einer Polydaktylie mit Syndaktylie, nebst daraus resultierenden Bemerkungen zur Lehre der Polydaktylie. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 déc.) — Sur un cas singulier de polydactylie associée à la syndactylie.

Keays (L.). A case of double perforating gastric ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 5 déc.)

Kirk (R.). « Paraffin cancer ». (*Brit. Med. Journ.*, 12 déc.)

Labeyrie (G.). Le traitement rationnel des accidents du travail. In-8°, 16 p.

Le Damany (P.). La luxation congénitale de la hanche; réfutation des théories pathogéniques; discussion des traitements actuels (étude critique et expérimentale). (*Rev. de chir.*, déc.)

Leroy (L.). A case of aerogenes capsulatus infection of the neck. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 oct.) — Un cas d'adénophlegmon du cou renfermant le *Bacillus aerogenes capsulatus*.

Madelung. Ueber intraperitoneale Digitalkompression von Beckenblutgefässen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 1-2.) — Compression digitale intra-péritonéale des vaisseaux pelviens.

Mériel. Kyste chyleux du mésocôlon ascendant. (*Rev. de chir.*, déc.)

Moynihan (B. G. A.). On total extirpation of the stomach; with a record of an unsuccessful case. (*Brit. Med. Journ.*, 5 déc.)

Nehrkorn. Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa chronica. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 2-3.)

Princeteau. Cure radicale de l'éventration large xipho-ombilicale par un nouveau procédé (procédé à volets aponévrotiques). In-8°, 20 p. avec fig. Bordeaux.

Ricketts (E.). Infection of the gall bladder and biliary duct contents. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 oct.) — Infection du contenu de la vésicule et des conduits biliaires.

Riedel. Die Versorgung des Appendixstumpfes. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 19 déc.) — Le traitement du moignon dans l'appendicectomie.

Rogers (A. E.). Treatment of cervical adenitis due to tonsillar infection. (*Med. Record*, 28 nov.)

Röpke (W.). Ueber den Hallux valgus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 1-2.)

Rosenberg (M.). Foreign bodies in rectum. (*Med. Record*, 28 nov.) — Corps étrangers du rectum.

Rosenstirn (J.). Surgical interference in hypertrophic biliary cirrhosis of the liver. (*Med. Record*, 7 nov.)

Roth (H.). The diagnosis and treatment of intussusception. (*Med. Record*, 19 déc.)

Rubritius (H.). Ueber Pfählungsverletzungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 et 26 nov.) — Empalements.

Schiassi (B.). Enterocele crurale e varicocele crurale. (*Gazz. degli Osped.*, 8 nov.)

Tavel (E.). Le diagnostic du siège de l'occlusion dans l'iléus. (*Rev. de chir.*, août, sept., oct. et déc.)

UROLOGIE

Emődi (A.). Ein Fall von mittelst Phimotomie geheilter Impotentia coeundi. (*Pest. med.-chir. Presse*, 27 déc.)

Englisch (J.). Ueber Präputialsteine. (*Wien. med. Presse*, 22 et 29 nov. et 6 déc.) — Des calculs du prépuce.

Franz (K.). Zur Chirurgie des Ureters. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 3.)

Kapsammer (G.). Ueber Ureterenkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 déc.) — Cathétérisme des uretères et diagnostic de l'état fonctionnel des reins.

Preindlsberger (J.). Ueber epidurale Injektionen bei Erkrankungen der Harnblase. (*Wien. med. Wochensch.*, 14 nov.) — Des injections épidurales dans les affections de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Bruno (B.). Cloridrato di adrenalina, sue applicazioni in terapia oculare. (*Gazz. degli Osped.*, 13 déc.)

Claiborne (J. H.). The causes, prevention and management of myopia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 nov.)

Cramer (E.). Die Beurteilung und Behandlung der eitrigen Hornhauterkrankungen in der allgemeinen Praxis. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — Le diagnostic et le traitement des kératites suppurées dans la pratique générale.

Lodato (G). Contributo alla casuistica della « malattia di Erb » con speciale riguardo ai sintomi oculari. In-8°, 55 p. Palerme.

Marburg (O.). Klinische Beiträge zur Neurologie des Auges; infantile und juvenile Tabes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 nov.) — La neurologie de l'œil : tabes infantile et juvénile.

May (C. H.). Manual of diseases of the eye. 3e éd. In-8°, 424 p. avec fig. Londres. — Manuel d'ophtalmologie.

Michel (J. von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (33. Jahrgang, 1902). 1re partie. In-8°, 400 p Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1902.

Schmeichler (L.). Bemerkungen zur Trachominfektion. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bacon (C. S.). Obstetric nomenclature : suggestions for its improvement. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Réflexions sur le perfectionnement de la nomenclature obstétricale.

Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, Rudolf Chrobak aus Anlass seines 60. Geburtstages gewidmet. 2 vol. In-8°, 1016 p avec fig. et planches. Vienne. — Livre jubilaire dédié à Rudolf Chrobak.

Bovée (J. W.). Retrodisplacements of the uterus; a further report on operations on the utero-sacral and round ligaments. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 nov.)

Csiky (J. von). Ueber die Vaporisation der Gebärmutterhöhle. (*Pest. med.-chir. Presse*, 22 et 29 nov., 6, 13 et 20 déc.) — La vaporisation de la matrice.

Diakonov (V.). Cancer primitif du vagin, envisagé au point de vue de l'inoculabilité du cancer (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 nov.)

Dunning (L. H.). Retroversion of the uterus; a clinical study of the complications, symptoms and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 nov.)

Falkner (A.). Beitrag zur Lehre von den Vaginalcysten. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 3.) — Contribution à l'étude des kystes du vagin.

Feldmann-Fischer (F.). Ein Fall von Pfählungsverletzung des weiblichen Beckens. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 déc.) — Un cas d'empalement chez la femme.

Funke. Beitrag zur klinischen Diagnostik der Tubenwinkel-Adenomyome, nebst Bemerkungen über die voluminösen Adenomyome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 déc.) — Contribution au diagnostic clinique des adénomyomes des angles tubaires.

Gheorghiu. Considérations sur les applications du forceps au détroit supérieur. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucharest*, oct.)

Gmeiner (J.). Ein geheilter Fall von Inversio uteri chronica. (*Prag. med. Wochensch.*, 17 déc.) — Un cas d'inversion chronique de l'utérus; guérison.

Hirst (B. C.). Text-book of diseases of women. In-8°, 684 p. avec fig. Londres. — Traité de gynécologie.

Manton (W. P.). Acute general staphylococcus infection through the puerperal breast. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.) — Staphylococcie générale aiguë ayant pour point de départ une mammite puerpérale.

Marcy (H. O.). The restoration of the perineum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.)

Moffat (H.). A report of three years of operative work per vaginam at St. Joseph's Hospital, Yonkers, N. Y. (*Med. Record*, 5 déc.) — Résultats des interventions par voie vaginale, effectuées pendant trois ans au St. Joseph's Hospital de Yonkers.

Nassauer (M.). Zur Behandlung des Abortus. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 déc.) — Traitement de l'avortement.

Radtke (E.). Ueber gynäkologische Folgezustände der Placenta praevia. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 déc.) — Les suites gynécologiques du placenta prævia.

Reynolds (E.). The repair of cystocele by utilization of the anatomically fixed points in the anterior vaginal wall. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 oct.) — La cure de la cystocèle, basée sur l'utilisation des moyens de fixité de la paroi antérieure du vagin.

Runge (M.). Lehrbuch der Gynäkologie. 2e éd. In-8°, 493 p. avec fig. Berlin. — Traité de gynécologie.

Watkins (I. L.). Treatment of cancer of the uterus. (*Med. Record*, 7 nov.)

PÉDIATRIE

Adams (S. S.). Epidemic cerebro-spinal meningitis in children. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Heiking (E.). Traitement de l'épaule paralytique ballante par l'arthrodèse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 nov.)

Maclennan (A.). Case of congenital deformity of the nose associated with a degree of median harelip. (*Brit. Med. Journ.*, 19 déc.) — Difformité congénitale du nez et bec-de-lièvre médian.

Nicoll (J. H.). The operative treatment of cranial depression (greenstick fracture of the skull). (*Brit. Med. Journ.*, 19 déc.)

Park (W. H.) et **Holt** (L. E.). Report upon the results with different kinds of pure and impure milk in infant feeding in tenement houses and institutions of New York City : a clinical and bacteriological study. (*Med. News*, 5 déc.) — L'alimentation des enfants en bas âge avec différentes espèces de lait; étude clinique et bactériologique.

Scipiades (E.). Beiträge zur Physiologie des Blutes der Neugeborenen in den ersten 10 Lebenstagen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — Contribution à la physiologie du sang des nouveau-nés pendant les dix premiers jours de la vie.

HYGIÈNE

Belli (C. M.). Die Sodwässer der Kriegsschiffe. (*Zeitsch. f. Hyg. u Infectionskr.*, XLV, 2.) — Les eaux résiduelles des vaisseaux de guerre.

Dolmatov (A.). La mortalité comparée des armées russe, française et allemande pendant la période de 1889 à 1900 (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, nov.)

Hommell (R.). Sur l'analyse et les variations de composition du lait de vache. (*Loire méd.*, déc.)

Jörgensen (A.). Untersuchungen über Formaldehyd-Desinfection nach der Breslauer Methode, speciell Desinfection von Uniformen betreffend. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 2.)

Pungier. L'hygiène et les hôpitaux à Cuba, à la Nouvelle-Orléans et à New-York. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Rideal (S.). Sewage and the bacterial purification of sewage. 2e éd. In-8°, 322 p. Londres. — Les eaux d'égouts et leur purification bactérienne.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Borini (A.). L'uva nella terapia medica. (*Gazz. degli Osped.*, 29 nov.) — La cure de raisin.

Cushny (A. R.). The pharmacologic action of drugs is it determined by chemical structure or by physical characters? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 nov.)

Hecker. Ueber Bereitung von Kefir. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — La préparation du képhir.

Kolbassenko (J.). Ueber Alkoholumschläge. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — Des compresses à l'alcool.

Kosinski (A.). Dalsze spostrzezenia nad leczeniem surowica przeciwpaciorkowcowa (serum antistreptococcicum) plonicy (scarlatina). (*Gaz. lekarska*, 5 déc.) — Nouvelles observations de traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique.

Mazzini (G.). L'acido picrico nella cura del lupus. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.)

Oberwinter (H.). Ueber die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, insonderheit über die scharlachähnlichen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 et 24 déc.) — Des exanthèmes consécutifs aux injections de sérum antidiphtérique, surtout des exanthèmes scarlatiniformes.

Osborne (O. T.). The legitimate therapeutic uses of alcohol. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 déc.)

Rosenberg (M.). Internal administration of ichthyol in pulmonary affections. (*Med. Record*, 21 nov.)

Schmidt (A.). Ueber die Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Menzer'schem Antistreptokokkenserum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 déc.) — Traitement du rhumatisme articulaire par le sérum antistreptococcique de Menzer.

Sommer (E.). Ueber die unmittelbare und Dauerwirkung thermischer Applicationen auf die Hauttemperatur. (*Wien. med. Presse*, 20 déc.) — Effets immédiats et éloignés des applications thermiques sur la température cutanée.

Tavel. Experimentelles und Klinisches über das polyvalente Antistreptococcenserum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 et 17 déc.)

Vejux-Tyrode (M.). The pharmacologic action of drugs; its relation to their therapeutic indications. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 nov.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Busck (G.). Einige Bemerkungen über photometrische Methoden zur Beurteilung der in der Lichttherapie benutzten Lampen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 déc.) — Sur les méthodes photométriques pour l'appréciation des lampes utilisées en photothérapie.

Chrysospathes (J. G.). Erfolgreiche Behandlung eines inoperablen Sarkoms mittels Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 déc.) — Sarcome inopérable traité avec succès par les rayons de Röntgen.

Coomes (M. F.). The Röntgen rays in tuberculosis. (*Amer. Practitioner and News*, 1er sept.)

Lépine (R.) et **Boulud**. Action des rayons X sur la nutrition. (*Lyon méd.*, 13 et 20 déc.)

Levy-Dorn (M.). Schutzmaassregeln gegen Röntgenstrahlen und ihre Dosirung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 déc.) — Mesures préventives contre les effets nuisibles des rayons X.

Pfahler (G. E.). Carcinoma and tuberculosis treated by the Röntgen rays. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 déc.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Engel-Bey (F.). Das Winterklima Egyptens. In-8°, 89 p. avec fig. Berlin. — Le climat d'hiver en Égypte.

Fisch (M.). Ueber dosirte (künstliche) Kohlensäurebäder. (*Wien. med. Presse*, 11 et 18 oct.) — Bains artificiels titrés en acide carbonique.

Joly. Climatologie et hygiène; influence de l'état électrique de l'atmosphère, particulièrement à Madagascar. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Markuszewski. Les trois éléments de la cure de haute altitude. (*Rev. internation. de la tuberculose*, déc.)

24e ANNÉE. — N° 3. Vingt centimes le numéro. 20 JANVIER 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur Hyenne est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Berend est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Giovanni Ottino est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Leopold Harmer est nommé privatdocent de laryngologie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Enrico Gagnoni est nommé privatdocent de pédiatrie.

St. Mary's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur N. H. Alcock est nommé lecteur de physiologie.

University of Maryland de Baltimore. — M. le docteur Eugene F. Cordell est nommé professeur d'histoire de la médecine.

Université de Sidney. — M. le docteur W. G. Armstrong est nommé lecteur d'hygiène.

VARIA

Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie en 1904.

Le cinquième Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Berlin du 12 au 17 septembre prochain.

NÉCROLOGIE

MM. les docteurs J. Seegen, ancien professeur extraordinaire de balnéologie, et C. Clar, privatdocent de balnéologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Gustave Neusser, ancien privatdocent de psychiatrie à la Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur V. Afanassiev, ancien privatdocent d'anatomie pathologique à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg.

HYGIÈNE INTERNATIONALE

Texte de la nouvelle Convention sanitaire internationale portant règlement pour prévenir l'invasion et la propagation de la peste et du choléra.

Conformément à notre promesse et pour faire suite à tous les autres documents de même nature précédemment publiés dans ce journal, nous donnons ci-dessous le texte *in extenso* de la Convention sanitaire internationale signée à Paris le 3 décembre 1903 par les puissances ci-après désignées qui, après délibérations, ont jugé utile d'arrêter, dans un même arrangement, les mesures propres à sauvegarder la santé publique contre l'invasion et la propagation de la peste et du choléra, et de reviser, en les complétant, les Conventions précédentes actuellement en vigueur.

Voici les noms des pays signataires de la nouvelle Convention : Allemagne, Autriche, Belgique, Brésil, Egypte, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Italie, Luxembourg, Monténégro, Pays-Bas, Perse, Portugal, Roumanie, Russie, Serbie, Suisse.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Prescriptions à observer par les pays signataires de la Convention dès que la peste ou le choléra apparaît sur leur territoire. — Chaque gouvernement doit notifier immédiatement aux autres gouvernements la première apparition sur son territoire de cas avérés de peste ou de choléra.

Cette notification est accompagnée ou très promptement suivie de renseignements circonstanciés sur : 1° l'endroit où la maladie est apparue; 2° la date de son apparition, son origine et sa forme; 3° le nombre des cas constatés et celui des décès; 4° pour la peste : l'existence, parmi les rats ou les souris, de la peste ou d'une mortalité insolite; 5° les mesures immédiatement prises à la suite de cette première apparition.

La notification et les renseignements prévus ci-dessus sont adressés aux agences diplomatiques ou consulaires dans la capitale du pays contaminé.

Pour les pays qui n'y sont pas représentés, ils sont transmis directement par télégraphe aux gouvernements de ces pays.

Cette notification et ces renseignements sont suivis de communications ultérieures données d'une façon régulière, de manière à tenir les gouvernements au courant de la marche de l'épidémie.

Ces communications, qui se font au moins une fois par semaine et qui sont aussi complètes que possible, indiquent plus particulièrement les précautions prises en vue de combattre l'extension de la maladie.

Elles doivent préciser : *a*) les mesures prophylactiques appliquées relativement à l'inspection sanitaire ou à la visite médicale, à l'isolement et à la désinfection; *b*) les mesures exécutées au départ des navires pour empêcher l'exportation du mal et spécialement, dans le cas prévu par le 4° ci-dessus, les mesures prises contre les rats.

Le prompt et sincère accomplissement des prescriptions qui précèdent est d'une importance primordiale.

Les notifications n'ont de valeur réelle que si chaque gouvernement est prévenu lui-même, à temps, des cas de peste, de choléra et des cas douteux survenus sur son territoire. On ne saurait donc trop recommander aux divers gouvernements de rendre obligatoire la déclaration des cas de peste et des cas de choléra, et de se tenir renseignés sur toute mortalité insolite des rats ou des souris, notamment dans les ports.

Il est entendu que les pays voisins se réservent de faire des arrangements spéciaux en vue d'organiser un service d'informations directes entre les chefs des administrations des frontières.

La notification d'un premier cas de peste ou de choléra n'entraîne pas contre la circonscription territoriale où il s'est produit, l'application des mesures prévues plus loin. Mais, lorsque plusieurs cas de peste non importés se sont manifestés ou que les cas de choléra forment foyer, la circonscription est déclarée contaminée.

Pour restreindre les mesures aux seules régions atteintes, les gouvernements ne doivent les appliquer qu'aux provenances des circonscriptions contaminées.

On entend par le mot *circonscription* une partie de territoire bien déterminée dans les renseignements qui accompagnent ou suivent la notification, ainsi : une province, un « gouvernement », un district, un département, un canton, une île, une commune, une ville, un quartier de ville, un village, un port, un polder, une agglomération, etc., quelles que soient l'étendue et la population de ces portions de territoire.

Mais cette restriction limitée à la circonscription contaminée ne doit être acceptée qu'à la condition formelle que le gouvernement du pays contaminé prenne les mesures nécessaires : 1° pour prévenir, à moins de désinfection préalable, l'exportation des objets visés ci-après, provenant de la circonscription contaminée, et pour combattre l'extension de l'épidémie.

Quand une circonscription est contaminée, aucune mesure restrictive n'est prise contre les provenances de cette circonscription, si ces provenances l'ont quittée cinq jours au moins avant le début de l'épidémie.

Pour qu'une circonscription ne soit plus considérée comme contaminée il faut la constatation officielle : 1° qu'il n'y a eu ni décès ni cas nouveau de peste ou de choléra depuis cinq jours soit après l'isolement (1), soit après la mort ou la guérison du dernier pesteux ou cholérique; 2° que toutes les mesures de désinfection ont été appliquées, et, s'il s'agit de cas de peste, que les mesures contre les rats ont été exécutées.

Mesures de défense par les autres pays contre les territoires déclarés contaminés. — Le gouvernement de chaque pays est tenu de publier immédiatement les mesures qu'il croit devoir prescrire au sujet des provenances d'un pays ou d'une circonscription territoriale contaminés.

Il communique aussitôt cette publication à l'agent diplomatique ou consulaire du pays contaminé, résidant dans sa capitale, ainsi qu'aux conseils sanitaires internationaux.

Il est également tenu de faire connaître, par les mêmes voies, le retrait de ces mesures ou les modifications dont elles seraient l'objet.

A défaut d'agence diplomatique ou consulaire dans la capitale, les communications sont faites directement au gouvernement du pays intéressé.

Il n'existe pas de marchandises qui soient par elles-mêmes capables de transmettre la peste ou le choléra. Elles ne deviennent dangereuses qu'au cas où elles ont été souillées par des produits pesteux ou cholériques.

La désinfection ne peut être appliquée qu'aux marchandises et objets que l'autorité sanitaire locale considère comme contaminés.

Toutefois, les marchandises ou objets énumérés ci-après peuvent être soumis à la désinfection ou même prohibés à l'entrée, indépendamment de toute constatation qu'ils seraient ou non contaminés :

1° Les linges de corps, hardes et vêtements portés (effets à usage), les literies ayant servi.

Lorsque ces objets sont transportés comme bagages ou à la suite d'un changement de domicile (effets d'installation), ils ne peuvent être prohibés et sont soumis au régime des bagages.

Les paquets laissés par les soldats et les matelots et renvoyés dans leur patrie après décès, sont assimilés aux objets compris dans le premier alinéa du 1°.

2° Les chiffons et drilles, à l'exception, quant au choléra, des chiffons comprimés qui sont transportés comme marchandises en gros par ballots cerclés.

Ne peuvent être interdits les déchets neufs provenant directement d'ateliers de filature, de tissage, de confection ou de blanchiment; les laines artificielles (Kunstwolle, Shoddy) et les rognures de papier neuf.

Il n'y a pas lieu d'interdire le transit des marchandises et objets spécifiés aux 1° et 2° qui précèdent, s'ils sont emballés de telle sorte qu'ils ne puissent être manipulés en route.

De même, lorsque les marchandises ou objets sont transportés de telle façon qu'en cours de route ils n'aient pu être en contact avec les objets souillés, leur transit à travers une circonscription territoriale contaminée ne doit pas être un obstacle à leur entrée dans le pays de destination.

Les marchandises et objets spécifiés aux 1° et 2° qui précèdent ne tombent pas sous l'application des mesures de prohibition à l'entrée, s'il est démontré à l'autorité du pays de destination qu'ils ont été expédiés cinq jours au moins avant le début de l'épidémie.

Le mode et l'endroit de la désinfection, ainsi que les procédés à employer pour assurer la destruction des rats, sont fixés par l'autorité du pays de destination. Ces opérations doivent être faites de manière à ne détériorer les objets que le moins possible.

Il appartient à chaque Etat de régler la question relative au payement éventuel de dommages-intérêts résultant de la désinfection ou de la destruction des rats.

Si, à l'occasion des mesures prises pour assurer la destruction des rats à bord des navires, des taxes sont perçues par l'autorité sanitaire, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une société ou d'un particulier, le taux de ces taxes doit être fixé par un tarif publié d'avance et établi de façon qu'il ne puisse résulter de l'ensemble de son application une source de bénéfice pour l'Etat ou pour l'administration sanitaire.

Les lettres et correspondances, imprimés, livres, journaux, papiers d'affaires, etc. (non compris les colis postaux), ne sont soumis à aucune restriction ni désinfection.

Les marchandises, arrivant par terre ou par mer, ne peuvent être retenues aux frontières ou dans les ports.

Les seules mesures qu'il soit permis de prescrire à leur égard sont spécifiées plus haut.

Toutefois, si des marchandises, arrivant par mer en vrac ou dans des emballages défectueux, ont été, pendant la traversée, contaminées par des rats reconnus pesteux et si elles ne peuvent être désinfectées, la destruction des germes peut être assurée par leur mise en dépôt pendant une durée maxima de deux semaines.

Il est entendu que l'application de cette dernière mesure ne doit entraîner aucun délai pour le navire ni des frais extraordinaires résultant du défaut d'entrepôts dans les ports.

Lorsque des marchandises ont été désinfectées, par application des prescriptions ci-dessus, ou mises en dépôt temporaire, en vertu du paragraphe précédent, le propriétaire ou son représentant a le droit de réclamer, de l'autorité sanitaire qui a ordonné la désinfection ou le dépôt, un certificat indiquant les mesures prises.

La désinfection du linge sale, des hardes, vêtements et objets qui font partie de bagages ou de mobiliers (effets d'installation) provenant d'une circonscription territoriale déclarée contaminée, n'est effectuée que dans les cas où l'autorité sanitaire les considère comme contaminés.

Classification des navires. — Est considéré comme *infecté* le navire qui a la peste ou le choléra à bord ou qui a présenté un ou plusieurs cas de peste ou de choléra depuis sept jours.

Est considéré comme *suspect* le navire à bord duquel il y a eu des cas de peste ou de choléra au moment du départ ou pendant la traversée, mais aucun cas nouveau depuis sept jours.

Est considéré comme *indemne*, bien que venant d'un port contaminé, le navire qui n'a eu ni décès ni cas de peste ou de choléra à bord, soit avant le départ, soit pendant la traversée, soit au moment de l'arrivée.

Les navires *infectés de peste* sont soumis au régime suivant :

1° Visite médicale;

2° Les malades sont immédiatement débarqués et isolés;

3° Les autres personnes doivent être également débarquées, si possible, et soumises à dater de l'arrivée, soit à une observation (1) qui ne dépassera pas cinq jours et pourra être suivie ou non d'une surveillance (2) de cinq jours au plus, soit simplement à une surveillance qui ne pourra excéder dix jours.

Il appartient à l'autorité sanitaire du port d'appliquer celle de ces mesures qui lui paraît préférable selon la date du dernier cas, l'état du navire et les possibilités locales;

4° Le linge sale, les effets à usage et les objets de l'équipage (3) et des passagers qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérés comme contaminés seront désinfectés;

5° Les parties du navire qui ont été habitées par des pesteux ou, qui de l'avis de l'autorité sanitaire, sont considérées comme contaminées, doivent être désinfectées;

6° La destruction des rats du navire doit être effectuée avant ou après le déchargement de la cargaison, le plus rapidement possible et, en tout cas, dans un délai maximum de quarante-huit heures, en évitant de détériorer les marchandises, les tôles et les machines.

Pour les navires sur lest, cette opération doit se faire le plus tôt possible avant le chargement.

Les navires *suspects de peste* sont soumis aux mesures ci-dessus indiquées sous les nos 1, 4 et 5.

En outre, l'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne dépassera pas cinq jours à dater de l'arrivée du navire. On peut, pendant le même temps, empêcher le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service.

Il est recommandé de détruire les rats du navire. Cette destruction est effectuée, avant ou après le déchargement de la cargaison le plus rapidement possible et, en tout cas, dans un délai maximum de quarante-huit heures, en évitant de détériorer les marchandises, les tôles et les machines.

Pour les navires sur lest, cette opération se fera, s'il y a lieu, le plus tôt possible et, en tout cas, avant le chargement.

Les navires *indemnes de peste* sont admis à la libre pratique immédiate, quelle que soit la nature de leur patente.

Le seul régime que peut prescrire à leur sujet l'autorité du port d'arrivée consiste dans les mesures suivantes :

1° Visite médicale;

2° Désinfection du linge sale, des effets à usage et des autres objets de l'équipage et des passagers, mais seulement dans les cas exceptionnels, lorsque l'autorité sanitaire a des raisons spéciales de croire à leur contamination;

3° Sans que la mesure puisse être érigée en règle générale, l'autorité sanitaire peut soumettre les navires venant d'un port contaminé à une opération destinée à détruire les rats à bord, avant ou après le déchargement de la cargaison. Cette opération doit être faite aussitôt que possible et, en tout cas, ne doit pas durer plus de vingt-quatre heures en évitant de détériorer les marchandises, les tôles et les machines et d'entraver la circulation des passagers et de l'équipage entre le navire et la terre ferme. Pour les navires sur lest, il sera procédé, s'il y a lieu, à cette opération le plus tôt possible et en tout cas avant le chargement.

Lorsqu'un navire venant d'un port contaminé a été soumis à la destruction des rats, celle-ci ne peut être renouvelée que si le navire a fait relâche dans un port contaminé en s'y amarrant à quai, ou si la présence de rats morts ou malades est constatée à bord.

L'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne dépassera pas cinq jours à compter de la date où le navire est parti du port contaminé. On peut également, pendant le même temps, empêcher le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service.

L'autorité compétente du port d'arrivée peut toujours réclamer sous serment un certificat du médecin du bord, ou, à son défaut, du capitaine, attestant qu'il n'y a pas eu de cas de peste sur le navire depuis le départ et qu'une mortalité insolite des rats n'a pas été constatée.

Lorsque, sur un navire *indemne*, des rats ont été reconnus pesteux après examen bactériologique, ou bien que l'on constate parmi ces rongeurs une mortalité insolite, il y a lieu de faire application des mesures suivantes :

Navires avec rats pesteux : *a*) visite médicale; *b*) les rats doivent être détruits, avant ou après le déchargement de la cargaison, le plus rapidement possible et, en tout cas, dans un délai maximum de quarante-huit heures, en évitant de détériorer les marchandises, les tôles et les machines. Les navires sur lest subissent cette opération le plus tôt possible et, en tout cas, avant le chargement; *c*) les parties du navire et les objets que l'autorité sanitaire locale juge être contaminés sont désinfectés; *d*) les passagers et l'équipage

---

(1) Le mot « isolement » signifie : isolement du malade, des personnes qui lui donnent des soins d'une façon permanente et interdiction des visites de toute autre personne.

(1) Le mot « observation » signifie : isolement des voyageurs soit à bord d'un navire, soit dans une station sanitaire, avant qu'ils n'obtiennent la libre pratique.

(2) Le mot « surveillance » signifie que les voyageurs ne sont pas isolés, qu'ils obtiennent tout de suite la libre pratique, mais sont signalés à l'autorité dans les diverses localités où ils se rendent et soumis à un examen médical constatant leur état de santé.

(3) Le mot « équipage » s'applique aux personnes qui font ou ont fait partie de l'équipage ou du personnel de service du bord, y compris les maîtres d'hôtel, garçons, cafedji, etc. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre ce mot chaque fois qu'il est employé dans la présente Convention.

peuvent être soumis à une surveillance dont la durée ne doit pas dépasser cinq jours comptés à partir de la date d'arrivée, sauf des cas exceptionnels où l'autorité sanitaire peut prolonger la surveillance jusqu'à un maximum de dix jours.

Navires où est constatée une mortalité insolite des rats : *a*) visite médicale; *b*) l'examen des rats au point de vue de la peste sera fait autant et aussi vite que possible; *c*) si la destruction des rats est jugée nécessaire, elle aura lieu, dans les conditions indiquées ci-dessus relativement aux navires avec rats pesteux; *d*) jusqu'à ce que tout soupçon soit écarté, les passagers et l'équipage peuvent être soumis à une surveillance dont la durée ne dépassera pas cinq jours comptés à partir de la date d'arrivée, sauf dans des cas exceptionnels où l'autorité sanitaire peut prolonger la surveillance jusqu'à un maximum de dix jours.

L'autorité sanitaire du port délivre au capitaine, à l'armateur ou à son agent, toutes les fois que la demande en est faite, un certificat constatant que les mesures de destruction des rats ont été effectuées et indiquant les raisons pour lesquelles ces mesures ont été appliquées.

Les navires *infectés* de choléra sont soumis au régime suivant :

1° Visite médicale;

2° Les malades sont immédiatement débarqués et isolés;

3° Les autres personnes doivent être également débarquées, si possible, et soumises à dater de l'arrivée du navire à une observation ou à une surveillance dont la durée variera, selon l'état sanitaire du navire et selon la date du dernier cas, sans pouvoir dépasser cinq jours;

4° Le linge sale, les effets à usage et les objets de l'équipage et des passagers qui, de l'avis de l'autorité sanitaire du port, sont considérés comme contaminés, sont désinfectés;

5° Les parties du navire qui ont été habitées par les malades atteints de choléra ou qui sont considérées par l'autorité sanitaire comme contaminées, sont désinfectées;

6° L'eau de la cale est évacuée après désinfection.

L'autorité sanitaire peut ordonner la substitution d'une bonne eau potable à celle qui est emmagasinée à bord.

Il peut être interdit de laisser s'écouler ou de jeter dans les eaux du port les déjections humaines, à moins de désinfection préalable.

Les navires *suspects de choléra* sont soumis aux mesures ci-dessus prescrites sous les nos 1°, 4°, 5° et 6°.

L'équipage et les passagers peuvent être soumis à une surveillance qui ne doit pas dépasser cinq jours à dater de l'arrivée du navire. Il est recommandé d'empêcher, pendant le même temps, le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service.

Les navires *indemnes de choléra* sont admis à la libre pratique immédiate, quelle que soit la nature de leur patente.

Le seul régime que puisse prescrire à leur sujet l'autorité du port d'arrivée consiste dans les mesures prévues ci-dessus aux nos 1°, 4° et 6°.

L'équipage et les passagers peuvent être soumis, au point de vue de leur état de santé, à une surveillance qui ne doit pas dépasser cinq jours à compter de la date où le navire est parti du port contaminé.

Il est recommandé d'empêcher, pendant le même temps, le débarquement de l'équipage, sauf pour raisons de service.

L'autorité compétente du port d'arrivée peut toujours réclamer sous serment un certificat du médecin du bord ou, à son défaut, du capitaine, attestant qu'il n'y a pas eu de cas de choléra sur le navire depuis le départ.

L'autorité compétente tiendra compte, pour l'application des mesures indiquées ci-dessus de la présence d'un médecin et d'appareils de désinfection (étuves) à bord des navires des trois catégories susmentionnées.

En ce qui concerne la peste, elle aura égard également à l'installation à bord d'appareils de destruction des rats.

Les autorités sanitaires des Etats auxquels il conviendrait de s'entendre sur ce point, pourront dispenser de la visite médicale et d'autres mesures les navires indemnes qui auraient à bord un médecin spécialement commissionné par leur pays.

Des mesures spéciales peuvent être prescrites à l'égard des navires encombrés, notamment des navires d'émigrants ou de tout autre navire offrant de mauvaises conditions d'hygiène.

Tout navire qui ne veut pas se soumettre aux obligations imposées par l'autorité du port en vertu des stipulations de la présente Convention est libre de reprendre la mer.

Il peut être autorisé à débarquer ses marchandises après que les précautions nécessaires auront été prises, à savoir : 1° isolement du navire, de l'équipage et des passagers; 2° en ce qui concerne la peste, demande de renseignements relatifs à l'existence d'une mortalité insolite parmi les rats; 3° en ce qui concerne le choléra, évacuation de l'eau de cale après désinfection et substitution d'une bonne eau potable à celle qui est emmagasinée à bord.

Il peut également être autorisé à débarquer des passagers qui en font la demande, à la condition que ceux-ci se soumettent aux mesures prescrites par l'autorité locale.

Les navires d'une provenance contaminée qui ont été désinfectés et ont été l'objet de mesures sanitaires appliquées d'une façon suffisante, ne subiront pas une seconde fois ces mesures à leur arrivée dans un port nouveau, à la condition qu'il ne se soit produit aucun cas depuis que la désinfection a été pratiquée, et qu'ils n'aient pas fait escale dans un port contaminé.

Quand un navire débarque seulement des passagers et leurs bagages ou la malle postale, sans avoir été en communication avec la terre ferme, il n'est pas considéré comme ayant touché le port.

Les passagers arrivés par un navire infecté ont la faculté de réclamer de l'autorité sanitaire du port un certificat indiquant la date de leur arrivée et les mesures auxquelles ils ont été soumis, ainsi que leurs bagages.

Les bateaux de cabotage feront l'objet d'un régime spécial à établir d'un commun accord entre les pays intéressés.

Sans préjudice du droit qu'ont les gouvernements de se mettre d'accord pour organiser des stations sanitaires communes, chaque pays doit pourvoir au moins un des ports du littoral de chacune de ses mers d'une organisation et d'un outillage suffisants pour recevoir un navire, quel que soit son état sanitaire.

Lorsqu'un navire indemne, venant d'un port contaminé, arrive dans un grand port de navigation maritime, il est recommandé de ne pas le renvoyer à un autre port en vue de l'exécution des mesures sanitaires prescrites.

Dans chaque pays, les ports ouverts aux provenances de ports contaminés de peste ou de choléra doivent être outillés de telle façon que les navires indemnes puissent y subir, dès leur arrivée, les mesures prescrites, et ne soient pas envoyés, à cet effet, dans un autre port.

Les gouvernements feront connaître les ports qui sont ouverts chez eux aux provenances de ports contaminés de peste ou de choléra.

Il est recommandé que, dans les grands ports de navigation maritime, il soit établi : *a*) un service médical régulier du port et une surveillance médicale permanente de l'état sanitaire des équipages et de la population du port; *b*) des locaux appropriés à l'isolement des malades et à l'observation des personnes suspectes; *c*) les installations nécessaires à une désinfection efficace et des laboratoires bactériologiques; *d*) un service d'eau potable non suspecte à l'usage du port et l'application d'un système présentant toute la sécurité possible pour l'enlèvement des déchets et ordures.

Il ne doit plus être établi de quarantaines terrestres. Seules, les personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra peuvent être retenues aux frontières.

Ce principe n'exclut pas le droit, pour chaque Etat, de fermer au besoin une partie de ses frontières.

Il importe que les voyageurs soient soumis, au point de vue de leur état de santé, à une surveillance de la part du personnel des chemins de fer.

L'intervention médicale se borne à une visite des voyageurs et aux soins à donner aux malades. Si cette visite se fait, elle est combinée, autant que possible, avec la visite douanière, de manière que les voyageurs soient retenus le moins longtemps possible. Les personnes visiblement indisposées sont seules soumises à un examen médical approfondi.

Dès que les voyageurs venant d'un endroit contaminé seront arrivés à destination, il serait de la plus haute utilité de les soumettre à une surveillance qui ne devrait pas dépasser dix ou cinq jours à compter de la date du départ, suivant qu'il s'agit respectivement de peste ou de choléra.

Les gouvernements se réservent le droit de prendre des mesures particulières à l'égard de certaines catégories de personnes, notamment des bohémiens et des vagabonds, des émigrants et des personnes voyageant ou passant la frontière par troupes.

Les voitures affectées au transport des voyageurs, de la poste et des bagages ne peuvent être retenues aux frontières. S'il arrive qu'une de ces voitures soit contaminée ou ait été occupée par un malade atteint de peste ou de choléra, elle sera détachée du train pour être désinfectée le plus tôt possible. Il en sera de même pour les wagons à marchandises.

Les mesures concernant le passage aux frontières du personnel des chemins de fer et de la poste sont du ressort des administrations intéressées. Elles sont combinées de façon à ne pas entraver le service.

Le règlement du trafic-frontière et des questions inhérentes à ce trafic, ainsi que l'adoption des mesures exceptionnelles de surveillance, doit être laissé à des arrangements spéciaux entre les Etats limitrophes.

Il appartient aux gouvernements des Etats riverains de régler, par des arrangements spéciaux, le régime sanitaire des voies fluviales.

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX PAYS SITUÉS HORS D'EUROPE

Provenances par mer. — L'autorité compétente est tenue de prendre des mesures efficaces pour empêcher l'embarquement des personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra.

Toute personne prenant passage à bord d'un navire doit être, au moment de l'embarquement, examinée individuellement, de jour, à terre, pendant le temps nécessaire, par un médecin délégué de l'autorité publique. L'autorité consulaire dont relève le navire peut assister à cette visite.

Par dérogation à cette stipulation, à Alexandrie et à Port-Saïd, la visite médicale peut avoir lieu à bord, quand l'autorité sanitaire locale le juge utile, sous la réserve que les passagers de 3e classe ne seront plus ensuite autorisés à quitter le bord. Cette visite médicale peut être faite de nuit pour les passagers de 1re et de 2e classes, mais non pour les passagers de 3e classe.

L'autorité compétente est tenue de prendre des mesures efficaces :

1° Pour empêcher l'exportation de marchandises ou objets quelconques qu'elle considérerait comme contaminés et qui n'auraient pas été préalablement désinfectés à terre sous la surveillance du médecin délégué de l'autorité publique;

2° En cas de peste, pour empêcher l'embarquement des rats;

3° En cas de choléra, pour veiller à ce que l'eau potable embarquée soit saine.

Mesures à l'égard des navires ordinaires venant des ports du Nord contaminés et se présentant à l'entrée du canal de Suez ou dans les ports égyptiens — Les navires ordinaires *indemnes* venant d'un port, contaminé de peste ou de choléra, d'Europe ou du bassin de la Méditerranée, et se présentant pour passer le canal de Suez, obtiennent le passage en quarantaine. Ils continuent leur trajet en observation de cinq jours.

Les navires ordinaires *indemnes*, qui veulent aborder en Egypte, peuvent s'arrêter à Alexandrie ou à Port-Saïd, où les passagers achèveront le temps de l'observation de cinq jours, soit à bord, soit dans une station sanitaire, selon la décision de l'autorité sanitaire locale.

Les mesures auxquelles seront soumis les navires *infectés* et *suspects*, venant d'un port contaminé de peste ou de choléra d'Europe ou des rives de la Méditerranée, et désirant aborder dans un des ports d'Egypte ou passer le canal de Suez, seront déterminées par le Conseil sanitaire d'Egypte, conformément aux stipulations de la présente Convention.

Les règlements contenant ces mesures devront, pour devenir exécutoires, être acceptés par les diverses puissances représentées au Conseil; ils fixeront le régime imposé aux navires, aux passagers et aux marchandises et devront être présentés dans le plus bref délai possible.

Mesures dans la mer Rouge. — Indépendamment des dispositions générales concernant la classification et le régime des navires infectés, suspects ou indemnes, les prescriptions spéciales, contenues ci-après, sont applicables aux navires ordinaires venant du Sud et entrant dans la mer Rouge.

Les navires *indemnes* devront avoir complété ou auront à compléter, en observation, cinq jours pleins à partir du moment de leur départ du dernier port contaminé.

Ils auront la faculté de passer le canal de Suez en quarantaine et entreront dans la Méditerranée en continuant l'observation susdite de cinq jours. Les navires ayant un médecin et une étuve ne subiront pas la désinfection avant le transit en quarantaine.

Les navires *suspects* sont traités d'une façon différente suivant qu'ils ont ou qu'ils n'ont pas à bord un médecin et un appareil de désinfection (étuve).

a) Les navires ayant un médecin et un appareil de désinfection (étuve), remplissant les conditions voulues, sont admis à passer le canal de Suez en quarantaine dans les conditions du règlement pour le transit.

b) Les autres navires suspects, n'ayant ni médecin ni appareil de désinfection (étuve), sont, avant d'être admis à transiter en quarantaine, retenus à Suez ou aux sources de Moïse pendant le temps nécessaire pour exécuter les mesures de désinfection prescrites et s'assurer de l'état sanitaire du navire.

S'il s'agit de navires postaux ou de paquebots spécialement affectés au transport des voyageurs, sans appareil de désinfection (étuve), mais ayant un médecin à bord, si l'autorité locale a l'assurance, par une constatation officielle, que les mesures d'assainissement et de désinfection ont été convenablement pratiquées, soit au point de départ, soit pendant la traversée, le passage en quarantaine est accordé.

S'il s'agit de navires postaux ou de paquebots spécialement affectés au transport des voyageurs, sans appareil de désinfection (étuve), mais ayant un médecin à bord, si le dernier cas de peste ou de choléra remonte à plus de sept jours et si l'état sanitaire du navire est satisfaisant, la libre pratique peut être donnée à Suez, lorsque les opérations réglementaires sont terminées.

Lorsqu'un bateau a un trajet indemne de moins de sept jours, les passagers à destination d'Egypte sont débarqués dans un établissement désigné par le Conseil d'Alexandrie et isolés pendant le temps nécessaire pour compléter l'observation de cinq jours. Leur linge sale et leurs effets à usage sont désinfectés. Ils reçoivent alors la libre pratique.

Les bateaux ayant un trajet indemne de moins de sept jours et demandant à obtenir la libre pratique en Egypte sont retenus dans un établissement désigné par le Conseil d'Alexandrie le temps nécessaire pour compléter l'observation de cinq jours; ils subissent les mesures réglementaires concernant les navires suspects.

Lorsque la peste ou le choléra s'est montré exclusivement dans l'équipage, la désinfection ne porte que sur le linge sale de celui-ci, mais sur tout ce linge sale, et s'étend également aux postes d'habitation de l'équipage.

Les navires *infectés* se divisent en navires avec médecin et appareil de désinfection (étuve) et navires sans médecin et sans appareil de désinfection (étuve).

a) Les navires sans médecin et sans appareil de désinfection (étuve) sont arrêtés aux sources de Moïse (1); les personnes présentant les symptômes de peste ou de choléra sont débarquées et isolées dans un hôpital. La désinfection est pratiquée d'une façon complète. Les autres passagers sont débarqués et isolés par groupes composés de personnes aussi peu nombreuses que possible, de manière que l'ensemble ne soit pas solidaire d'un groupe particulier si la peste ou le choléra venait à se développer. Le linge sale, les objets à usage, les vêtements de l'équipage et des passagers sont désinfectés ainsi que le navire.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas du déchargement des marchandises, mais seulement de la désinfection de la partie du navire qui a été infectée.

Les passagers resteront pendant cinq jours dans un établissement désigné par le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte. Lorsque les cas de peste ou de choléra remonteront à plusieurs jours, la durée de l'isolement sera diminuée. Cette durée variera selon l'époque de la guérison, de la mort ou de l'isolement du dernier malade. Ainsi lorsque le dernier cas de peste ou de choléra se sera terminé depuis six jours par la guérison ou la mort, ou que le dernier malade aura été isolé depuis six jours, l'observation durera un jour; s'il ne s'est écoulé qu'un laps de cinq jours, l'observation sera de deux jours; s'il ne s'est écoulé qu'un laps de quatre jours, l'observation sera de trois jours; s'il ne s'est écoulé qu'un laps de trois jours, l'observation sera

(1) Les malades sont autant que possible débarqués aux sources de Moïse; les autres personnes peuvent subir l'observation dans une station sanitaire désignée par le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte (lazaret des pilotes).

de quatre jours; s'il ne s'est écoulé qu'un laps de deux jours ou d'un jour, l'observation sera de cinq jours.

b) Les navires avec médecin et appareil de désinfection (étuve) sont arrêtés aux sources de Moïse. Le médecin du bord doit déclarer, sous serment, quelles sont les personnes à bord présentant des symptômes de peste, de choléra. Ces malades sont débarqués et isolés.

Après le débarquement de ces malades, le linge sale du reste des passagers, que l'autorité sanitaire considérera comme dangereux, et de l'équipage subira la désinfection à bord.

Lorsque la peste ou le choléra se sera montré exclusivement dans l'équipage, la désinfection du linge ne portera que sur le linge sale de l'équipage et le linge des postes de l'équipage.

Le médecin du bord doit indiquer aussi, sous serment, la partie ou le compartiment du navire et la section de l'hôpital dans lesquels le ou les malades ont été transportés. Il doit déclarer également, sous serment, quelles sont les personnes qui ont été en rapport avec le pestiféré ou le cholérique depuis la première manifestation de la maladie, soit par des contacts directs, soit par des contacts avec des objets qui pourraient être contaminés. Ces personnes seules seront considérées comme suspectes.

La partie ou le compartiment du navire et la section de l'hôpital dans lesquels le ou les malades auront été transportés, seront complètement désinfectés. On entend par « partie du navire » la cabine du malade, les cabines attenantes, le couloir de ces cabines, le pont, les parties du pont sur lesquelles le ou les malades auraient séjourné.

S'il est impossible de désinfecter la partie ou le compartiment du navire qui a été occupé par les personnes atteintes de peste ou de choléra, sans débarquer les personnes déclarées suspectes, ces personnes seront ou placées sur un autre navire spécialement affecté à cet usage, ou débarquées et logées dans l'établissement sanitaire, sans contact avec les malades, lesquels doivent être placés dans l'hôpital.

La durée de ce séjour sur le navire ou à terre pour la désinfection sera aussi courte que possible et n'excédera pas vingt-quatre heures.

Les suspects subiront, soit sur leur bâtiment, soit sur le navire affecté à cet usage, une observation dont la durée variera suivant les cas et dans les termes prévus au troisième alinéa du paragraphe *a*).

Le temps pris par les opérations réglementaires est compris dans la durée de l'observation.

Le passage en quarantaine peut être accordé avant l'expiration des délais indiqués ci-dessus, si l'autorité sanitaire le juge possible. Il sera, en tout cas, accordé lorsque la désinfection aura été accomplie, si le navire abandonne, outre ses malades, les personnes indiquées ci-dessus comme « suspectes ».

Une étuve placée sur un ponton peut venir accoster le navire pour rendre plus rapides les opérations de désinfection.

Les navires infectés demandant à obtenir la libre pratique en Egypte sont retenus aux sources de Moïse cinq jours; ils subissent, en outre, les mêmes mesures que celles adoptées pour les navires infectés arrivant en Europe.

A l'époque du pèlerinage de la Mecque, si la peste ou le choléra sévit au Hedjaz, les navires provenant du Hedjaz ou de toute autre partie de la côte arabique de la mer Rouge, sans y avoir embarqué des pèlerins ou masses analogues et qui n'ont pas eu à bord, durant la traversée, d'accident suspect, sont placés dans la catégorie des navires ordinaires suspects. Ils sont soumis aux mesures préventives et au traitement imposés à ces navires.

S'ils sont à destination de l'Egypte, ils subissent, dans un établissement sanitaire désigné par le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire, une observation de cinq jours, à compter de la date du départ, pour le choléra comme pour la peste. Ils sont soumis en outre à toutes les mesures prescrites pour les bateaux suspects (désinfection, etc.) et ne sont admis à la libre pratique qu'après visite médicale favorable.

Il est entendu que si les navires, durant la traversée, ont eu des accidents suspects, l'observation sera subie aux sources de Moïse et sera de cinq jours, qu'il s'agisse de peste ou de choléra.

Organisation de la surveillance et de la désinfection à Suez et aux sources de Moïse. — La visite médicale prévue par les règlements est faite pour chaque navire arrivant à Suez par un ou plusieurs médecins de la station; elle est faite de jour pour les provenances des ports contaminés de peste ou de choléra. Elle peut avoir lieu même de nuit sur ces navires qui se présentent pour transiter le canal s'ils sont éclairés à la lumière électrique et toutes les fois que l'autorité sanitaire locale a l'assurance que les conditions d'éclairage sont suffisantes.

Les médecins de la station de Suez sont au nombre de sept au moins, un médecin en chef, six titulaires. Ils doivent être pourvus d'un diplôme régulier et choisis de préférence parmi les médecins ayant fait des études spéciales pratiques d'épidémiologie et de bactériologie. Ils sont nommés par le ministre de l'intérieur, sur la présentation du Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte. Ils reçoivent un traitement qui, de huit mille francs, peut s'élever progressivement à douze mille francs pour les six médecins et de douze mille à quinze mille francs pour le médecin en chef.

Si le service médical était encore insuffisant, on aurait recours aux médecins de la marine des différents Etats : ces médecins seraient placés sous l'autorité du médecin en chef de la station sanitaire.

Un corps de dix gardes sanitaires, recruté parmi les anciens sous-officiers des armées et marines européennes et égyptiennes, est chargé d'assurer la surveillance et l'exécution des mesures de prophylaxie appliquées dans le canal de Suez, à l'établissement des sources de Moïse et à Tor.

Les gardes sont investis du caractère d'agents de la force publique, avec droit de réquisition en cas d'infraction aux règlements sanitaires.

Ils sont placés sous les ordres immédiats du directeur de l'office de Suez ou de Tor.

Ils doivent être initiés à toutes les pratiques et à toutes les opérations de désinfection usitées, et connaître la manipulation des substances et instruments employés à cet effet.

La station de désinfection et d'isolement des sources de Moïse est placée sous l'autorité du médecin en chef de Suez.

Si des malades y sont débarqués, deux des médecins de Suez y seront internés, l'un pour soigner les pesteux ou les cholériques, l'autre pour soigner les personnes non atteintes de peste ou de choléra.

Dans le cas où il y aurait à la fois des pesteux, des cholériques et d'autres malades, le nombre des médecins internés sera porté à trois : un pour les pesteux, un pour les cholériques et le troisième pour les autres malades.

La station de désinfection et d'isolement des sources de Moïse doit comprendre :

1° Trois étuves à désinfection au moins, dont une placée sur un ponton, et l'outillage nécessaire pour la destruction des rats;

2° Deux hôpitaux d'isolement, chacun de douze lits, l'un pour les pesteux et les suspects de peste, l'autre pour les personnes atteintes ou suspectes de choléra. Ces hôpitaux doivent être disposés de façon que, dans chacun d'eux, les malades, les suspects, les hommes et les femmes soient isolés les uns des autres;

3° Des baraquements, des tentes-hôpital et des tentes ordinaires pour les personnes débarquées;

4° Des baignoires et des douches-lavage en nombre suffisant;

5° Les bâtiments nécessaires pour les services communs, le personnel médical, les gardes, etc.; un magasin, une buanderie;

6° Un réservoir d'eau;

7° Les divers bâtiments doivent être disposés de telle façon qu'il n'y ait pas de contact possible entre les malades, les objets infectés ou suspects et les autres personnes.

Passage en quarantaine du canal de Suez. — L'autorité sanitaire de Suez accorde le passage en quarantaine. Le Conseil en est immédiatement informé. Dans les cas douteux, la décision est prise par le Conseil.

Dès que l'autorisation ci-dessus prévue est accordée, un télégramme est expédié à l'autorité désignée par chaque puissance. L'expédition du télégramme est faite aux frais du navire.

Chaque puissance édictera des dispositions pénales contre les bâtiments qui, abandonnant le parcours indiqué par le capitaine, aborderaient indûment un des ports du territoire de cette puissance. Seront exceptés les cas de force majeure et de relâche forcée.

Lors de l'arraisonnement, le capitaine est tenu de déclarer s'il a à son bord des équipes de chauffeurs indigènes ou de serviteurs à gages quelconques, non inscrits sur le rôle d'équipage ou le registre à cet usage.

Les questions suivantes sont notamment posées aux capitaines de tous les navires se présentant à Suez, venant du Sud. Ils y répondent sous serment :

« Avez-vous des auxiliaires : chauffeurs ou autres gens de service, non inscrits sur le rôle de l'équipage ou sur le registre spécial? Quelle est leur nationalité? Où les avez-vous embarqués? »

Les médecins sanitaires doivent s'assurer de la présence de ces auxiliaires et s'ils constatent qu'il y a des manquants parmi eux, chercher avec soin les causes de l'absence.

Un officier sanitaire et deux gardes sanitaires montent à bord. Ils doivent accompagner le navire jusqu'à Port-Saïd. Ils ont pour mission d'empêcher les communications et de veiller à l'exécution des mesures prescrites pendant la traversée du canal.

Tout embarquement ou débarquement et tout transbordement de passagers ou de marchandises sont interdits pendant le parcours du canal de Suez à Port-Saïd. Toutefois, les voyageurs peuvent s'embarquer à Port-Saïd en quarantaine.

Les navires transitant en quarantaine doivent effectuer le parcours de Suez à Port-Saïd sans garage.

En cas d'échouage ou de garage indispensable, les opérations nécessaires sont effectuées par le personnel du bord, en évitant toute communication avec le personnel de la Compagnie du canal de Suez.

Les transports de troupes par bateaux suspects ou infectés transitant en quarantaine sont tenus de traverser le canal seulement de jour. S'ils doivent séjourner de nuit dans le canal, ils prennent leur mouillage au lac Timsah ou dans le grand lac.

Le stationnement des navires transitant en quarantaine est interdit dans le port de Port-Saïd, sauf quand ils y embarquent des voyageurs en quarantaine ou qu'ils y prennent du charbon.

Les opérations de ravitaillement doivent être pratiquées avec les moyens du bord.

Les chargeurs ou toutes autres personnes, qui seraient montés à bord, sont isolés sur le ponton quarantenaire. Leurs vêtements y subissent la désinfection réglementaire.

Lorsqu'il est indispensable, pour les navires transitant en quarantaine de prendre du charbon à Port-Saïd, ces navires doivent exécuter cette opération dans un endroit offrant les garanties nécessaires d'isolement et de surveillance sanitaire, qui sera indiqué par le Conseil sanitaire. Pour les navires à bord desquels une surveillance efficace de cette opération est possible et où tout contact avec les gens du bord peut être évité, le charbonnage par les ouvriers du port est autorisé. La nuit, le lieu de l'opération doit être éclairé à la lumière électrique.

Les pilotes, les électriciens, les agents de la Compagnie et les gardes sanitaires sont déposés à Port-Saïd, hors du port, entre les jetées, et de là conduits directement au ponton de quarantaine, où leurs vêtements subissent la désinfection lorsqu'elle est jugée nécessaire.

Les navires de guerre ci-après déterminés bénéficient, pour le passage du canal de Suez, des dispositions suivantes :

Ils seront reconnus indemnes par l'autorité quarantenaire sur la production d'un certificat émanant des médecins du bord, contresigné par le commandant et affirmant sous serment :

a) Qu'il n'y a eu à bord, soit au moment du départ soit pendant la traversée, aucun cas de peste, ou de choléra;

b) Qu'une visite minutieuse de toutes les personnes existant à bord, sans exception, a été passée moins de douze heures avant l'arrivée dans le port égyptien et qu'elle n'a révélé aucun cas de ces maladies.

Ces navires sont exempts de la visite médicale et reçoivent immédiatement libre pratique, à la condition qu'ils aient complété, à partir de leur départ du dernier port contaminé, une période de cinq jours pleins.

Ceux de ces navires qui n'ont pas complété la période exigée, peuvent transiter le canal en quarantaine sans subir la visite médicale, pourvu qu'ils produisent le susdit certificat à l'autorité quarantenaire.

L'autorité quarantenaire a néanmoins le droit de faire pratiquer, par ses agents, la visite médicale à bord des navires de guerre toutes les fois qu'elle le juge nécessaire.

Les navires de guerre, suspects ou infectés, seront soumis aux règlements en vigueur.

Ne sont considérés comme navires de guerre que les unités de combat. Les bateaux-transports, les navires-hôpitaux entrent dans la catégorie des navires ordinaires.

Le Conseil maritime et quarantenaire d'Egypte est autorisé à organiser le transit du territoire égyptien, par voie ferrée, des malles postales et des passagers ordinaires venant de pays contaminés dans des trains quarantenaires, sous les conditions déterminées par un règlement spécial (annexe n° 1).

Régime sanitaire applicable au golfe Persique. — Les navires, avant de pénétrer dans le golfe Persique, sont arraisonnés à l'établissement sanitaire de l'île d'Ormuz. Ils sont, d'après l'état sanitaire du bord et d'après leur provenance, soumis au régime prévu ci-dessus.

Toutefois, les navires qui doivent remonter le Chat-el-Arab seront autorisés, si la durée de l'observation n'est pas terminée, à continuer leur route, à la condition de passer le golfe Persique et le Chat-el-Arab en quarantaine. Un gardien-chef et deux gardes sanitaires pris à Ormuz surveilleront le bateau jusqu'à Bassorah, où une seconde visite médicale sera pratiquée et où se feront les désinfections nécessaires.

En attendant que la station sanitaire d'Ormuz soit organisée, ce seront des gardes sanitaires pris dans le poste provisoire établi comme il est dit plus loin, qui accompagneront les navires passant en quarantaine jusque dans le Chat-el-Arab, dans l'établissement placé aux environs de Bassorah.

Les bateaux qui doivent toucher aux ports de la Perse pour y débarquer des passagers ou des marchandises pourront faire ces opérations à Bender-Bouchir.

Il est bien entendu qu'un navire qui reste indemne à l'expiration des cinq jours à compter de la date à laquelle il a quitté le dernier port contaminé de peste ou de choléra, recevra la libre pratique dans les ports du golfe après constatation, à l'arrivée, de son état indemne.

Les mesures concernant la classification des navires ainsi que le régime à faire subir dans le golfe Persique sont applicables sous les trois réserves suivantes :

1° La surveillance des passagers et de l'équipage sera toujours remplacée par une observation de même durée;

2° Les navires indemnes ne pourront y recevoir libre pratique qu'à la condition d'avoir complété cinq jours pleins à partir du moment de leur départ du dernier port contaminé;

3° En ce qui concerne les navires suspects le délai de cinq jours pour l'observation de l'équipage et des passagers comptera à partir du moment où il n'existe plus de cas de peste ou de choléra à bord.

Etablissements sanitaires du golfe Persique. — Des établissements sanitaires doivent être construits sous la direction du Conseil de santé de Constantinople et à ses frais, l'un à l'île d'Ormuz, l'autre aux environs de Bassorah, dans un lieu à déterminer.

Il y aura à la station sanitaire de l'île d'Ormuz deux médecins au moins, des agents sanitaires, des gardes sanitaires et tout un outillage de désinfection et de destruction des rats. Un petit hôpital sera construit.

A la station des environs de Bassorah seront construits un grand lazaret comportant un service médical composé de plusieurs médecins et des installations pour la désinfection des marchandises.

Le Conseil supérieur de santé de Constantinople, qui a sous sa dépendance l'établissement sanitaire de Bassorah, exercera le même pouvoir en ce qui concerne celui d'Ormuz. En attendant que l'établissement sanitaire d'Ormuz soit construit, un poste sanitaire y sera établi par les soins du Conseil supérieur de santé de Constantinople.

Provenances par terre. — Les mesures prises sur la voie de terre contre les provenances des régions contaminées de peste ou de choléra doivent être conformes aux principes sanitaires formulés par la présente Convention.

Les pratiques modernes de la désinfection doivent être substituées aux quarantaines de terre. Dans ce but, des étuves et d'autres outillages de désinfection seront disposés dans des points bien choisis sur les routes suivies par les voyageurs.

Les mêmes moyens seront employés sur les lignes de chemins de fer créées ou à créer.

Les marchandises seront désinfectées suivant les principes de la présente Convention.

Chaque gouvernement est libre de fermer au besoin une partie de ses frontières aux passagers et aux marchandises, dans les endroits où l'organisation d'un contrôle sanitaire rencontre des difficultés.

Le Conseil supérieur de santé de Constantinople devra organiser sans délai les établissements sanitaires de Hanikin et de Kisil Dizié, près de Bayazid, sur les frontières turco-persane et turco-russe.

(A suivre.)

24e ANNÉE. — N° 4. Vingt centimes le numéro. 27 JANVIER 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

La mortalité générale de l'armée française pendant l'année 1901.

La mortalité générale de l'armée française a subi pendant l'exercice 1901, le dernier que nous connaissions au point de vue de la statistique médicale, une très légère diminution : de 5.73 ‰ en 1900 elle est descendue à 5.37 ‰. La diminution a porté aussi bien sur l'armée métropolitaine que sur les troupes d'Algérie et de Tunisie. En 1900, la mortalité à l'intérieur avait été de 4.85 ‰, tandis qu'en 1901 elle n'a atteint que 4.51 ‰; de même en Algérie-Tunisie, la mortalité, qui avait été de 11.53 ‰ en 1900, n'a plus été que de 11.10 ‰ en 1901.

Si l'on considère la mortalité par armes, on relève ce fait quelque peu bizarre : alors que les compagnies de cavaliers de remonte ont à l'intérieur la mortalité la plus faible (2 ‰), ces mêmes compagnies tiennent le dernier rang dans le tableau de la mortalité des troupes d'Algérie et Tunisie : leur mortalité atteint le taux considérable de 26.84 ‰.

A l'intérieur, il y a lieu de noter la mortalité extrêmement élevée des secrétaires d'état-major et du recrutement, de même que celle des infirmiers militaires : elle est due en grande partie à la tuberculose, qui à elle seule assume plus du tiers des décès (36 %), alors que pour la moyenne des autres armes, cette affection ne revendique que 20 % des décès généraux.

Comme toujours, c'est la fièvre typhoïde, bien qu'en diminution notable, qui donne la plus forte proportion des décès : sur 1,000 décès généraux en 1901, 188 relèvent de cette maladie (la proportion était de 236 ‰ en 1900). La tuberculose, en légère augmentation, vient presque sur la même ligne (183 ‰ en 1901 contre 155 ‰ en 1900).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Bernhard Fischer est nommé privatdocent d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Faculté de médecine de Halle. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Hans Körner, privatdocent d'odontologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Karl Hammer, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Friedrich Meves, privatdocent d'histologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Francesco Testi est nommé privatdocent d'hygiène expérimentale.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Francesco Capobianco est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur G. B. Simoncini est nommé privatdocent d'hygiène.

HYGIÈNE INTERNATIONALE

Texte de la nouvelle Convention sanitaire internationale portant règlement pour prévenir l'invasion et la propagation de la peste et du choléra.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX PÈLERINAGES

Les dispositions concernant les provenances par mer sont applicables aux personnes et objets devant être embarqués à bord d'un navire à pèlerins partant d'un port de l'océan Indien et de l'Océanie, alors même que le port ne serait pas contaminé de peste ou de choléra.

Lorsqu'il existe des cas de peste ou de choléra dans le port, l'embarquement ne se fait à bord des navires à pèlerins qu'après que les personnes réunies en groupes ont été soumises à une observation permettant de s'assurer qu'aucune d'elles n'est atteinte de la peste ou du choléra.

Il est entendu que, pour exécuter cette mesure, chaque gouvernement peut tenir compte des circonstances et possibilités locales.

Les pèlerins sont tenus, si les circonstances locales le permettent, de justifier des moyens strictement nécessaires pour accomplir le pèlerinage, spécialement du billet d'aller et retour.

Les navires à vapeur sont seuls admis à faire le transport des pèlerins au long cours. Ce transport est interdit aux autres bateaux.

Les navires à pèlerins faisant le cabotage destinés aux transports de courte durée dits « voyages au cabotage » sont soumis aux prescriptions contenues dans le règlement spécial applicable au pèlerinage du Hedjaz, qui sera publié par le Conseil de santé de Constantinople, conformément aux principes édictés dans la présente Convention.

N'est pas considéré comme navire à pèlerins celui qui, outre ses passagers ordinaires, parmi lesquels peuvent être compris les pèlerins des classes supérieures, embarque des pèlerins de la dernière classe, en proportion moindre d'un pèlerin par cent tonneaux de jauge brute.

Tout navire à pèlerins, à l'entrée de la mer Rouge et du golfe Persique, doit se conformer aux prescriptions contenues dans le règlement spécial applicable au pèlerinage du Hedjaz, qui sera publié par le Conseil de santé de Constantinople, conformément aux principes édictés dans la présente Convention.

Le capitaine est tenu de payer la totalité des taxes sanitaires exigibles des pèlerins. Elles doivent être comprises dans le prix du billet.

Autant que faire se peut, les pèlerins qui débarquent ou embarquent dans les stations sanitaires ne doivent avoir entre eux aucun contact sur les points de débarquement.

Les navires, après avoir débarqué leurs pèlerins, doivent changer de mouillage pour opérer le rembarquement.

Les pèlerins débarqués doivent être répartis au campement en groupes aussi peu nombreux que possible.

Il est nécessaire de leur fournir une bonne eau potable, soit qu'on la trouve sur place, soit qu'on l'obtienne par distillation.

Lorsqu'il y a de la peste ou du choléra au Hedjaz, les vivres emportés par les pèlerins sont détruits si l'autorité sanitaire le juge nécessaire.

Navires à pèlerins; installations sanitaires. — Le navire doit pouvoir loger les pèlerins dans l'entrepont.

En dehors de l'équipage, le navire doit fournir à chaque individu, quel que soit son âge, une surface de 1 m. 50 carrés, c'est-à-dire 16 pieds carrés anglais, avec une hauteur d'entrepont d'environ 1 m. 80.

Pour les navires qui font le cabotage, chaque pèlerin doit disposer d'un espace d'au moins 2 mètres de largeur dans le long des plats-bords du navire.

De chaque côté du navire, sur le pont, doit être réservé un endroit dérobé à la vue et pourvu d'une pompe à main, de manière à fournir de l'eau de mer pour les besoins des pèlerins. Un local de cette nature doit être exclusivement affecté aux femmes.

Le navire doit être pourvu, outre les lieux d'aisances à l'usage de l'équipage, de latrines à effet d'eau ou pourvues d'un robinet dans la proportion d'au moins une latrine pour chaque centaine de personnes embarquées.

Des latrines doivent être affectées exclusivement aux femmes.

Des lieux d'aisances ne doivent pas exister dans les entreponts ni dans la cale.

Le navire doit être muni de deux locaux affectés à la cuisine personnelle des pèlerins. Il est interdit aux pèlerins de faire du feu ailleurs, notamment sur le pont.

Une infirmerie régulièrement installée et offrant de bonnes conditions de sécurité et de salubrité doit être réservée aux logements des malades.

Elle doit pouvoir recevoir au moins 5 % des pèlerins embarqués à raison de 3 mètres carrés par tête.

Le navire doit être pourvu des moyens d'isoler les personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra.

Chaque navire doit avoir à bord les médicaments, les désinfectants et les objets nécessaires aux soins des malades. Les règlements faits pour ce genre de navires par chaque gouvernement doivent déterminer la nature et la quantité des médicaments (1). Les soins et les remèdes sont fournis gratuitement aux pèlerins.

(1) Il est désirable que chaque navire soit muni des principaux agents d'immunisation (sérum antipesteux, vaccin de Haffkine, etc.).

Chaque navire embarquant des pèlerins doit avoir à bord un médecin régulièrement diplômé et commissionné par le gouvernement du pays auquel le navire appartient ou par le gouvernement du port où le navire prend des pèlerins. Un second médecin doit être embarqué dès que le nombre des pèlerins portés par le navire dépasse mille.

Le capitaine est tenu de faire apposer à bord, dans un endroit apparent et accessible aux intéressés, des affiches rédigées dans les principales langues des pays habités par les pèlerins à embarquer, et indiquant : 1° La destination du navire; 2° le prix des billets; 3° la ration journalière en eau et en vivres allouée à chaque pèlerin; 4° le tarif des vivres non compris la ration journalière et devant être payés à part.

Les gros bagages des pèlerins sont enregistrés, numérotés et placés dans la cale. Les pèlerins ne peuvent garder avec eux que les objets strictement nécessaires. Les règlements faits pour ses navires par chaque gouvernement en déterminent la nature, la quantité et les dimensions.

Les prescriptions principales de la présente Convention seront affichées, sous la forme d'un règlement, dans la langue de la nationalité du navire ainsi que dans les principales langues des pays habités par les pèlerins à embarquer, en un endroit apparent et accessible, sur chaque pont et entrepont de tout navire transportant des pèlerins.

Mesures à prendre avant le départ. — Le capitaine ou, à défaut du capitaine, le propriétaire ou l'agent de tout navire à pèlerins est tenu de déclarer à l'autorité compétente du port de départ son intention d'embarquer des pèlerins, au moins trois jours avant le départ. Dans les ports d'escale, le capitaine ou, à défaut de capitaine, le propriétaire ou l'agent de tout navire à pèlerins est tenu de faire cette même déclaration douze heures avant le départ du navire. Cette déclaration doit indiquer le jour projeté pour le départ et la destination du navire.

A la suite de la déclaration prescrite ci-dessus, l'autorité compétente fait procéder, aux frais du capitaine, à l'inspection et au mesurage du navire. L'autorité consulaire dont relève le navire peut assister à cette inspection.

Il est procédé seulement à l'inspection, si le capitaine est déjà pourvu d'un certificat de mesurage délivré par l'autorité compétente de son pays, à moins qu'il n'y ait soupçon que le document ne réponde plus à l'état actuel du navire (1).

L'autorité compétente ne permet le départ d'un navire à pèlerins qu'après s'être assurée :

a) Que le navire a été mis en état de propreté parfaite et, au besoin, désinfecté;

b) Que le navire est en état d'entreprendre le voyage sans danger, qu'il est bien équipé, bien aménagé, bien aéré, pourvu d'un nombre suffisant d'embarcations, qu'il ne contient rien à bord qui soit ou puisse devenir nuisible à la santé ou à la sécurité des passagers, que le pont est en bois ou en fer recouvert de bois;

c) Qu'il existe à bord, en sus de l'approvisionnement de l'équipage et convenablement arrimés, des vivres ainsi que du combustible, le tout de bonne qualité et en quantité suffisante pour tous les pèlerins et pour toute la durée déclarée du voyage;

d) Que l'eau potable embarquée est de bonne qualité et a une origine à l'abri de toute contamination; qu'elle existe en quantité suffisante; qu'à bord les réservoirs d'eau potable sont à l'abri de toute souillure et fermés de sorte que la distribution de l'eau ne puisse se faire que par les robinets ou les pompes. Les appareils de distribution dits « suçoirs » sont absolument interdits;

e) Que le navire possède un appareil distillatoire pouvant produire une quantité d'eau de 5 litres au moins, par tête et par jour, pour toute personne embarquée, y compris l'équipage;

f) Que le navire possède une étuve à désinfection dont la sécurité et l'efficacité auront été constatées par l'autorité sanitaire du port d'embarquement des pèlerins;

g) Que l'équipage comprend un médecin diplômé et commissionné (2), soit par le gouvernement du pays auquel le navire appartient, soit par le gouvernement du port où le navire prend des pèlerins, et que le navire possède des médicaments, le tout conformément aux prescriptions sus-indiquées;

h) Que le pont du navire est dégagé de toutes marchandises et objets encombrants;

i) Que les dispositions du navire sont telles que les mesures prescrites pendant la traversée peuvent être exécutées.

Le capitaine ne peut partir qu'autant qu'il a en mains :

1° Une liste visée par l'autorité compétente et indiquant le nom, le sexe et le nombre total des pèlerins qu'il est autorisé à embarquer;

2° Une patente de santé constatant le nom, la nationalité et le tonnage du navire, le nom du capitaine, celui du médecin, le nombre exact des personnes embarquées : équipage, pèlerins et autres passagers, la nature de la cargaison, le lieu du départ.

L'autorité compétente indique sur la patente si le chiffre réglementaire des pèlerins est atteint ou non, et, dans le cas où il ne le serait pas, le nombre complémentaire des passagers que le navire est autorisé à embarquer dans les escales subséquentes.

Mesures à prendre pendant la traversée. — Le pont doit, pendant la traversée, rester dégagé des objets encombrants; il doit être réservé jour et nuit aux personnes embarquées et mis gratuitement à leur disposition.

Chaque jour, les entreponts doivent être nettoyés avec soin et frottés au sable sec, avec lequel on mélange des désinfectants, pendant que les pèlerins sont sur le pont.

Les latrines destinées aux passagers, aussi bien que celles de l'équipage, doivent être tenues proprement, nettoyées et désinfectées trois fois par jour.

Les excrétions et déjections des personnes présentant des symptômes de peste ou de choléra doivent être recueillies dans des vases contenant une solution désinfectante. Ces vases sont vidés dans les latrines, qui doivent être rigoureusement désinfectées après chaque projection de matières.

Les objets de literie, les tapis, les vêtements qui ont été en contact avec les personnes atteintes de peste ou de choléra, doivent être immédiatement désinfectés. L'observation de cette règle est spécialement recommandée pour les vêtements des personnes qui approchent ces malades, et qui ont pu être souillés.

Ceux des objets ci-dessus qui n'ont pas de valeur doivent être, soit jetés à la mer, si le navire n'est pas dans un port ni dans un canal, soit détruits par le feu. Les autres doivent être portés à l'étuve dans des sacs imperméables lavés avec une solution désinfectante.

Les locaux (infirmerie) occupés par les malades doivent être rigoureusement désinfectés.

Les navires à pèlerins sont obligatoirement soumis à des opérations de désinfection conformes aux règlements en vigueur sur la matière dans le pays dont ils portent le pavillon.

La quantité d'eau potable mise chaque jour gratuitement à la disposition de chaque pèlerin, quel que soit son âge, doit être d'au moins 5 litres.

S'il y a doute sur la qualité de l'eau potable ou sur la possibilité de sa contamination, soit à son origine, soit au cours du trajet, l'eau doit être bouillie ou stérilisée autrement et le capitaine est tenu de la rejeter à la mer au premier port de relâche où il lui est possible de s'en procurer de meilleure.

Le médecin visite les pèlerins, soigne les malades et veille à ce que, à bord, les règles de l'hygiène soient observées. Il doit notamment :

1° S'assurer que les vivres distribués aux pèlerins sont de bonne qualité, que leur quantité est conforme aux engagements pris, qu'ils sont convenablement préparés;

2° S'assurer que les prescriptions relatives à la distribution de l'eau sont observées;

3° S'il y a doute sur la qualité de l'eau potable, rappeler par écrit au capitaine les prescriptions sus-indiquées à ce sujet;

4° S'assurer que le navire est maintenu en état constant de propreté, et spécialement que les latrines sont nettoyées comme il est prescrit ci-dessus;

5° S'assurer que les logements des pèlerins sont maintenus salubres, et que, en cas de maladie transmissible, la désinfection est faite conformément aux prescriptions de la présente convention;

6° Tenir un journal de tous les incidents sanitaires survenus au cours du voyage et présenter ce journal à l'autorité compétente du port d'arrivée.

Les personnes chargées de soigner les malades atteints de peste ou de choléra peuvent seules pénétrer auprès d'eux et ne doivent avoir aucun contact avec les autres personnes embarquées.

En cas de décès survenu pendant la traversée, le capitaine doit mentionner le décès en face du nom sur la liste visée par l'autorité du port de départ, et, en outre, inscrire sur son livre de bord le nom de la personne décédée, son âge, sa provenance, la cause présumée de la mort d'après le certificat du médecin et la date du décès.

En cas de décès par maladie transmissible, le cadavre, préalablement enveloppé d'un suaire imprégné d'une solution désinfectante, doit être jeté à la mer.

Le capitaine doit veiller à ce que toutes les opérations prophylactiques exécutées pendant le voyage soient inscrites sur le livre de bord. Ce livre est présenté par lui à l'autorité compétente du port d'arrivée.

Dans chaque port de relâche, le capitaine doit faire viser par l'autorité compétente la liste des pèlerins. Dans le cas où un pèlerin est débarqué en cours de voyage, le capitaine doit mentionner sur cette liste le débarquement en face du nom du pèlerin.

En cas d'embarquement, les personnes embarquées doivent être mentionnées sur cette liste préalablement au visa nouveau que doit apposer l'autorité compétente.

La patente délivrée au port de départ ne doit pas être changée au cours du voyage.

Elle est visée par l'autorité sanitaire de chaque port de relâche. Celle-ci y inscrit :

1° Le nombre des passagers débarqués ou embarqués dans ce port;

2° Les incidents survenus en mer et touchant à la santé ou à la vie des personnes embarquées;

3° L'état sanitaire du port de relâche.

Mesures à prendre à l'arrivée des pèlerins dans la mer Rouge. — Les navires à pèlerins venant du Sud et se rendant au Hedjaz doivent, au préalable, faire escale à la station sanitaire de Camaran, et sont soumis au régime fixé ci-dessous :

Les navires reconnus *indemnes* après visite médicale reçoivent libre pratique, lorsque les opérations suivantes sont terminées :

Les pèlerins sont débarqués; ils prennent une douche-lavage ou un bain de mer; leur linge sale, la partie de leurs effets à usage et de leurs bagages qui peut être suspecte, d'après l'appréciation de l'autorité sanitaire, sont désinfectés; la durée de ces opérations, en y comprenant le débarquement et l'embarquement, ne doit pas dépasser quarante-huit heures.

Si aucun cas avéré ou suspect de peste ou de choléra

(1) L'autorité compétente est actuellement : dans les Indes anglaises un fonctionnaire (*officer*) désigné à cet effet par le gouvernement local (*Native Passenger Ships Act*, 1887, art. 7); dans les Indes néerlandaises, le maître du port; en Turquie, l'autorité sanitaire; en Autriche-Hongrie, l'autorité du port; en Italie, le capitaine de port; en France, en Tunisie et en Espagne, l'autorité sanitaire; — en Egypte, l'autorité sanitaire quarantenaire, etc.

(2) Exception est faite pour les gouvernements qui n'ont pas de médecins commissionnés.

n'est constaté pendant ces opérations, les pèlerins seront réembarqués immédiatement et le navire se dirigera vers le Hedjaz.

Pour la peste, il y a lieu d'appliquer les prescriptions en ce qui concerne les rats pouvant se trouver à bord des navires.

Les navires *suspects*, à bord desquels il y a eu des cas de peste ou de choléra au moment du départ, mais aucun cas nouveau de peste ou de choléra depuis sept jours, sont traités de la manière suivante :

Les pèlerins sont débarqués ; ils prennent une douche-lavage ou un bain de mer ; leur linge sale, la partie de leurs effets à usage et de leurs bagages qui peut être suspecte, d'après l'appréciation de l'autorité sanitaire, sont désinfectés.

En temps de choléra, l'eau de la cale est changée.

Les parties du navire habitées par les malades sont désinfectées. La durée de ces opérations, en y comprenant le débarquement et l'embarquement, ne doit pas dépasser quarante-huit heures.

Si aucun cas avéré ou suspect de peste ou de choléra n'est constaté pendant ces opérations, les pèlerins sont réembarqués immédiatement, et le navire est dirigé sur Djeddah, où une seconde visite médicale a lieu à bord. Si son résultat est favorable, et sur le vu de la déclaration écrite des médecins du bord certifiant, sous serment, qu'il n'y a pas eu de cas de peste ou de choléra, pendant la traversée, les pèlerins sont immédiatement débarqués.

Si, au contraire, un ou plusieurs cas avérés ou suspects de peste ou de choléra ont été constatés pendant le voyage au moment de l'arrivée, le navire est renvoyé à Camaran, où il subit de nouveau le régime des navires infectés.

Pour la peste, la destruction des rats est effectuée, avant ou après le déchargement de la cargaison dans un délai maximum de quarante-huit heures, en ce qui concerne les rats pouvant se trouver à bord des navires.

Les *navires infectés*, c'est-à-dire ayant à bord des cas de peste ou de choléra, ou bien ayant présenté des cas de peste ou de choléra depuis sept jours, subissent le régime suivant :

Les personnes atteintes de peste ou de choléra sont débarquées et isolées à l'hôpital. Les autres passagers sont débarqués et isolés par groupes composés de personnes aussi peu nombreuses que possible, de manière que l'ensemble ne soit pas solidaire d'un groupe particulier si la peste ou le choléra venait à s'y développer.

Le linge sale, les objets à usage, les vêtements de l'équipage et des passagers sont désinfectés ainsi que le navire. La désinfection est pratiquée d'une façon complète.

Toutefois, l'autorité sanitaire locale peut décider que le déchargement des gros bagages et des marchandises n'est pas nécessaire, et qu'une partie seulement du navire doit subir la désinfection.

Les passagers restent à l'établissement de Camaran sept ou cinq jours, suivant qu'il s'agit de peste ou de choléra. Lorsque les cas de peste ou de choléra remontent à plusieurs jours, la durée de l'isolement peut être diminuée. Cette durée peut varier selon l'époque de l'apparition du dernier cas et d'après la décision de l'autorité sanitaire.

Le navire est dirigé ensuite sur Djeddah, où est faite une visite médicale individuelle et rigoureuse. Si son résultat est favorable, le navire reçoit la libre pratique. Si, au contraire, des cas avérés de peste ou de choléra se sont montrés à bord pendant le voyage ou au moment de l'arrivée, le navire est renvoyé à Camaran, où il subit de nouveau le régime des navires infectés.

Pour la peste, le régime est appliqué en ce qui concerne les rats pouvant se trouver à bord des navires.

Station de Camaran. — La station de Camaran doit répondre aux conditions ci-après :

L'île sera évacuée complètement par ses habitants.

Pour assurer la sécurité et faciliter le mouvement de la navigation dans la baie de l'île de Camaran, il doit être :

1° Installé des bouées et des balises en nombre suffisant ;

2° Construit un môle ou quai principal pour débarquer les passagers et les colis ;

3° Disposé un appontement différent pour l'embarquement séparé des pèlerins de chaque campement;

4° Acquis des chalands en nombre suffisant, avec un remorqueur à vapeur, pour assurer le service de débarquement et d'embarquement des pèlerins.

Le débarquement des pèlerins des navires infectés est opéré par les moyens du bord. Si ces moyens sont insuffisants, les personnes et les chalands qui ont aidé au débarquement subissent le régime des pèlerins et du navire infecté.

La station sanitaire comprendra les installations et l'outillage ci-après :

1° Un réseau de voies ferrées reliant les débarcadères aux locaux de l'Administration et de désinfection ainsi qu'aux locaux des divers services et aux campements ;

2° Des locaux pour l'Administration et pour le personnel des services sanitaires et autres ;

3° Des bâtiments pour la désinfection et le lavage des effets à usage et autres objets;

4° Des bâtiments où les pèlerins seront soumis à des bains-douches ou à des bains de mer pendant que l'on désinfectera les vêtements en usage;

5° Des hôpitaux séparés pour les deux sexes et complètement isolés : *a*) pour l'observation des suspects ; *b*) pour les pesteux ; *c*) pour les cholériques ; *d*) pour les malades atteints d'autres affections contagieuses ; *e*) pour les malades ordinaires ;

6° Des campements séparés les uns des autres d'une manière efficace, la distance entre eux devant être la plus grande possible ; les logements destinés aux pèlerins doivent être construits dans les meilleures conditions hygiéniques et ne doivent contenir que vingt-cinq personnes ;

7° Un cimetière bien situé et éloigné de toute habitation, sans contact avec une nappe d'eau souterraine, et drainé à 0 m. 50 au-dessous du plan des fosses ;

8° Des étuves à vapeur en nombre suffisant et présentant toutes les conditions de sécurité, d'efficacité et de rapidité; des appareils pour la destruction des rats ;

9° Des pulvérisateurs, étuves à désinfection et moyens nécessaires pour une désinfection chimique;

10° Des machines à distiller l'eau : des appareils destinés à la stérilisation de l'eau par la chaleur; des machines à fabriquer la glace. Pour la distribution de l'eau potable : des canalisations et réservoirs fermés, étanches, et ne pouvant se vider que par des robinets ou des pompes ;

11° Un laboratoire bactériologique avec le personnel nécessaire ;

12° Une installation de tinettes mobiles pour recueillir les matières fécales préalablement désinfectées et l'épandage de ces matières sur une des parties de l'île les plus éloignées des campements, en tenant compte des conditions nécessaires pour le bon fonctionnement de ces champs d'épandage au point de vue de l'hygiène ;

13° Les eaux sales doivent être éloignées des campements sans pouvoir stagner ni servir à l'alimentation. Les eaux-vannes qui sortent des hôpitaux doivent être désinfectées.

L'autorité sanitaire assure, dans chaque campement, un établissement pour les comestibles, un pour le combustible.

Le tarif des prix fixés par l'autorité compétente est affiché en plusieurs endroits du campement et dans les principales langues des pays habités par les pèlerins.

Le contrôle de la qualité des vivres et d'un approvisionnement suffisant est fait chaque jour par le médecin du campement.

L'eau est fournie gratuitement.

Stations d'Abou-Ali, Abou-Saad, Djeddah, Vasta et Yambo. — Les stations sanitaires d'Abou-Ali, d'Abou-Saad, de Vasta, ainsi que celles de Djeddah et de Yambo, doivent répondre aux conditions ci-après :

1° Création à Abou-Ali de quatre hôpitaux, deux pour pesteux, hommes et femmes, deux pour cholériques, hommes et femmes;

2° Création à Vasta d'un hôpital pour malades ordinaires ;

3° Installation à Abou-Saad et à Vasta de logements en pierre capables de contenir cinquante personnes par logement;

4° Trois étuves de désinfection placées à Abou-Ali, Abou-Saad et Vasta, avec buanderies, accessoires et appareils pour la destruction des rats ;

5° Etablissement des douches-lavages à Abou-Saad et à Vasta ;

6° Dans chacune des îles d'Abou-Saad et de Vasta, établissement de machines à distiller pouvant fournir ensemble 15 tonnes d'eau par jour ;

7° Pour les matières fécales et les eaux sales, le régime sera réglé d'après les principes admis pour Camaran ;

8° Un cimetière sera établi dans une des îles;

9° Installations sanitaires à Djeddah et Yambo assez complètes et notamment des étuves et autres moyens de désinfection pour les pèlerins quittant le Hedjaz.

Les règles prescrites pour Camaran, en ce qui concerne les vivres et l'eau, sont applicables aux campements d'Abou-Ali, d'Abou-Saad et de Vasta.

En ce qui concerne les navires à pèlerins venant du Nord et allant vers le Hedjaz, si la présence de la peste ou du choléra n'est pas constatée dans le port de départ ni dans ses environs, et qu'aucun cas de peste ou de choléra ne se soit produit pendant la traversée, le navire est immédiatement admis à la libre pratique.

Si la présence de la peste ou du choléra est constatée dans le port de départ ou dans ses environs, ou si un cas de peste ou de choléra s'est produit pendant la traversée, le navire est soumis, à El-Tor, aux règles instituées pour les navires qui viennent du Sud et qui s'arrêtent à Camaran. Les navires sont ensuite reçus en libre pratique.

Mesures à prendre au retour des pèlerins. — Tout navire à destination de Suez ou d'un port de la Méditerranée, ayant à bord des pèlerins ou masses analogues, et provenant d'un port du Hedjaz ou de tout autre port de la côte arabique de la mer Rouge, est tenu de se rendre à El-Tor pour y subir l'observation et les mesures sanitaires indiquées plus loin.

Les navires ramenant les pèlerins musulmans vers la Méditerranée ne traversent le canal qu'en quarantaine.

Les agents des Compagnies de navigation et les capitaines sont prévenus qu'après avoir fini leur observation à la station sanitaire de El-Tor, les pèlerins égyptiens seront seuls autorisés à quitter définitivement le navire pour rentrer ensuite dans leurs foyers.

Ne seront reconnus comme Egyptiens ou résidant en Egypte que les pèlerins porteurs d'une carte de résidence émanant d'une autorité égyptienne et conforme au modèle établi. Des exemplaires de cette carte seront déposés auprès des autorités consulaires et sanitaires de Djeddah et de Yambo, où les agents et capitaines de navires pourront les examiner.

Les pèlerins non égyptiens, tels que les Turcs, les Russes, les Persans, les Tunisiens, les Algériens, les Marocains, etc., ne peuvent, après avoir quitté El-Tor, être débarqués dans un port égyptien. En conséquence, les agents de navigation et les capitaines sont prévenus que le transbordement des pèlerins étrangers à l'Egypte soit à Tor, soit à Suez, à Port-Saïd ou à Alexandrie, est interdit

Les bateaux qui auraient à leur bord des pèlerins appartenant aux nationalités dénommées dans l'alinéa précédent suivront la condition de ces pèlerins et ne seront reçus dans aucun port égyptien de la Méditerranée.

Les pèlerins égyptiens subissent soit à El-Tor, soit à Souakim, ou dans toute autre station désignée par le Conseil sanitaire d'Egypte, une observation de trois jours et une visite médicale, avant d'être admis en libre pratique.

Si la présence de la peste ou du choléra est constatée au Hedjaz ou dans le port d'où provient le navire, ou l'a été au Hedjaz au cours du pèlerinage, le navire est soumis, à El-Tor, aux règles instituées à Camaran pour les navires infectés.

Les personnes atteintes de peste ou de choléra sont débarquées et isolées à l'hôpital. Les autres passagers sont débarqués et isolés par groupes composés de personnes aussi peu nombreuses que possible, de manière que l'ensemble ne soit pas solidaire d'un groupe particulier, si la peste ou le choléra venait à s'y développer.

Le linge sale, les objets à usage, les vêtements de l'équipage et des passagers, les bagages et les marchandises suspectes d'être contaminées sont débarqués pour être désinfectés. Leur désinfection et celle du navire sont pratiquées d'une façon complète.

Toutefois, l'autorité sanitaire locale peut décider que le déchargement des gros bagages et des marchandises n'est pas nécessaire, et qu'une partie seulement du navire doit subir la désinfection.

Le régime prévu pour la destruction des rats est appliqué en ce qui concerne les rats qui pourraient se trouver à bord.

Tous les pèlerins sont soumis, à partir du jour où ont été terminées les opérations de désinfection, à une observation de sept jours pleins, qu'il s'agisse de peste ou de choléra. Si un cas de peste ou de choléra s'est produit dans une section, la période de sept jours ne commence pour cette section qu'à partir du jour où le dernier cas a été constaté.

Dans le cas prévu ci dessus, les pèlerins égyptiens subissent en outre une observation supplémentaire de trois jours

Si la présence de la peste ou du choléra n'est constatée ni au Hedjaz, ni au port d'où provient le navire, et ne l'a pas été au Hedjaz au cours du pèlerinage, le navire est soumis à El-Tor aux règles instituées à Camaran pour les navires indemnes.

Les pèlerins sont débarqués ; ils prennent une douche lavage ou un bain de mer; leur linge sale ou la partie de leurs effets à usage et de leurs bagages qui peut être suspecte, d'après l'appréciation de l'autorité sanitaire, sont désinfectés. La durée de ces opérations, y compris le débarquement et l'embarquement, ne doit pas dépasser soixante-douze heures.

Toutefois, un navire à pèlerins, appartenant à une des nations ayant adhéré aux stipulations de la présente convention et des conventions antérieures, s'il n'a pas eu de malades atteints de peste ou de choléra en cours de route de Djeddah à Yambo et à El-Tor, et si la visite médicale individuelle, faite à El-Tor, après débarquement, permet de constater qu'il ne contient pas de tels malades, peut être autorisé, par le Conseil sanitaire d'Egypte, à traverser en quarantaine le canal de Suez, même la nuit, lorsque sont réunies les quatre conditions suivantes :

1° Le service médical est assuré à bord par un ou plusieurs médecins commissionnés par le gouvernement auquel appartient le navire;

2° Le navire est pourvu d'étuves à désinfection, et il est constaté que le linge sale a été désinfecté en cours de route;

3° Il est établi que le nombre des pèlerins n'est pas supérieur à celui autorisé par les règlements du pèlerinage ;

4° Le capitaine s'engage à se rendre directement dans un des ports du pays auquel appartient le navire.

La visite médicale après débarquement à El-Tor doit être faite dans le moindre délai possible.

La taxe sanitaire payée à l'Administration quarantenaire est la même que celle qu'auraient payée les pèlerins s'ils étaient restés trois jours en quarantaine.

Le navire qui, pendant la traversée de El-Tor à Suez, aurait eu un cas suspect à bord, sera repoussé à El-Tor.

Le transbordement des pèlerins est strictement interdit dans les ports égyptiens.

Les navires partant du Hedjaz et ayant à leur bord des pèlerins à destination d'un port de la côte africaine de la mer Rouge sont autorisés à se rendre directement à Souakim, ou en tel autre endroit que le Conseil sanitaire d'Alexandrie décidera, pour y subir le même régime quarantenaire qu'à El-Tor.

Les navires venant du Hedjaz ou d'un port de la côte arabique de la mer Rouge avec patente nette, n'ayant pas à bord des pèlerins ou masses analogues et qui n'ont pas eu d'accident suspect durant la traversée, sont admis en libre pratique à Suez, après visite médicale favorable.

Lorsque la peste ou le choléra aura été constaté au Hedjaz :

1° Les caravanes composées de pèlerins égyptiens doivent, avant de se rendre en Egypte, subir une quarantaine de rigueur à El-Tor, de sept jours en cas de choléra ou de peste; elles doivent ensuite subir à El-Tor une observation de trois jours, après laquelle elles ne sont admises en libre pratique qu'après visite médicale favorable et désinfection des effets ;

2° Les caravanes composées de pèlerins étrangers devant se rendre dans leurs foyers par la voie de terre sont soumises aux mêmes mesures que les caravanes égyptiennes et doivent être accompagnées par des gardes sanitaires jusqu'aux limites du désert.

Lorsque la peste ou le choléra n'a pas été signalé au Hedjaz, les caravanes de pèlerins venant du Hedjaz par la route d'Akaba ou de Moïla sont soumises, à leur arrivee au canal ou à Nakhel, à la visite médicale et à la désinfection du linge sale et des effets à usage.

Il y aura dans les ports d'embarquement du Hedjaz des installations sanitaires assez complètes pour qu'on puisse appliquer aux pèlerins qui doivent se diriger vers le Sud pour rentrer dans leur pays les mesures qui sont

obligatoires, pour les provenances par mer, au moment du départ de ces pèlerins dans les ports situés au delà du détroit de Bab-el-Mandeb.

L'application de ces mesures est facultative, c'est-à-dire qu'elles ne sont appliquées que dans les cas où l'autorité consulaire du pays auquel appartient le pèlerin, ou le médecin du navire à bord duquel il va s'embarquer, les juge nécessaires.

Pénalités. — Tout capitaine convaincu de ne pas s'être conformé, pour la distribution de l'eau, des vivres ou du combustible, aux engagements pris par lui, est passible d'une amende de 2 livres turques (45 fr.). Cette amende est perçue au profit du pèlerin qui aurait été victime du manquement et qui établirait qu'il a en vain réclamé l'exécution de l'engagement pris.

Toute infraction en ce qui concerne l'apposition d'affiches en toutes langues est punie d'une amende de 30 livres turques.

Tout capitaine qui a commis ou qui a sciemment laissé commettre une fraude quelconque concernant la liste des pèlerins ou la patente sanitaire est passible d'une amende de 50 livres turques.

Tout capitaine de navire arrivant sans patente sanitaire du port de départ, ou sans visa des ports de relâche, ou non muni de la liste réglementaire et régulièrement tenue, est passible, dans chaque cas, d'une amende de 12 livres turques.

Tout capitaine convaincu d'avoir ou d'avoir eu à bord plus de cent pèlerins sans la présence d'un médecin commissionné, ou plus de 1,000 pèlerins sans un second médecin, est passible d'une amende de 300 livres turques.

Tout capitaine convaincu d'avoir ou d'avoir eu à son bord un nombre de pèlerins supérieur à celui qu'il est autorisé à embarquer est passible d'une amende de 5 livres turques par chaque pèlerin en surplus.

Le débarquement des pèlerins dépassant le nombre régulier est effectué à la première station où réside une autorité compétente, et le capitaine est tenu de fournir aux pèlerins débarqués l'argent nécessaire pour poursuivre leur voyage jusqu'à destination.

Tout capitaine convaincu d'avoir débarqué des pèlerins dans un endroit autre que celui de leur destination, sauf leur consentement ou hors le cas de force majeure, est passible d'une amende de 20 livres turques par chaque pèlerin débarqué à tort.

Toutes autres infractions aux prescriptions relatives aux navires à pèlerins sont punies d'une amende de 10 à 100 livres turques.

Toute contravention constatée en cours de voyage est annotée sur la patente de santé, ainsi que sur la liste des pèlerins. L'autorité compétente en dresse procès-verbal pour le remettre à qui de droit.

Dans les ports ottomans, la contravention aux dispositions concernant les navires à pèlerins est constatée, et l'amende imposée par l'autorité compétente.

Tous les agents appelés à concourir à l'exécution des prescriptions de la présente Convention en ce qui concerne les navires à pèlerins sont passibles de punitions conformément aux lois de leurs pays respectifs en cas de fautes commises par eux dans l'application desdites prescriptions.

SURVEILLANCE ET EXÉCUTION

Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte. — Sont confirmées les stipulations de la Convention sanitaire de Venise du 30 janvier 1892, concernant la composition, les attributions et le fonctionnement du Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte, telles qu'elles résultent des décrets de S. A. le Khédive en date des 19 juin 1893 et 25 décembre 1894, ainsi que de l'arrêté ministériel du 19 juin 1894.

Les dépenses ordinaires résultant des dispositions de la présente Convention relatives notamment à l'augmentation du personnel relevant du Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte, seront couvertes à l'aide d'un versement annuel complémentaire par le gouvernement égyptien, d'une somme de quatre mille livres égyptiennes, qui pourrait être prélevée sur l'excédent du service des phares resté à la disposition de ce gouvernement.

Toutefois il sera déduit de cette somme le produit d'une taxe quarantenaire supplémentaire de 10 P. T. (piastres tarif) par pèlerin, à prélever à El-Tor.

Au cas où le gouvernement égyptien verrait des difficultés à supporter cette part dans les dépenses, les puissances représentées au Conseil sanitaire s'entendraient avec le gouvernement khédivial pour assurer la participation de ce dernier aux dépenses prévues.

Le Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte est chargé de mettre en concordance avec les dispositions de la présente Convention les règlements actuellement appliqués par lui concernant la peste, le choléra et la fièvre jaune, ainsi que le règlement relatif aux provenances des ports arabiques de la mer Rouge, à l'époque du pèlerinage.

Il revisera, s'il y a lieu, dans le même but, le règlement général de police sanitaire, maritime et quarantenaire présentement en vigueur.

Ces règlements, pour devenir exécutoires, doivent être acceptés par les diverses puissances représentées au Conseil.

Conseil supérieur de santé de Constantinople. — Le Conseil supérieur de santé de Constantinople est chargé d'arrêter les mesures à prendre pour prévenir l'introduction dans l'Empire ottoman et la transmission à l'étranger des maladies épidémiques.

Le nombre des délégués ottomans au Conseil supérieur de santé qui prendront part aux votes est fixé à quatre membres, savoir :

Le président du Conseil ou, en son absence, le président effectif de la séance (ils ne prendront part au vote qu'en cas de partage des voix); l'inspecteur général des services sanitaires; l'inspecteur de service; le délégué intermédiaire entre le Conseil et la Sublime Porte, dit *Mouhassébedgi*.

La nomination de l'inspecteur général, de l'inspecteur de service et du délégué précité, désignés par le Conseil, sera ratifiée par le gouvernement ottoman.

Les hautes parties contractantes reconnaissent à la Roumanie le droit, comme puissance maritime, d'être représentée au sein du Conseil par un délégué.

Les délégués des divers Etats doivent être des médecins régulièrement diplômés par une Faculté de médecine européenne, nationaux des pays qu'ils représentent, ou des fonctionnaires consulaires, du grade de vice-consul au moins ou d'un grade équivalent.

Les délégués ne doivent avoir d'attache d'aucun genre avec l'autorité locale ni avec une compagnie maritime.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux titulaires actuellement en fonctions.

Les décisions du Conseil supérieur de santé, prises à la majorité des membres qui le composent, ont un caractère exécutoire, sans autre recours.

Les gouvernements signataires conviennent que leurs représentants à Constantinople seront chargés de notifier au gouvernement ottoman la présente Convention et d'intervenir auprès de lui pour obtenir son accession.

La mise en pratique et la surveillance des dispositions de la présente Convention, en ce qui concerne les pèlerinages et les mesures contre l'invasion et la propagation de la peste et du choléra, sont confiées, dans l'étendue de la compétence du Conseil supérieur de santé de Constantinople, à un Comité pris exclusivement dans le sein de ce Conseil, et composé de représentants des diverses puissances qui auront adhéré à la présente Convention.

Les représentants de la Turquie dans ce Comité sont au nombre de trois : l'un d'eux a la présidence du Comité. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.

Un corps de médecins diplômés, de désinfecteurs et de mécaniciens bien exercés, ainsi que de gardes sanitaires recrutés parmi les personnes ayant fait le service militaire, comme officiers ou sous-officiers, est créé et aura pour mission d'assurer, dans le ressort du Conseil supérieur de santé de Constantinople, le bon fonctionnement des divers établissements sanitaires énumérés et institués par la présente Convention.

L'autorité sanitaire du port ottoman de relâche ou d'arrivée, qui constate une contravention, en dresse un procès-verbal, sur lequel le capitaine peut inscrire ses observations. Une copie certifiée conforme de ce procès-verbal est transmise, au port de relâche ou d'arrivée, à l'autorité consulaire du pays dont le navire porte le pavillon. Cette autorité assure le dépôt de l'amende entre ses mains. En l'absence d'un consul, l'autorité sanitaire reçoit cette amende en dépôt. L'amende n'est définitivement acquise au Conseil supérieur de santé de Constantinople que lorsque la Commission consulaire indiquée ci-dessous a prononcé sur la validité de l'amende.

Un deuxième exemplaire du procès-verbal certifié conforme doit être adressé par l'autorité sanitaire qui a constaté la contravention au président du Conseil de santé de Constantinople, qui communique cette pièce à la Commission consulaire.

Une annotation est inscrite sur la patente par l'autorité sanitaire ou consulaire, indiquant la contravention relevée et le dépôt de l'amende.

Il est créé à Constantinople une Commission consulaire pour juger les déclarations contradictoires de l'agent sanitaire et du capitaine inculpé. Elle est désignée chaque année par le corps consulaire. L'administration sanitaire peut être représentée par un agent remplissant les fonctions de ministère public. Le consul de la nation intéressée est toujours convoqué; il a droit de vote.

Les dépenses d'établissement, dans le ressort du Conseil supérieur de santé de Constantinople, des postes sanitaires définitifs et provisoires prévus par la présente Convention sont, quant à la construction des bâtiments, à la charge du gouvernement ottoman. Le Conseil supérieur de santé de Constantinople est autorisé, si besoin est et vu l'urgence, à faire l'avance des sommes nécessaires sur le fonds de réserve; ces sommes lui seront fournies, sur sa demande, par la « Commission mixte chargée de la revision du tarif sanitaire ». Il devra, dans ce cas, veiller à la construction de ces établissements.

Le Conseil supérieur de santé de Constantinople devra organiser sans délai les établissements sanitaires de Hanikin et de Kisil-Dizié, près de Bayazid, sur les frontières turco-persane et turco-russe, au moyen des fonds qui sont dès maintenant mis à sa disposition.

Les autres frais occasionnés, dans le ressort dudit Conseil, par le régime établi par la présente Convention, sont répartis entre le gouvernement ottoman et le Conseil supérieur de santé de Constantinople, conformément à l'entente intervenue entre le gouvernement et les puissances représentées dans ce Conseil.

Conseil sanitaire international de Tanger. — Dans l'intérêt de la santé publique, les hautes parties contractantes conviennent que leurs représentants au Maroc appelleront de nouveau l'attention du Conseil sanitaire international de Tanger sur la nécessité d'appliquer les stipulations des Conventions sanitaires.

Dispositions diverses. — Chaque gouvernement déterminera les moyens à employer pour opérer la désinfection et la destruction des rats (1).

Le produit des taxes et des amendes sanitaires ne peut, en aucun cas, être employé à des objets autres que ceux relevant des Conseils sanitaires.

Les hautes parties contractantes s'engagent à faire rédiger par leurs Administrations sanitaires une instruction destinée à mettre les capitaines des navires, surtout lorsqu'il n'y a pas de médecin à bord, en mesure d'appliquer les prescriptions contenues dans la présente Convention en ce qui concerne la peste et le choléra, ainsi que les règlements relatifs à la fièvre jaune.

Golfe Persique. — Les frais de construction et d'entretien de la station sanitaire, dont la création à l'île d'Ormuz est prescrite plus haut, sont mis à la charge du Conseil supérieur de santé de Constantinople. La Commission mixte de revision dudit Conseil devra se réunir le plus tôt possible pour lui fournir, sur sa demande, les ressources nécessaires prises sur les réserves disponibles.

Office international de santé. — La Conférence ayant pris acte des conclusions de sa Commission des voies et moyens sur la création d'un Office sanitaire international à Paris, le gouvernement français saisira, quand il le jugera opportun, de propositions à cet effet, par la voie diplomatique, les Etats représentés à la Conférence (1).

FIÈVRE JAUNE

Il est recommandé aux pays intéressés de modifier leurs règlements sanitaires de manière à les mettre en rapport avec les données actuelles de la science sur le mode de transmission de la fièvre jaune, et surtout sur le rôle des moustiques comme véhicules des germes de la maladie.

ADHÉSIONS ET RATIFICATIONS

Les gouvernements qui n'ont pas signé la présente Convention sont admis à y adhérer sur leur demande. Cette adhésion sera notifiée par la voie diplomatique au gouvernement de la République française et, par celui-ci, aux autres gouvernements signataires.

La présente Convention sera ratifiée et les ratifications en seront déposées à Paris aussitôt que faire se pourra.

Elle sera mise à exécution dès que la publication en aura été faite conformément à la législation des Etats signataires. Elle remplacera, dans les rapports respectifs des puissances qui l'auront ratifiée ou y auront accédé, les Conventions sanitaires internationales signées les 30 janvier 1892, 15 avril 1893, 3 avril 1894 et 19 mars 1897.

Les arrangements antérieurs énumérés ci-dessus demeureront en vigueur à l'égard des puissances qui, les ayant signés ou y ayant adhéré, ne ratifieraient pas le présent acte ou n'y accéderaient pas.

---

(1) Les moyens de désinfection suivants sont donnés à titre d'indications :

Les hardes, vieux chiffons, pansements infectés, les papiers et autres objets sans valeur doivent être détruits par le feu.

Les effets à usage individuel, les objets de literie, les matelas souillés par le bacille pesteux sont sûrement désinfectés :

Par le passage à l'étuve à vapeur sous pression ou à l'étuve à vapeur fluente à 100°;

Par l'exposition aux vapeurs de formol.

Les objets qui peuvent, sans détérioration, être trempés dans des solutions antiseptiques (couvertures, linges, draps de lit) peuvent être désinfectés au moyen des solutions de sublimé à 1 ‰, d'acide phénique à 3 %, de lysol et de crésyl commercial à 3 %, de formol à 1 % (une partie de la solution commerciale de formaldéhyde à 40 %), ou au moyen des hypochlorites alcalins (de soude, de potasse) à 1 %, c'est-à-dire une partie de la solution usuelle d'hypochlorite commercial.

Il va sans dire que le temps de contact doit être assez long pour que les germes desséchés soient bien pénétrés par les solutions antiseptiques. Quatre à six heures suffisent.

Pour la destruction des rats, trois procédés sont actuellement mis en pratique :

1° Celui à *l'acide sulfureux mélangé d'une petite quantité d'anhydride sulfurique, propulsé sous pression dans les cales, avec brassage de l'air*, qui fait périr les rats et les insectes et détruirait en même temps les bacilles pesteux lorsque la teneur en anhydride sulfureux-sulfurique est assez élevée.

2° *Le procédé qui envoie dans les cales un mélange non combustible de protoxyde et de dioxyde de carbone*.

3° *Le procédé qui utilise l'acide carbonique de façon que la teneur de ce gaz dans l'air du navire soit de 30 % environ*.

Ces deux derniers procédés font périr les rongeurs sans avoir la prétention de tuer les insectes et les bacilles de la peste.

La Commission technique de la Conférence sanitaire de Paris (1903) a indiqué les trois procédés ci après :

Mélange d'anhydride sulfureux-sulfurique, mélange d'oxyde de carbone et d'acide carbonique, acide carbonique, parmi ceux auxquels les gouvernements pourraient avoir recours, et elle a été d'avis que, dans le cas où ils ne seraient pas mis en œuvre par l'Administration sanitaire elle-même, celle-ci devrait contrôler chaque opération et constater que la destruction des rats a été réalisée.

(1) Voici les résolutions de la Commission des voies et moyens relatives à un Office international de santé :

Il est créé un Office international de santé d'après les principes qui ont présidé à la formation et au fonctionnement du Bureau international des poids et mesures. Ce bureau aura son siège à Paris.

L'Office international aura pour mission de recueillir les renseignements sur la marche des maladies infectieuses. Il recevra à cet effet les informations qui lui seront communiquées par les autorités supérieures d'hygiène des Etats participants.

L'Office exposera périodiquement les résultats de ces travaux dans des rapports officiels qui seront communiqués aux gouvernements contractants. Ces rapports devront être rendus publics.

L'Office sera alimenté par les contributions des gouvernements contractants.

Le gouvernement, sur le territoire duquel sera établi l'Office international de santé, sera chargé, dans un délai de trois mois après la signature des actes de la Conférence, de soumettre à l'approbation des Etats contractants un règlement pour l'installation et le fonctionnement de cette institution.

24e ANNÉE. — N° 5. Vingt centimes le numéro. 3 FÉVRIER 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Berger, professeur d'opérations et appareils, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Duplay mis à la retraite sur sa demande.

École de médecine de Marseille. — M. le docteur V. Aubert est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL
DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Chenzinski (C.). Zur Frage über den Bau der Nervenzellen : Was sind die Nissl'schen Körperchen ? (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 nov.) — Contribution à l'étude de la structure des cellules nerveuses : qu'est-ce que les corpuscules de Nissl ?

Halben (R.). Beiträge zur Anatomie der Thränenwege, mit besonderer Berücksichtigung mechanisch bedeutungsvoller Einrichtungen. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 1.) — Contribution à l'étude de l'anatomie des voies lacrymales.

Merkel (F.). Handbuch der topographischen Anatomie. T. III, 1er fasc. In-8°, 244 p. avec fig. Brunswick.

Pappenheim (A.). Ueber Beizenfärbung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 nov.) — Coloration avec mordançage.

Schmidt-Rimpler (H.). Die Farbe der Macula lutea. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 1.) — La couleur de la tache jaune.

Spitzka (E. A.). The postorbital limbus; a formation occasionally met with at the base of the human brain. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 avril.) — Limbe post-orbitaire, anomalie de la base du cerveau.

Wright (G. A.) et **Preston** (C. H.). Handbook of surgical anatomy. In-8°, 242 p. Londres.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Aievoli (E.). Studio sulla morfologia e topografia dello strato granuloso dell'ectoderma (spina bifida, neoplasmi, granulomi) in rapporto a vestigi epitrichiali. (*Morgagni*, nov.)

Barlow (W. S. L.). Elements of pathological anatomy and histology. In-8°, 720 p. Londres.

Bierring (W. L.). Multiple periosteal sarcomata of the cranium, with involvement of retroperitoneal lymph nodes, and attending severe, probably pernicious, anemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 sept.)

Königer (H.). Histologische Untersuchungen über Endokarditis. In-8°, 162 p. avec planches. Leipzig.

Martzinovsky (E.). Etiologie et anatomie pathologique de l'endocardite aiguë (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 21.)

Milner (R.). Ueber Pigmentbildung und Organisation, speciell in einem extraduralen Hämatom. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 3.)

Moulinier. Transformation myéloïde complète de la rate dans une intoxication subaiguë par le bichlorure de mercure; étude anatomopathologique. (*Arch. de méd. navale*, nov.)

Neurath (R.). Veränderungen im Zentralnervensystem beim Keuchhusten; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 nov.) — Altérations du système nerveux central dans la coqueluche.

Steinert. Ueber die embryoiden Geschwülste der Keimdrüsen und über das Vorkommen chorionepitheliom-artiger Bildungen in diesen Tumoren. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — Embryomes des glandes génitales et présence d'éléments chorio-épithéliomateux dans ces tumeurs.

Tomaselli (G.). Sulle alterazioni delle tuniche venose nel processo varicoso. (*Gazz. degli Osped.*, 13 déc.)

MÉDECINE

Landau (A.). Ueber die intermittirende Niereninsufficienz bei Arteriosklerose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 déc.) — Sur l'insuffisance rénale intermittente dans l'artériosclérose.

Lorand (A.). Die Entstehung der Zuckerkrankheit und ihre Beziehungen zu den Veränderungen der Blutgefässdrüsen. In-8°, 63 p. Berlin. — La pathogénie du diabète dans ses rapports avec les altérations des glandes vasculaires sanguines.

Mohr (H.). Ueber spontane Heilungsvorgänge beim Karzinom. (*Therap. Monatsh.*, nov. et déc.) — Guérison spontanée du cancer.

Neumann (A.) et **Frick** (F.). Bauchmassage bei Herzkranken. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — Massage abdominal chez les cardiaques.

Peake (W. H.). Two cases illustrating the fallacy of certain physical signs in diagnosing acute perforated gastric ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 21 nov.)

Pichler (K.). Parotitis secundaria bei Pneumonie; Entleerung des Eiters durch das Gangsystem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 déc.) — Parotidite secondaire dans la pneumonie; écoulement du pus par le conduit excréteur de la glande.

Pröscher. Weitere Untersuchungen über die Ehrlich'sche Dimethylamidobenzaldehydreaktion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 déc.)

Riegel (F.). Die Erkrankungen des Magens. 1. Teil : Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 2e éd. In-8°, 336 p. avec fig. Vienne. — Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac.

Schmidt (A.) et **Strasburger** (J.). Die Fäces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande, mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Untersuchungsmethoden. 4. Heft : Die Mikroorganismen der Fäces. In-8°, p. 237 à 325, avec fig. Berlin. — Les microorganismes des fèces.

Spirig (W.). Die Retention der Chloride und das salzige Sputum bei Pneumonie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.) — La rétention des chlorures et les crachats salés dans la pneumonie.

Teissier (J.). Valeur sémiologique et pronostique de la chlorurie spontanée ou provoquée dans les néphrites. (*Lyon méd.*, 20 déc.)

Unger (K.). Zur Klinik des primären Endothelioms der Pleura. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 déc.)

Vandamme. Un cas intéressant de diabète. (*Policlinique*, 15 déc.)

Volhard (F.). Ueber das Alkalibindungsvermögen und die Titration der Magensäfte. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 déc.) — La fixation des alcalins et le titrage acidimétrique du suc gastrique.

Wakefield (H.). « The heart cure »; its terminology, purposes and achievements, including the etiology of fatty degeneration. (*Med. News*, 21 nov.) — La « cure cardiaque » et l'étiologie de la dégénérescence graisseuse du cœur.

Weber (F. P.). Ein Fall von akuter Leukämie, mit einem Schema für die Einteilung der Leukämien und Pseudoleukämien. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 2.) — Un cas de leucémie aiguë, avec un schéma pour la classification des leucémies et des pseudo-leucémies.

Widal (F.) et **Javal** (A.). La chlorurémie et la cure de déchloruration dans le mal de Bright. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Williamson (O. K.). On the relation existing between uric acid excretion and the breaking down of the white corpuscles. (*Lancet*, 6 juin.) — Les rapports entre l'excrétion d'acide urique et la destruction des globules blancs.

Zeri (A.). Bradicardia parziale e malattia di Adams-Stokes. (*Policlinico*, partie méd., X, 12.)

MALADIES INFECTIEUSES

Arnheim (G.). Ueber die pathologische Anatomie des Keuchhustens und das Vorkommen der Keuchhustenbazillen in den Organen. (*Virchow's Arch.*, CLXXIV, 3.) — Sur l'anatomie pathologique de la coqueluche et sur la présence de bacilles de la coqueluche dans les viscères.

Carroll (J.). The etiology of yellow fever; an addendum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 nov.) — L'étiologie de la fièvre jaune.

Iwanow (A.). Ueber Angina Vincenti und deren Komplikationen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 17 déc.)

Lasserre. Le choléra à bord de la *Comète*. (*Arch. de méd. navale*, août.)

Lesieur (Ch.). Endocardite infectieuse subaiguë à pneumocoques terminée par méningite cérébro-spinale; reproduction expérimentale de l'endocardite. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Lioubomoudrov (P.). Un cas de charbon à forme intestinale (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, nov.)

Pilsbury (L. B.). The degree to which substances agglutinating the dysentery bacilli are present in the blood of non-infected persons. (*Med. News*, 5 déc.) — Proportion des substances agglutinant les bacilles de la dysenterie dans le sang de sujets non infectés.

Pirquet (C. von) et **Schick** (B.). Zur Theorie der Inkubationszeit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 nov.) — Considérations théoriques sur la durée de l'incubation.

Ross (R.). Der Anteil Koch's an der Malariaforschung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 déc.) — La part de R. Koch dans l'étude de la malaria.

Schindler (E.). Casuistischer Beitrag zur Frage der Uebertragbarkeit von Rindertuberculose auf den Menschen. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 déc.) — Transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme.

Schupfer (F.). Sull'anasarca acuto nella malaria recente. (*Policlinico*, partie méd., X, 11 et 12.)

Tyjnenko (A.). Complications de la fièvre typhoïde (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, nov.)

Willis (S. N.). Medical aspects of tuberculosis. (*Amer. Practitioner and News*, 1er sept.)

Zieler (K.). Ueber chronischen Rotz beim Menschen, nebst Bemerkungen über seine Diagnose und medicinal-polizeiliche Bedeutung, den Wert des Malleïns, die Therapie, sowie pathologisch-anatomischen Untersuchungen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 2.) — La morve chronique chez l'homme.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bach (L.). Ueber die reflectorische Pupillenstarre und den Hirnrindenreflex der Pupille. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.) — Immobilité réflexe des pupilles et réflexe cortical des pupilles.

Ballet (G.). Traité de pathologie mentale. In-8°, 1604 p. avec fig.

Broglio (O.). Contributo allo studio dell'epilessia cardiaca. (*Morgagni*, nov.)

Cestan (R.) et **Halberstadt**. Epithélioma kystique de l'hypophyse sans hypertrophie du squelette. (*Rev. neurol.*, 30 déc.)

Christen (W.). Ein Fall von Polymyositis acuta. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.)

Conti (L.). Contributo clinico allo studio della demenza consecutiva. (*Gazz. degli Osped.*, 20 déc.)

Dana (Ch. L.). Acute bulbar paralysis due to hemorrhage and softening of the pons and medulla. (*Med. Record*, 5 sept.) — Paralysie bulbaire aiguë par hémorrhagie et ramollissement de la protubérance et du bulbe.

Dobrokhotov (V.). Contribution à l'étude des affections paludéennes du système nerveux (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 21.)

Dubois. Grundzüge der seelischen Behandlung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.) — Les bases de la psychothérapie.

Gautier (E.). Un cas d'ankylose progressive de la colonne vertébrale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 21.)

Grätzer. Tabische Osteoarthropathie der Wirbelsäule. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 déc.) — Ostéoarthropathie tabétique de la colonne vertébrale.

Hartmann (C.). Ueber Tabes juvenilis und Lues hereditaria. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 déc.)

Kräpelin (E.). Psychiatrie. I. Band : Allgemeine Psychiatrie. 7e éd. In-8°, 478 p. Leipzig. — Psychiatrie générale.

Lépine (J.). Syndrome de Brown-Séquard et syphilis spinale. (*Rev. de méd.*, déc.)

Mannini (C.). Su di un caso di neuroglioma sorto al davanti dei talami ottici. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.)

Möbius (P. J.). Die Migräne. 2e éd. In-8°, 114 p. Vienne.

Morell (H.). General convulsive tic with coprolalia. (*Med. News*, 5 déc.)

Negodaïev (A.). Des psychoses menstruelles (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, nov.)

Oppenheim (H.). Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. 2e éd. In-8°, 200 p. avec fig. Vienne. — Les affections syphilitiques du cerveau.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Dyer (I.). Leprosy from a sanitary standpoint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 nov.) — La lèpre au point de vue sanitaire.

Jordan (A.). Ueber einen, den « tuberculides acnéiformes et nécrotiques » ähnlichen Krankheitsfall. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 déc.) — Sur un cas rappelant les tuberculides acnéiformes et nécrotiques.

Metchnikoff (E.) et **Roux** (E.). Ueber die experimentelle Syphilis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 déc.)

Muglia (N.). Di un metodo complesso di cura per l'uretrite cronica blenorragica. (*Gazz. degli Osped.*, 29 nov.)

Prissmann (S.). Zur Pemphigusfrage. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 déc.)

Ramazzotti (V.). Su di un caso di ulcera serpiginosa cronica della verga; note cliniche ed anatomo-patologiche. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.)

Sack (A.). Zwei Fälle von primärem und isolirtem Lichen ruber planus buccalis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 déc.)

Söllner (J.). Ein Fall von Erythema induratum (Bazin), kombiniert mit Lichen scrophulosorum. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 déc.)

Waldheim (F. von). Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Haut (die Stachelzellnerven-Hypothese). In-8°, 135 p. Vienne. — Contribution à la physiologie et à la pathologie de la peau.

CHIRURGIE

Aldrich-Blake (Louisa B.). Abdomino-perineal excision of the rectum by a new method. (*Brit. Med. Journ.*, 19 déc.)

Ashe (E. O.). Excision of a perforated gastric ulcer; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 5 déc.)

Barbe. Hernie crurale étranglée; kélotomie; anus contre nature; guérison. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Bland-Sutton (J.). On the effect of perforation of the colon by small foreign bodies, especially in relation to abscess of an epiploic appendage. (*Lancet*, 24 oct.) — Les conséquences de la perforation du côlon par de petits corps étrangers, surtout au point de vue de la formation d'abcès dans l'appendice épiploïque.

Butlin (H. T.). An account of eight cases of « pressure-pouch » of the œsophagus removed by operation. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juillet.) — 8 cas de diverticule de l'œsophage « par pression », traités chirurgicalement.

Cheatle (G. L.). The behaviour of cancer within nerve and trophic areas. (*Brit. Med. Journ.*, 12 déc.) — Les rapports du cancer avec les aires nerveuses et trophiques.

Cleland (J. B.). « Indiarubber jaw » : a peculiar carcinomatous invasion from the submaxillary salivary gland. (*Brit. Med. Journ.*, 19 déc.) — Cas d'infiltration cancéreuse particulière de la machoire inférieure ayant les glandes sous-maxillaires pour point de départ.

Dalla Rosa (C.). Del catgut sterilizzato con soluzione iodo-iodurata. (*Gazz. degli Osped.*, 29 nov.)

Doberauer (G.). Beiträge zur Epiphysenosteomyelitis. (*Prag. med. Wochensch.*, 17 et 24 déc.)

Donath (J.). Kraniektomie bei Epilepsien verschiedenen Ursprunges. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 nov.) — Craniectomie pour épilepsies d'origine diverse.

Eckstein (H.). Vaselin- oder Hartparaffinprothesen? (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 déc.)

Fornaroli (G.). Un caso di gastroenterostomia per stenosi benigna. (*Gazz. degli Osped.*, 29 nov.)

Gasparini (G.). Contributo alla cura dell'ectopia inguinale del testicolo con l'orchidopessia. (*Gazz. degli Osped.*, 15 nov.)

Goelet (A. H.). Fixation of the prolapsed kidney. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 nov.) — Fixation du rein prolabé.

Griffiths (C. A.). Case of sarcoma of the femur, with description of a recent method of amputation at the hip-joint. (*Brit. Med. Journ.*, 19 déc.) — Un cas de sarcome du fémur; description d'un procédé de désarticulation de la hanche.

Grünbaum (R.). Ueber das « harte traumatische Oedem » des Handrückens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 et 24 déc.) — Sur l' « œdème dur traumatique » du dos de la main.

Haberer (H.). Zur Kasuistik der Folgezustände forcierter Taxisversuche bei inkarzerierten Hernien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 déc.) — Conséquences du taxis forcé en cas de hernie étranglée.

Harris (W.) et **Low** (V. W.). On the importance of accurate muscular analysis in lesions of the brachial plexus, and the treatment of Erb's palsy and infantile paralysis of the upper extremity by cross-union of the nerve roots. (*Brit. Med. Journ.*, 24 oct.) — Importance de l'analyse exacte des troubles musculaires dans les lésions du plexus brachial; traitement de la paralysie d'Erb et de la paralysie infantile de l'extrémité supérieure par la transposition des racines nerveuses.

Henriksen (P. B.). Nervensutur und Nervenregeneration. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 2 et 3.)

Hoskins (J. S.). Setonage in empyema. (*Amer. Practitioner and News*, 1er sept.)

Kholtzov (B.). Rétrécissements cicatriciels de l'intestin grêle (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 déc.)

Kocher (T.). Text-book of operative surgery. (Trad. de l'allemand par H. J. Stiles.) In-8°, 466 p. avec fig. Londres.

Kozlovsky (I.). Contribution clinique à l'étude de la fixation du grand épiploon à la paroi abdominale antérieure (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 et 29 nov.)

Léo. Postes et passages des blessés à bord du croiseur cuirassé *Montcalm*. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Macaggi (L.). Gastro-entero-anastomosi da sfacelo (morse metalliche, nodi serici); nota preventiva. (*Morgagni*, nov.)

Matas (R.). Operative treatment of bilateral cicatricial ankylosis of the jaws. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 nov.) — Traitement opératoire de l'ankylose cicatricielle bilatérale des mâchoires.

Mellish (E. J.). General surgical anesthesia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 et 12 déc.)

Moullin (C. M.). Transplantation of the insertion of the biceps tendon for persistent contraction of the knee-joint in a case of rheumatoid arthritis. (*Brit. Med. Journ.*, 19 déc.)

Mummery (P. L.). After-treatment of operations. In-8°, 230 p. Londres. — Soins à donner après les opérations.

Padula (F.). Procedimento assolutamente asettico nella gastro-enterostomia; nota preventiva. (*Policlinico*, 12 déc.)

Rehn (L.). Ueber den Wert der Blutkörperchenzählung bei den akuten Entzündungen des Wurmfortsatzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 déc.) — La leucocytose dans les appendicites aiguës.

Salzer (H.). Ein Fall von vollständigem Darmverschluss nach Verletzung durch stumpfe Gewalt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 nov.) — Un cas d'occlusion intestinale complète à la suite d'un traumatisme par instrument contondant.

Sargent (P. W. G.). A case of upward dislocation of the foot. (*Lancet*, 17 oct.) — Un cas de luxation du pied en haut.

Senn (N.). The surgical treatment of traumatic hemorrhage of the spleen. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 nov.)

Thönes (C.). Ueber Bauchfelltuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 déc.) — De la tuberculose péritonéale.

Vaughan (G. T.). The treatment of anterior dislocation of the shoulder, with report of a case in which reduction was prevented by the detached greater tuberosity. (*Med. News*, 5 déc.) — Le traitement de la luxation de l'épaule en avant, avec la relation d'un cas dans lequel l'arrachement de la grosse tubérosité fit obstacle à la réduction.

Veras (S.). Des déviations de la colonne vertébrale chez les pottiques coxalgiques. (*Echo méd. du Nord*, 20 déc.)

Volkmann (G.). Beiträge zur Morphium-Skopolamin-Narkose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 déc.)

Wallis (F. C.). Three cases of perforated gastric ulcer; recovery after operation. (*Lancet*, 17 oct.)

Wettergren (C.). Hydrocele funiculi bilocularis extra- et intra-abdominalis. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 3.)

Willmoth (A. D.). Surgical aspects of tuberculosis. (*Amer. Practitioner and News*, 1er sept.)

Woolsey (G.). A contribution to the surgery of cerebral tumors. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Zatti (C.). Contributo alla statistica della gastroenterostomia. (*Gazz. degli Osped.*, 22 nov.)

UROLOGIE

De Franchis (G.). Calcolosi vescicale da corpi estranei. (*Morgagni*, nov.)

Lower (W. E.). On the value of ureteral catheterization and urine separation with hemocryoscopy and urino-cryoscopy in surgical diseases of the kidney. (*Med. News*, 19 déc.)

Posner (C.). Der Urogenitalkrebs in seiner Bedeutung für das Krebsproblem. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 1.) — Le cancer génito-urinaire au point de vue de l'étiologie du cancer.

Rydygier (L.). Nowy pomysl leczenia ektopiae vesicae urinariae. (*Gaz. lekarska*, 12 déc.) — Un nouveau procédé de traitement de l'ectopie de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Boldt (J.). Das Trachom als Volks- und Heereskrankheit. In-8°, 240 p. Berlin. — Le trachome en tant que maladie populaire et maladie des troupes.

Bull (O.). Klinische Studien über die Krankheiten der Retinalgefässe. In-4°, 82 p. avec fig. Leipzig. — Etudes cliniques sur les affections des vaisseaux rétiniens.

Elschnig. Ptosisoperation. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 déc.)

Opin et **Rochon-Duvigneaud**. Recherches sur les lésions comparées de la rétine et des autres organes chez les malades atteints de rétinite albuminurique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Peters (A.). Ueber traumatische Hornhauterkrankungen (Erosionen, Keratitis disciformis und Ulcus serpens) und ihre Beziehungen zum Herpes corneæ. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 1.) — Les affections traumatiques de la cornée et leurs rapports avec le zona ophtalmique.

Sassaparel (J.). Le massage dans le traitement des maladies des yeux (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, nov.)

Savage (G. C.). The voluntary and involuntary brain centers controlling the ocular muscles. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 nov.)

Tchemolossov (A.). Des hémorrhagies rétiniennes en cas d'anémie pernicieuse helminthiasique (*Botriocephalus latus*) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 nov.)

Uhthoff (W.). Zur Siderosis retinae et bulbi; ein Beitrag zu den Eisensplitterverletzungen des Auges. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 nov. et 3 déc.)

Wright (J. W.). Cramp of the ciliary muscle due to eyestrain. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 sept.) — Crampe du muscle ciliaire, due au surmenage des yeux.

Würdemann (H. V.) et **Black** (N. M.). Surgical treatment of high myopia; second paper. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 nov.) — Traitement chirurgical de la myopie excessive.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Gillmore (R. T.). Catarrhal enteritis in women simulating pelvic disease. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Goffe (J. R.). A pseudohermaphrodite, in which the female characteristics predominated; operation for removal of the penis and the utilization of the skin covering it for the formation of a vaginal canal. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Un cas de pseudo-hermaphrodisme avec prédominance des caractères féminins; opération pour ablation du pénis et utilisation de la peau qui recouvrait celui-ci pour la confection d'un vagin.

Grossmann. Ueber puerperale Metrophlebitis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.)

Hahl (C.). Klinische Studie über die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — Etude clinique sur l'accouchement prématuré artificiel en cas de bassin rétréci.

Hansen (P. N.). Beitrag zur Lehre von den Sarkomen des Uterus. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 3.)

Jacoby (M.). Ueber Prolapsoperationen und deren Dauerresultate. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — Les opérations pour prolapsus et leurs résultats définitifs.

Jaffé (J.). Blasenmole und Eierstock, ein Beitrag zur Pathologie des Corpus luteum. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — Môle hydatiforme et ovaire; contribution à la pathologie du corps jaune.

Kayser (F.). Ueber Vorfall der Placenta bei normalem Sitz. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — Prolapsus du placenta normalement inséré.

Kolischer (G.). Pseudo-vaginismus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Kothen (C.). Ueber die Morbidität im Wochenbett nach Geburt von macerirten Früchten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — Sur la morbidité au cours des suites de couches en cas de fœtus macéré.

Lane (C. A.). A clinical comparison of the maternal pelvis and of the fœtus in Europeans, Eurasians and Bengalis, and the enunciation of a new law in accordance with which the size of the child at birth is determined. (*Lancet*, 26 sept.) — Comparaison entre le bassin de la mère et le fœtus; une nouvelle loi d'après laquelle on peut déterminer les dimensions du fœtus.

Massey (G. B.). Destructive sterilization by cataphoresis of cancer of the uterine cervix. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 nov.)

Monprofit. Chirurgie des ovaires et des trompes. In-8°, 454 p.

Morison (A. E.). Notes on five cases of abdominal section for emergencies during pregnancy. (*Lancet*, 3 oct.) — 5 cas de laparotomie d'urgence au cours de la grossesse.

Morris (R. T.). Ovarian grafting. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Greffe ovarienne.

Oberländer (O.). Ueber die Vorteile der vaginalen Bauchhöhlendrainage. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 3.) — Sur les avantages du drainage de la cavité abdominale à travers le vagin.

Pantzer (H. O.). Conservative surgery of the sclerotic ovary. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 nov.)

Pfaff (O. G.). Inhibited tubal peristalsis : a cause of ectopic gestation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 nov.)

Puppel (E.). Ueber Geburtshindernisse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 déc.) — Des obstacles à l'accouchement.

Robins (Ch. R.). Ovarian cystomata, with report of an unusually large multilocular ovarian cyst. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Rosenkranz (H.). Skeletirung eines etwa viermonatlichen Fœtus im Uterus in Folge von Fäulnis der Frucht bei « missed abortion ». (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 déc.) — Momification d'un fœtus d'environ quatre mois par putréfaction de l'œuf dans un cas de « missed abortion ».

Runge (E.). Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Extrauteringravidität. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.)

Saks (J.). Ein Fall eines ungewöhnlichen Geburtshindernisses. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 déc.) — Un cas de dystocie par obstacle insolite.

Seigneux (R. de). Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervicalcanales und des Muttermundes während der Schwangerschaft und der Geburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXX, 3.) — Dilatation mécanique du canal cervical et de l'orifice utérin pendant la grossesse et le travail.

Stoltz (M.). Grundriss der geburtshilflichen Diagnostik und Operationslehre. In-8°, 259 p. avec planches. Gratz. — Précis de diagnostic obstétrical et d'obstétrique opératoire.

Temesváry (R.). Diätetische Verfahren während der Schwangerschaft. (*Pest. med.-chir. Presse*, 13, 20 et 27 déc.) — Les régimes des femmes enceintes.

Thienhaus (C. O.). Vaginal exploratory puncture and celiotomy; their advisability in doubtful diagnosis in diseases of the female genital organs. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 déc.)

Walthard (M.). Ueber Struma colloides cystica im Ovarium. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 3.)

Zangemeister (W.). Untersuchungen über die Blutbeschaffenheit und die Harnsecretion bei Eklampsie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 3.) — Recherches sur la composition du sang et sur la sécrétion urinaire dans l'éclampsie.

PÉDIATRIE

Betti (U. A.). Sulla cura della galattoforite dei neonati. (*Morgagni*, nov.)

Gandini (V.). A proposito di un caso di stenosi cicatriziale del retto. (*Pediatria*, nov.)

Grande (E.). Su di un caso di angina del Ludwig in un bambino. (*Medico pratico*, 1er nov.)

Heubner (O.). Lehrbuch der Kinderheilkunde. T. Ier. In-8°, 716 p. avec fig. Leipzig. — Traité des maladies des enfants.

Iovane (A.). Grave tubercolosi in un bambino di 10 mesi; combinazione delle sindromi di Benedikt e di Millard-Gubler (autopsia e reperto istologico). (*Pediatria*, nov.)

Marcolongo (G.). Studio clinico-sperimentale di opoterapia colla glandola timo nella clorosi e in forme analoghe della fanciullezza. (*Pediatria*, nov.)

Owen (E.). Cleft-palate and hare-lip; the earlier operation on the palate. (*Lancet*, 19 déc.) — Fente du palais et bec-de-lièvre.

Vincent (R.). Nutrition of the infant. In-8°, 314 p. Londres.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Baker (Ch. H.). Nasal polypus; origin and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 déc.)

Freer (O. T.). The window resection operation for the correction of deflections of the nasal septum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 déc.) — La résection « en fenêtre » pour corriger les déviations de la cloison nasale.

Govséiev (A.). Un nouveau procédé de diagnostic de la surdité simulée (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 déc.)

Gradle (H.). Clinical experiences with the enlarged pharyngeal tonsil. (*Med. News*, 19 déc.)

Lake (R.). Handbook of the diseases of the ear. In-8°, 242 p. avec planches. Londres. — Manuel des maladies de l'oreille.

Potapov (I.). La troisième amygdale chez les nourrissons (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 déc.)

Robertson (Ch. M.). Removal of the faucial tonsil; some observations and a new method of operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 nov.)

Sawicki (B.). Przyczynek do leczenia nosa zapadnietego sposobem Israel'a. (*Gaz. lekarska*, 7 et 14 nov.) — Traitement de l'effondrement du nez d'après le procédé d'Israel.

Solly (S. E.). Special influences of the high altitudes on the nose and throat. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 nov.) — Influence des hautes altitudes sur le nez et sur la gorge.

Treitel. Die Beurteilung der Ohreiterungen bei der Aufnahme in eine Lebensversicherung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 21 déc.) — Les suppurations de l'oreille et l'assurance sur la vie.

HYGIÈNE

Pungier. L'eau distillée comme eau de boisson à bord. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Rodriguez Méndez (R.). Sanatorios y dispensarios antituberculosos. (*Clinica moderna*, déc.)

Tjaden. Abtötung der pathogenen Keime in der Molkereimilch durch Erhitzung ohne Schädigung der Milch und Milchprodukte. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 déc.) — Destruction des germes pathogènes dans le lait des vacheries par le chauffage sans altération du lait et de ses dérivés.

Wakefield (H. R.). Experimental hygiene. In-8°, 228 p. Londres.

Weyl (Th.). Handbuch der Hygiene. T. III, fasc. 1 à 3. In-8°, 200 p. Iéna.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Astolfoni (G.). Contributo alla ricerca chimico-tossicologica della stricnina nel sangue putrefatto. (*Gazz. degli Osped.*, 20 déc.)

Cumston (Ch. G.). Pregnancy and crime : a medico-legal study. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Grossesse et crime.

Hausmann (W.). Zur Kenntnis der Arsengewöhnung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 déc.) — Contribution à l'étude de l'accoutumance à l'arsenic.

Jellinek (S.). Elektropathologie; die Erkrankungen durch Blitzschlag und elektrischen Starkstrom in klinischer und forensischer Darstellung. In-8°, 246 p. avec fig. Stuttgart. — Affections dues à la fulguration et aux courants électriques intenses.

Louviot (V.). Empoisonnements par l'amanite panthère. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bornstein (K.). Sind Mastkuren nötig ? (*Münch. med. Wochensch.*, 22 déc.) — Les cures de suralimentation sont-elles nécessaires ?

Gerhard (S. P.). Treatment of tapeworm. (*Med. News*, 14 nov.) — Traitement du tænia.

Gilbert (W. H.). Beitrag zu den neueren Heilverfahren in ihrer Bedeutung für die Behandlung der Berufskrankheiten und Unfallverletzungen. In-8°, 100 p. Berlin. — Les nouveaux procédés thérapeutiques dans leurs rapports avec le traitement des maladies professionnelles et des accidents.

Goldschmidt (J.). Marmorek's Tuberkuloseserum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 déc.)

Lemaire (P.). Sur les injections huileuses naphtolées camphrées. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 déc.)

Metcalfe (R.). Essays and notes on hydrotherapeutics. In-8°, 260 p. Londres.

Zahorsky (J.). The mortality of diphtheria in private practice under the antitoxin treatment. (*Med. News*, 5 déc.)

Zuccalà (F.). La digitale ad alta dose ed il salasso nella cura della pneumonite lobare. (*Gazz. degli Osped.*, 6 déc.) — La digitale à hautes doses et la saignée dans le traitement de la pneumonie lobaire.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Dessauer (F.) et **Wiesner** (B.). Leitfaden des Röntgen-Verfahrens. In-8°, 303 p. avec fig. Berlin. — Guide de radiologie.

Finsen (N. R.). The red-light treatment of smallpox. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 nov.) — Le traitement de la variole par la lumière rouge.

Gocht (H.). Handbuch der Röntgen-Lehre. 2e éd. In-8°, 406 p. avec fig. Stuttgart. — Manuel de radiologie.

Kienböck (R.). Zur radiographischen Anatomie und Klinik der chondralen Dysplasie der Knochen mit multiplen cartilaginären Exostosen. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 et 28 nov., 5, 12, 19 et 26 déc.)

Schiff (E.). Erfolge der Röntgentherapie. In-8°, 24 p. avec fig. Vienne. — Résultats de la radiothérapie.

Stechow. Das Röntgen-Verfahren, mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Verhältnisse. In-8°, 265 p. avec fig. Berlin. — Les rayons de Röntgen, surtout au point de vue militaire.

BACTÉRIOLOGIE

Bourak (S.). Recherches relatives à l'action de l'électricité sur les microbes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 et 29 nov.)

Calamida (D.). L'emolisina del bacillo nel colera dei polli. (*Gazz. degli Osped.*, 6 déc.)

Ernst (P.). Ueber Bau und Bedeutung der Bakterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 et 22 déc.) — Structure et signification des bactéries.

Kraus (R.). Zur Differenzirung des Choleravibrio von artverwandten Vibrionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 déc.)

Löwenstein (E.). Ueber Katalasen in Bakterienfiltraten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 déc.)

24e ANNÉE. — N° 6. Vingt centimes le numéro. 10 FÉVRIER 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Chantemesse, professeur de pathologie expérimentale et comparée, est nommé, sur sa demande, professeur d'hygiène, en remplacement de M. Proust, décédé.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berne. — M. le docteur Josef Jadassohn, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Luigi Maria Bossi, privatdocent, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Otto Kölpin est nommé privatdocent de psychiatrie.

VARIA

Congrès allemand de chirurgie en 1904.

Le trente troisième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 6 au 9 avril prochain.

Congrès allemand de médecine interne en 1904.

Le vingt et unième Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Leipzig du 18 au 21 avril prochain.

Voici la question qui fera l'objet d'un rapport : *L'artériosclérose.*

NÉCROLOGIE

M. le docteur José Calvo y Martín, ancien professeur d'anatomie chirurgicale à la Faculté de médecine de Madrid, sénateur du royaume d'Espagne. — M. le docteur H. F. A. Peijpers, rédacteur en chef du *Janus*. — M. le docteur George E. L. Pearse, ancien lecteur de chirurgie à Westminster Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Henry Leland Tolman, professeur de médecine légale au College of Physicians and Surgeons de Chicago. — M. le docteur Harvey C. Fraker, professeur d'anatomie pathologique à Ohio Medical University de Columbus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE BORDEAUX

Alzieu. Traitement du rhumatisme articulaire par les injections isotoniques péri-articulaires de salicylate de soude.

Augé. Statistique raisonnée de la consultation des maladies mentales de Bordeaux (1893-1903).

Bernard. L'ophtalmie granuleuse dans le département de la Gironde.

Bodiou. De l'hématocèle de l'épididyme.

Brimont. Romanciers et chirurgiens.

Cavaud. Des kystes dermoïdes du plancher buccal.

Challier. Du pronostic du gliome de la rétine.

Collin. De la valeur de la méthode mixte asepso-antiseptique en chirurgie abdominale.

Colomb. Rôle de la femme dans l'assistance aux blessés et malades militaires.

Combe. De l'influence des parfums et des odeurs sur les névropathes et les hystériques.

Cozanet. De la syphilis d'emblée.

Dupuy. De l'hématurie dans la tuberculose rénale.

Duvard. Des corps étrangers de la vessie chez l'enfant.

Duviella (J.-P.). Sur quelques cas de délire d'origine onirique dans la paralysie générale.

Fatôme. Traitement des cancers superficiels et des cancers du sein par les rayons X.

Fockenberghe. De l'introduction électrolytique de l'ion salicylique dans le traitement local des arthrites rhumatismales.

Foll. Médecine et superstitions populaires en Bretagne.

Fonteneau. Du décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius.

Fulconis. De la tuberculose génitale chez l'enfant et de son traitement.

Garnier. De l'épithélioma sénile de la main.

Gatrot. Prophylaxie du paludisme et de la fièvre jaune à bord des navires en station ou en relâche aux colonies.

Gauzère. La saignée; ses vicissitudes; sa valeur thérapeutique.

Ginoux. Des psychoses consécutives à l'opération de la cataracte.

Guégan. Des tumeurs du sein chez l'homme.

Guérard. Des altérations dentaires dans la paralysie générale.

Guillon. De la pneumonie évoluant concurremment avec la grippe.

Hébras. Existe-t-il un délire vaccinal?

Hénault. Des tics obsédants.

Hutin (R.-J.). Théobromine et perméabilité rénale.

Izard. Séquestration des aliénés dans la famille.

Janicot. Hématocolpos, hématométrie et hématosalpinx consécutifs à l'atrésie congénitale du vagin.

Jarland. Des résultats éloignés de la sympathicectomie cervicale dans la cure du glaucome.

Jolly (B.-A.). Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale.

Kervern. Du cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal.

Lalague. De la tuberculose de l'œsophage.

Lebœuf. Des branchiomes épithéliaux de la région cervicale.

Lestage. Etude critique des principaux procédés de désinfection des navires.

Madamet. Des blépharoplasties à pédicule.

Méline. Etude sur l'emploi de la cryogénine dans la fièvre des tuberculeux.

Mignon. Du traitement des affections auriculaires par la ponction lombaire.

Millous (P.-E.). Essai sur la médecine officielle dans l'antiquité gréco-latine.

Naureils. Des névrites puerpérales.

Orgebin. Des traumatismes auriculaires par balles de revolver.

Pezet. De l'état mental dans les tumeurs cérébrales.

Poncin. De la résistance électrique du corps humain.

Pouillot. Diagnostic et appréciation clinique des signes pseudo-cavitaires dans les affections pulmonaires et pleurales de l'enfance.

Ribéreau. De la forme pseudo-phymique du cancer pulmonaire primitif.

Robert. De la tuberculose du pubis.

Rouch. Notes sur la vie et l'œuvre du docteur Pierre Roussel (1742-1802).

Testut. Contribution à l'étude thérapeutique du collargol avec application dans diverses maladies infectieuses.

Tujagne. De la saignée dans la pneumonie franche aiguë ou fluxion de poitrine.

Vaillant. Folie et divorce.

Vielle. L'appendicite gangreneuse d'emblée.

Wadoux. Valeur diagnostique et pronostique comparée de l'inversion de la formule et de la secousse lente dans l'électro diagnostic.

PHYSIOLOGIE

Asher (L.) et **Spiro** (K.). Ergebnisse der Physiologie (2. Jahrgang). 2 vol. In-8°, 1571 p. avec fig. Wiesbaden.

Fick (A.). Gesammelte Schriften. II. Band: Physiologische Schriften. In-8°, 410 p. avec fig. Wurtzbourg. — Recueil de mémoires physiologiques.

Herbst (E.). Die Folgeerscheinungen des äusseren Luftdrucks in der Mundhöhle. (*Wien. med. Presse*, 20 et 27 déc.) — Effets de la pression atmosphérique sur la cavité buccale.

Hess (O.). Ueber die Beeinflussung des Flüssigkeitsaustausches zwischen Blut und Geweben durch Schwankungen des Blutdrucks. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 1-2.) — Influence des oscillations de la pression sanguine sur les échanges osmotiques entre le sang et les tissus.

Hofbauer (J.). Die Aufnahme von Eisen durch die menschliche Placenta aus dem maternen Blute; 1. Mitteilung. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, XL, 3-4.) — L'absorption, par le placenta humain, de fer provenant du sang de la mère.

Holmes (J. G.). The capacity of a human muscle for work. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 déc.) — Energie potentielle du muscle de l'homme.

Schwenkenbecher. Ueber die Ausscheidung des Wassers durch die Haut von Gesunden und Kranken. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 1-2.) — L'élimination de l'eau par la peau à l'état normal et à l'état pathologique.

Waller (A. D.). Eight lectures on signs of life from their electrical aspect. In-8°, 184 p. Londres.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Beer (E.). Lime deposits, especially the so-called « Kalkmetastasen », in the kidneys. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.) — Métastases calcaires du rein.

Bereslavsky (E.). Embolie par cellules parenchymateuses (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 22.)

Bricka et **Pons** (H.). Un cas de tumeur tridermique de la région prévertébrale, secondaire à une tumeur du testicule. (*Marseille méd.*, 15 déc.)

Cowan (J. M.). The fibroses of the heart. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.) — Myocardite fibreuse.

Gareiso (A.). Estudio sobre dos casos de degeneración amiloidea. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.-nov.)

Gouberman (M.). Contribution à l'étude de la coexistence du cancer et de la tuberculose (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 22.)

Noyes (A. W. F.). The histopathology of molluscum fibrosum. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Peham (H.). Das primäre Tubenkarzinom. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 12.)

Pepere (A.). 5 anni d'insegnamento di anatomia patologica dimostrativa [Università di Pisa, 1898-1903]. In-8°, 48 p. Naples.

Schiefferdecker (P.) et **Schultze** (F.). Beiträge zur Kenntnis der Myotonia congenita, der Tetanie mit myotonischen Symptomen, der Paralysis agitans und einiger anderer Muskelkrankheiten, zur Kenntnis der Aktivitäts-Hypertrophie und des normalen Muskelbaues. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXV, 1-4.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Amabilino (R.). Sulle prime vie olfattive; 1ª nota. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 4.)

Arnheim (J.) et **Rosenbaum** (A.). Ein Beitrag zur Frage der Zuckerzerstörung im Tierkörper durch Fermentwirkung (Glykolyse). (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, XL, 3-4.) — Sur la glycolyse par l'action de ferments.

Brauer (L.). Untersuchungen über die Leber. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, XL, 3-4.) — Recherches sur le foie.

Ceni (C.). Effetti della tireodectomia sul potere di procreazione e sui discendenti; nota preliminare. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 4.)

De Renzi (E.) et **Boeri** (G.). Sull'asportazione di alcuni organi addominali e sulla soppressione completa della loro circolazione. (*Gazz. degli Osped.*, 6 déc.)

Exner (A.). Ueber die durch intraperitoneale Adrenalininjektion veränderte Resorptionsfähigkeit des tierischen Peritoneums. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 12.) — Modifications du pouvoir de résorption du péritoine animal à la suite de l'injection intrapéritonéale d'adrénaline.

Frieben. Hodenveränderungen bei Tieren nach Röntgenbestrahlungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 déc.) — Action des rayons de Röntgen sur le testicule des animaux.

Gaylord. Ueber die Bedeutung der Plimmerschen (beziehungsweise Sjöbring'schen) Körperchen und die durch menschliches Material erzeugte Krebswucherung bei Tieren. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 2.) — Signification des corpuscules de Plimmer ou de Sjöbring; proliférations cancéreuses provoquées chez les animaux par des inoculations de cancer d'origine humaine.

Nicolas (J.) et **Dumoulin** (L.-E. et F.). Influence de la splénectomie sur les leucocytes du sang chez le chien. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bashford (E. F.). Some phenomena observed after conference of passive immunity on the same species, and on a species other than that providing the antitoxic serum. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Biagi (N.). Dei processi di riparazione delle ossa craniche negli innesti di osso vivente o calcinato o carbonizzato dopo l'asportazione della dura e del periostio; 2ª memoria. (*Policlinico*, partie chir., X, 12.)

Bordet (J.) et **Gengou** (O.). Recherches sur la coagulation du sang; 2e mémoire. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Brunn (M. von). Beitrag zur traumatischen Gangrän durch Ruptur der inneren Arterienhäute. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Contribution à l'étude de la gangrène traumatique par rupture de l'endartère.

Cioffi (E.). Sulla pretesa specificità delle nefrolisine e sulla nefrotossicità dei sieri normali omogenei ed eterogenei; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 29 nov.)

Ehrlich (P.). Toxin und Antitoxin. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 déc.)

Gruber (M.). Toxin und Antitoxin. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 déc.)

Hahn (M.). Ueber die Einwirkung von Blut und Galle auf Gärungsvorgänge. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 déc.) — L'action du sang et de la bile sur le processus de fermentation.

Kolle (W.) et **Otto** (R.). Untersuchungen über die Pest-Immunität. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 3.)

Kraus (R.) et **Joachim** (J.). Zur Frage der passiven Immunisierung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 déc.)

Lustig (A.). I metodi razionali di immunizzazione per mezzo di sostanze chimicamente estratte dai microrganismi patogeni. (*Morgagni*, déc.)

Molon (C.). Sul potere riduttore dei liquidi organici. (*Gazz. degli Osped.*, 13 déc.)

Morawitz (P.). Beiträge zur Kenntnis der Blutgerinnung; 1. Mitteilung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 1-2.) — Sur la coagulation du sang.

Moritz (O.). Einige Ergebnisse von Blutuntersuchungen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 26 déc.) — Recherches hématologiques.

Pick (E. P.) et **Joachim** (J.). Ueber das Verhalten der Eiweisskörper des Blutserums bei der Fäulnis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 déc.) — L'état des substances albuminoïdes du sérum sanguin dans la putréfaction.

Strasburger (J.). Ueber die Bedeutung der normalen Darmbakterien für den Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 déc.) — Rôle des microbes qui sont les hôtes habituels de l'intestin humain.

MÉDECINE

Allchin (W. H.). A manual of medicine. Vol. V : Diseases of the abdominal organs. In-8°, 700 p. Londres.

Behrend (M.). The dangers of inflating the stomach with CO^2 gas; its diagnostic value. (*Med. News*, 19 déc.)

Beltrami (G.). Sur un cas de maladie d'Addison à terminaison aiguë, avec délire. (*Marseille méd.*, 15 déc.)

Bragagnolo (G.). Intorno a due casi di pneumonite traumatica contusiva. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 mai.)

Braunstein (A.). Ueber den Nachweis des Urobilins und seine Ausscheidung bei Carcinom. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 1.) — Recherche de l'urobiline et élimination de cette substance chez les cancéreux.

Broglio (O.). Sulla malattia di Adams-Stokes. (*Boll. delle cliniche*, nov.)

Calvo (A.). Sull'eliminazione di sostanze albuminoidi solubili colle feci. (*Riv. critica di clinica medica*, 5 déc.)

Campani (A.). L'esfoliazione nella pneumonite. (*Gazz. degli Osped.*, 27 déc.)

Criegern (T. L. von). Ueber akute Bronchiektasie. In-8°, 142 p. avec fig. Leipzig.

Donati (M.). Sui globuli rossi del sangue umano colorabili a fresco col bleu di metilene; ricerche cliniche. (*Giorn. ital. delle scienze med.*, 1er-15 et 15-30 oct.)

Douglas (C.). Observations on diabetic coma, with special reference to β-oxybutyric acid as an etiological factor. (*Brit. Med. Journ.*, 26 déc.)

Dunin (T.). Materyaly do nauki o stwardnieniu tetnic. (*Gaz. lekarska*, 28 nov., 5 et 12 déc.) — Contribution à l'étude de l'artériosclérose.

Hallauer (B.). Ueber den Einfluss der Konzentration des Harns auf den Ausfall der Eiweissreaktionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 sept.) — Influence de la concentration de l'urine sur le défaut des réactions de l'albumine.

Hoffmann (R.). Ueber das allmähliche Verschwinden eines Tumors der oberen Bauchgegend (chronische interstitielle Pankreatitis). (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 déc.) — Sur la disparition graduelle d'une tumeur de la région supérieure de l'abdomen (pancréatite interstitielle chronique).

Kerner (E.). Drei Fälle von rasch aufgetretener Unterernährung auf der Basis von Coitus interruptus. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 déc.) — 3 cas de dénutrition rapide ayant pour cause le *coitus interruptus*.

Lucibelli (G.). Alcune considerazioni sul diabete renale. (*Gazz. internazion. di med.*, 15 déc.)

Mager (W.). Zur Symptomatologie des Diabetes mellitus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 nov.)

Moniz (G.). Alcoolismo e tuberculose, a proposito de um caso de tisica de forma aguda hemorrhagica. (*Gaz. med. da Bahia*, sept.)

Munch-Petersen (H.). Morbus Addisonii, betinget af binyrecirrhose og denne specielle forms kliniske forlöb. (*Hospitalstidende*, 2, 9 et 16 déc.) — Maladie d'Addison consécutive à la sclérose des capsules surrénales; évolution clinique de cette variété particulière.

Oberndorfer (S.). Zur Frage der posttraumatischen Nephritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 déc.)

Seidelin (H.). Undersögelser af maveindhold hos ældre individer. (*Hospitalstidende*, 25 nov.) — Recherches sur le chyme gastrique chez le vieillard.

Sommer. Die Umsetzung des Pulses in Töne. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 déc.) — La variation de la tonalité du pouls.

Travaux de la Société médicale de Kharkov pendant l'année 1902 (en russe). In-8°, 204 p. Kharkov.

MALADIES INFECTIEUSES

Berghinz (G.). Note sopra alcuni casi di scarlattina. (*Gazz. degli Osped.*, 1er nov.)

Blessich (T.). Lotta contro la febbre intermittente; un po' di storia; considerazioni e proposte. (*Clinica moderna*, 16 déc.)

Bonafonte. Algunas consideraciónes acerca de un caso de tétanos traumático. (*Clinica moderna*, déc.)

Hart (C.). Anatomische Untersuchungen über die bei Masern vorkommenden Lungenerkrankungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 1-2.) — Recherches anatomo-pathologiques sur les complications pulmonaires de la rougeole.

Huber (J. B.). Predispositions to tuberculosis. (*Med. News*, 26 déc.)

Kasarinov (G.). Le nouveau procédé de sérodiagnostic de la fièvre typhoïde, décrit par Ficker (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 déc.)

Manicatide (M.). Ueber Aetiologie und Serotherapie des Keuchhustens. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 3.) — Etiologie et sérothérapie de la coqueluche.

Marc (S.). Die Malaria im Turkestan; parasitologisch-klinische Studien. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 3.)

Marchoux, Salimbeni et **Simond**. La fièvre jaune (rapport de la mission française). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Marsden (R. W.). The stage of invasion in measles. (*Brit. Med. Journ.*, 26 déc.) — La période d'invasion dans la rougeole.

Ollwig. Bericht über die Thätigkeit der nach Ostafrika zur Bekämpfung der Malaria entsandten Expedition. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 3.) — Rapport de la mission envoyée dans l'Afrique orientale allemande pour combattre le paludisme.

Salmon (Th. W.). The relation of mild types of diphtheria to the public health. (*Med. News*, 21 nov.) — Les rapports entre les formes légères de diphtérie et la santé publique.

Sime (D.). Rabies; its place amongst germ diseases, and its origin in the animal kingdom. In-8°, 304 p. Londres. — La rage; sa place parmi les maladies microbiennes et son origine dans le règne animal.

Sorgo (J.). Zum Nachweise der Tuberkelbazillen im Sputum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 déc.) — La recherche du bacille de la tuberculose dans les crachats.

Stanley (Arthur). On sudden heart failure in toxæmic conditions, with a special reference to diphtheria and beri-beri. (*Brit. Med. Journ.*, 26 déc.) — La syncope cardiaque par toxémie, notamment dans la diphtérie et le béribéri.

Sternberg (G. M.). Infection and immunity, with special reference to the prevention of infectious diseases. In-8°, 316 p. Londres.

Thompson (J. A.). Report of the Board of Health on a second outbreak of plague at Sydney, 1902. In-4°, 80 p. avec fig. et cartes. Sydney. — La peste à Sydney en 1902.

Tjaden. Ansteckende Krankheiten und ihre Bekämpfung. In-8°, 75 p. Brême. — Les maladies contagieuses et les moyens de les combattre.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Diefendorf (A. R.). Blood changes in dementia paralytica. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — Modifications du sang dans la démence paralytique.

Dupré (E.), **Hauser** et **Sébilleau**. Méningomyélite tuberculeuse à lésions discrètes, paraplégie aiguë. (*Rev. neurol.*, 30 déc.)

Erbslöh (W.). Ueber einen Fall von isolirter Agraphie und amnestischer Erinnerungsunfähigkeit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 nov.) — Un cas d'agraphie isolée avec amnésie rétrograde.

Goldflam (S.). Zur Lehre von den Hautreflexen an den Unterextremitäten (insbesondere des Babinski'schen Reflexes). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 déc.) — Les réflexes cutanés des extrémités inférieures, en particulier le réflexe de Babinski.

Grande (E.). Paralisis agitans o morbo del Parkinson. (*Medico pratico*, 1er et 16 oct.)

Jacoby (P.). Contribution à l'étude des folies dégénératives. (*Arch. d'anthropol. crim.*, déc.)

Köster (G.). Ueber die verschiedene biologische Wertigkeit der hinteren Wurzel und des sensiblen peripheren Nerven; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.) — Sur la signification biologique différente des racines postérieures et des nerfs sensitifs périphériques.

Nicod-Laplanche (A.). Di un caso interessante di paralisi spinale spastica. (*Boll. delle scienze med. di Bologna*, oct.)

Pick (Arnold). Neuer Beitrag zur Frage von den Hemmungsfunktionen des akustischen Sprachcentrums im linken Schläfelappen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 sept.) — Nouvelle contribution à l'étude des fonctions inhibitrices du centre acoustique du langage dans le lobe temporal gauche.

Pritchard (W. B.). Peripheral neuritis; a clinico-therapeutic résumé. (*Med. News*, 19 déc.)

Prodi (T.). Sopra due casi di eminevrastenia. (*Gazz. degli Osped.*, 20 déc.)

Putnam (J. W.). Black chromidrosis with hysterical paralysis. (*New York Med. Journ.*, 4 juillet.) — Chromidrose noire avec paralysie hystérique.

Quensel (F.). Zur Pathologie der amnestischen Aphasie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.)

Senna (F.). Nevrite ascendente acuta colla sindrome della paralisi di Landry. (*Gazz. degli Osped.*, 20 déc.)

Sforza (N.). Sui disturbi dell'associazione delle idee nei psicopatici (esperienze di psicopatologia individuale). In-8°, 16 p. avec graphiques. Rome.

Vires (J.). Quelques recherches sur l'histoire de l'épilepsie et sa définition. (*Montpellier méd.*, 4 oct.)

Westphal (A.). Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der « Lidschlussreaction » der Pupille. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 nov.) — Contribution à la signification diagnostique de la « réaction pupillaire pendant l'occlusion des paupières ».

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Clarke (J. M.). On the relation of the Argyll-Robertson phenomenon to syphilis. (*Brit. Med. Journ.*, 26 déc.)

Joseph (M.). Ueber Urticaria, Strophulus infantum und Prurigo. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 1-2.)

Peterkin (G.). Chorda venerea. (*Med. News*, 26 déc.)

Ravogli (A.). On the reflex eruptions of the skin from morbid alterations in the male urethra. (*Med. News*, 26 déc.)

Sudnik (R.). Contribution à l'étude de la relation entre la syphilis et la maladie de Basedow. (*Argentina médica*, 24 oct.)

PARASITOLOGIE

Carcaterra (G.). Contributo alla casistica morbosa da tænia solium. (*Gazz. degli Osped.*, 29 nov.)

Cranwell (D. J.). Sobre dos nuevos casos de actinomicosis humana. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.-nov.)

Döpke (K.). Weitere Mitteilungen über den Erreger der menschlichen Aktinomykose. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 déc.) — Nouvelles recherches sur l'agent pathogène de l'actinomycose humaine.

Dreyfus (W.). Ein Fall primärer Hautaktinomykose. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 déc.) — Un cas d'actinomycose primitive de la peau.

Riehl. Ueber mehrfaches Vorkommen der Tænia saginata beim Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 déc.)

Symmers (W.). Note on a new form of liver cirrhosis due to the presence of the ova of Bilharzia hæmatobia. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

CHIRURGIE

Bornemann (A.). Tumor parietis abdominis. (*Hospitalstidende*, 22 et 29 juillet et 5 août.)

Cassanello (R.). Malattia cistica della parotide. In-4°, 22 p. avec fig. Palerme.

Cernezzi (A.). Fibroleiomioma di una vena del plesso spermatico posteriore. (*Gazz. degli Osped.*, 6 déc.)

Ehler (F.). Ueber einen Fall von Pancreatitis indurativa. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 déc.)

Föderl (O.). Ueber Knochen- und Knorpelersatz. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 déc.) — Réparation des pertes de substance osseuse ou cartilagineuse.

Friedrich (W.). Ueber die « Hernia epigastrica ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 déc.)

Guyot (J.). De l'évidement du tibia syphilitique dans les formes d'ostéites névralgiques rebelles. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 et 27 déc.)

Heinicke (W.). Zwei seltene Fälle habituell willkürlicher Verrenkungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 déc.) — Deux cas rares de luxations habituelles volontaires.

Lozano Monzón (R.). Tratamiento de las estrecheces del esófago. (*Clinica moderna*, déc.) — Traitement des rétrécissements de l'œsophage.

Morestin (H.). De la réfection de la commissure dans la chéiloplastie par emprunt à la lèvre opposée. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Norris (Ch. C.). Primary carcinoma of the vermiform appendix. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.)

Ortali (C.). Tetania da strozzamento d'ernia. (*Gazz. degli Osped.*, 6 déc.) — Tétanie par étranglement herniaire.

Ricci (C.). Un caso singolare di osteite deformante dell'adolescenza. (*Gazz. degli Osped.*, 20 déc.)

Schmidt (A.). Die Erkrankungen des Mastdarmes. In-8°, 44 p. Wurtzbourg. — Les maladies du rectum.

Sonnenburg (E.) et **Mühsam** (R.). Compendium der Operations- und Verbandstechnik. 2. Teil : Specielle Operationstechnik. In-8°, 295 p. avec fig. Berlin. — Traité de médecine opératoire.

Stephan. Ueber einen Fall von hochgradiger angeborener Rückgratverkrümmung bei einem Segelschiffsmatrosen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, nov.) — Un cas de scoliose congénitale très accentuée chez un matelot.

Teale (T. P.). On suppuration of the bursa over the trochanter major and its occasional imitation of hip disease. (*Lancet*, 14 nov.)

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 32. Congress, abgehalten zu Berlin, vom 3.-6. Juni 1903. In-8°, LXXVI-684 p. avec fig. Berlin. — Compte rendu du 32e Congrès allemand de chirurgie.

Vialet. Fracture de la base du crâne. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Zaufal (E.). Beitrag zur Unterbindung des centralen Endes der Vena jugularis int. nach Durchtrennung der Clavicula bei otogener septischer Sinusjugularisthrombose. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 sept.) — Ligature du bout central de la veine jugulaire interne, après division de la clavicule, dans un cas de thrombose septique (d'origine otique) du sinus de la jugulaire.

UROLOGIE

Arcoleo (E.). Cistectomia parziale per sarcoma della vescica. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 12 nov.)

Cohn (T.). Ueber cystenartige Erweiterung des Harnleiters innerhalb der Harnblase. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Dilatation kystique de l'uretère à l'intérieur de la vessie.

Fenwick (E. H.). The value of ureteric meatoscopy in obscure diseases of the kidney; a study in clinical and operative surgery. In-8°, 230 p. Londres.

Herring (H. T.). The sterilisation of urethral instruments and their use in some urinary complaints. In-8°, 176 p. avec fig. Londres. H. K. Lewis.

Herzen (P.). De la prostatectomie périnéale complète (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 22.)

Krymov (A.). Contribution à l'étiologie de l'épididymite suppurée chronique et à l'étude de l'anévrysme de l'artère spermatique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 22.)

Mikhaïlov (N.). Les progrès de la cystoscopie moderne (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 déc.)

Overall (G. W.). A non-surgical treatise on diseases of the prostate gland and adnexa. In-8°, 207 p. avec fig. Chicago. Rowe Publishing Company.

Pepere (A.). Sui teratomi del testicolo. (*Clinica moderna*, 25 nov.)

Porges (F.). Ueber nicht gonorrhoische metastasirende Urethritis. (*Prag. med. Wochensch.*, 31 déc.)

Westerman (C. W. J.). Over klepvormige afsluiting van de blaas. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 nov.) — Sur l'occlusion de la vessie par des replis valvulaires.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Eklampsie und vaginaler Kaiserschnitt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 déc.) — Traitement de l'éclampsie par l'opération césarienne vaginale.

Bazterrica (E.). Embarazo ectópico término con feto muerto en un cuerno uterino y embarazo normal de cinco meses. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.-nov.)

Bidon (H.). Accouchement indolore. (*Marseille méd.*, 15 déc.)

Parke (W. E.). The surgical treatment of dysmenorrhea. (*Med. News*, 19 déc.)

Ricciardelli (A.). Un caso d'infezione durante il travaglio del parto per rottura precoce delle membrane. (*Gazz. degli Osped.*, 13 déc.)

Rissmann (P.). Eine modifizierte Methode zur Herbeiführung der weiblichen Sterilität, angewandt wegen seltener Erkrankung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 déc.) — Une méthode modifiée pour obtenir la stérilité chez la femme, appliquée pour une affection rare.

Schickele (G.). Beiträge zur Klinik der vorzeitigen Lösung der Plazenta bei normalem Sitze. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 déc.) — Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Seitz (L.). Die fötalen Herztöne während der Geburt. In-8°, 179 p. Munich. — Les bruits du cœur du fœtus pendant le travail.

Zangemeister (W.). Ueber den Mechanismus der Dammrisse. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 3.) — Sur le mécanisme des déchirures du périnée.

PÉDIATRIE

Blumenthal. Seröse Meningitis und Lumbalpunktion. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 1-2.)

Deutsch (E.). Ueber Kinderselbstmorde. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 1-2.) — Sur le suicide des enfants.

Donnet. Hypospadias péno-scrotal; opération de Rochet; guérison. (*Limousin méd.*, nov.)

Fürst. Zur Frage des Entkeimens der Kindermilch im Hause. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 1-2.) — Stérilisation du lait à domicile.

Mendelsohn (L.). Rippenknorpelanomalien und Lungentuberculose; 1. Mitteilung : Säuglingsalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 1-2.) — Rapports entre les anomalies des cartilages costaux et la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson.

Olinto de Oliveira. Dysenterische Leberabszesse bei Säuglingen. (*Monatssch. f. Kinderheilk.*, sept.) — Abcès dysentérique du foie chez le nourrisson.

TÉRATOLOGIE

Herrera Vègas (M.). Hipertrofias congénitas; macrodactilia y sindactilia. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.-nov.)

Kleinwächter (L.). Ein bisher noch nicht beobachteter Defect im Genitalsystem. (*Wien. med. Presse*, 27 déc.) — Cas d'athélie.

Poncet (A.) et **Leriche** (R.). Nanisme ancestral par achondroplasie ethnique; nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois. (*Rev. de chir.*, déc.)

Wagener (O.). Beitrag zur Pathologie des Ductus arteriosus (Botalli). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 1-2.)

HYGIÈNE

Barbary (F.). La grande faucheuse; la lutte antituberculeuse dans la famille, à l'école, à l'atelier. In-8°, 219 p. avec fig. et cartes.

Harrington (T. F.). An epidemic of typhoid fever from sewage pollution of city water supply. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 déc.)

Pfeiffer (A.). Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene (1901). In-8°, 660 p. Brunswick. — Compte rendu annuel des progrès et des travaux relatifs à l'hygiène.

Proust (A.), **Netter** (A.) et **Bourges** (H.). Traité d'hygiène. 3e éd. Fasc. II. In-8°, p. 497 à 1245, avec fig. Masson et Cie.

Roth (W.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens (28. Jahrgang, 1902). In-8°, XXXVIII- 185 p. Berlin.

Sanitäts-Bericht über die preussische Armee, das XII. und XIX. (1. und 2. sächsische) und das XIII. (württembergische) Armeekorps für den Berichtsraum vom 1. Oktober 1900 bis 30. September 1901. In-4°, 370 p. avec fig. et cartes. Berlin. — Rapport sanitaire sur les armées prussienne, saxonne et wurthembergeoise (du 1er octobre 1900 au 30 septembre 1901).

BACTÉRIOLOGIE

Abba (F.). Ueber den Mechanismus der biologischen Selbstreinigung des Eises; experimentelle Untersuchungen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 2.) — Recherches expérimentales sur le mécanisme de l'auto-purification biologique de la glace.

Chlopin (G.) et **Tammann** (G.). Ueber den Einfluss hoher Drucke auf Mikroorganismen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 2.) — Influence des hautes pressions sur les microorganismes.

Hetsch. Beitrag zur Frage über die Leistungsfähigkeit des Peptonwasser-Anreicherungsverfahrens in der praktischen Choleradiagnostik. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 2.) — La valeur du procédé de culture dans l'eau peptonisée pour le diagnostic du choléra.

Schwoner (J.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Pseudodiphtheriebazillen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 déc.)

Swithinbank (H.) et **Newman** (G.). The bacteriology of milk. In-8°, 626 p. avec fig. Londres. — Bactériologie du lait.

Volk (R.) et **Lipschütz** (B.). Ueber Bakteriohämolysine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 déc.)

GÉNÉRALITÉS

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XX, fasc. 2. In-8°, p. 155 à 386, avec planches. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Bartet. Souvenirs de croisière dans la mer Rouge. (*Arch. de méd. navale*, oct.)

Cabanès et **Nass** (L.). Poisons et sortilèges. 2e série : les Médicis; les Bourbons; la science au xxe siècle. In-16, 392 p.

Coste de Lagrave. Sanatorium-école; premiers préceptes aux tuberculeux. (*Rev. internation. de la tuberculose*, déc.)

Holländer (E.). Die Medizin in der klassischen Malerei. In-4°, 276 p. avec fig. Stuttgart. — La médecine dans la peinture classique.

Lehmann (A. H.). Krankheit, Begabung, Verbrechen; ihre Ursachen und ihre Beziehungen zu einander. In-8°, 402 p. avec fig. Berlin. — Maladie, talent et crime; leurs causes et leurs rapports réciproques.

Leyden (H.). Bericht über die am 1. September 1902 in Spanien veranstaltete Krebssammelforschung. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 1.) — Compte rendu de l'enquête sur le cancer, faite en Espagne le 1er septembre 1902.

Pietravalle (M.). L'alimentazione degli ammalati negli ospedali. (*Benessere*, oct. et nov.)

Surmont (H.) et **Dehon** (M.). Bilan du phosphore et de l'azote dans l'alimentation par le pain complet et par le pain blanc. (*Echo méd. du Nord*, 27 déc.)

Zilgien. Montaigne précurseur de l'Ecole de Nancy; son opinion sur les médications. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc.)

24e ANNÉE. — N° 7. Vingt centimes le numéro. 17 FÉVRIER 1904.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Tours. — M. Lerat, pharmacien supérieur de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Plumeau, suppléant d'anatomie et de physiologie à l'ancienne Ecole de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Liétard (de Plombières), correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Edmund Andrews, ancien professeur de clinique chirurgicale au Northwestern University Medical College de Chicago. — M. le docteur Juan J. Flores, ancien ministre de l'intérieur de la République de Costa-Rica et ancien doyen de la Faculté de médecine de San-José.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Donaggio (A.). Per il problema dei rapporti tra vie di conduzione intercellulari e periferia della cellula nervosa (nuovi dati e ipotesi sulla struttura e sul valore funzionale della rete periferica e specialmente delle raggiere periferiche della cellula nervosa). (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 4.)

Eisendrath (D. N.). A text-book of clinical anatomy. In-8°, 515 p. avec fig. New York.

Gemelli (E.). Nuove ricerche sull'anatomia e sull'embriologia dell'ipofisi. In-8°, 46 p. avec fig. Pavie.

Howe (W. C.). Anomalies in the circle of Willis, with the report of a case in which the communicating arteries were absent. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Magni (S.). Ueber einige histologische Untersuchungen der normalen Thymusdrüse eines sechsmonatlichen und eines reifen Fötus; vorläufige Mitteilung.(*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 1-2.) — Recherches histologiques sur le thymus du fœtus au sixième mois de la gestation et à terme.

Pepere (A.). Sulla penetrazione delle capsule surrenali accessorie nei parenchimi degli organi addominali. (*Monitore zoologico ital.*, XIV, 11.)

Perrin de la Touche (E.). Cheveux noirs et cheveux roux. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 4.)

Rochon-Duvigneaud. Note sur l'anatomie de l'orbite étudiée par la méthode des coupes microscopiques d'ensemble, faites après décalcification. (*Arch. d'ophtalmol.*, déc.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Anspach (B. M.). The present conception of dermoid cysts of the ovary, with the report of a case of teratoma strumosum thyreoideale ovarii. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.)

Cattell (H. W.). Postmortem pathology; a manual of postmortem examinations and the interpretations to be drawn therefrom. In-8°, 372 p. avec fig. Philadelphie.

Caubet (H.). Hypertrophie congénitale du deuxième orteil avec lipome plantaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Foà (M.). Sopra un caso di aneurisma dell' arteria mesenterica superiore. (*Riforma med.*, 2 déc.)

Gandy (Ch.). Erosion duodénale au cours d'une salpingite tuberculeuse ouverte, avec stéatose hépatique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Garnier (Ch.). Examen histologique d'un pancréas, au trente-cinquième jour d'une fièvre typhoïde compliquée. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Longcope (W. T.). On the pathological histology of Hodgkin's disease. (*Bull. of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hosp.*, 1.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Gallichi (D.). Azione del succo gastrico, della bile e del pancreas sulle sostanze tubercolari. (*Clinica moderna*, 16 déc.)

Genersich (A. von). Ueber Unterbindung des Darmes; experimentelle Studie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Sur la ligature de l'intestin.

Metchnikoff (E.) et **Roux** (E.). Etudes expérimentales sur la syphilis; 1er mémoire. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Nicolas (J.), **Froment** (J.) et **Dumoulin** (F.). Splénectomie et polynucléose rabique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Petrie (G. F.). On the relationship of the leucocytes and certain organ-extracts to the bacteriolytic power of the blood. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.) — Influence des leucocytes et de certains extraits organiques sur le pouvoir bactériolytique du sang.

Putti (V.). Azione della formalina sul rene; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 27 déc.)

Remlinger. Le passage du virus rabique à travers les filtres. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Stockman (R.) et **Charteris** (F. J.). The action of lead, mercury, phosphorus, iron, and quinine on the bone marrow of rabbits. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.) — Action du plomb, du mercure, du phosphore, du fer et de la quinine sur la moelle osseuse du lapin.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Barlow (W. S. L.). Manual of general or experimental pathology. 2e éd. In-8°, 748 p. Londres.

Bonome (A.) et **Ravenna** (E.). Sugli anticorpi immunizanti del siero di convalescenti di tifo e sul rapporto di questi con le agglutinine. (*Riforma med.*, 23 déc.)

Cappellani (S.). Dell'azione protettiva dei leucociti contro i veleni batterici. (*Riforma med.*, 9 déc.)

Iovane (A.). Il glicogeno epatico nelle infezioni e nelle intossicazioni colibacillari. (*Pediatria*, déc.)

Park (Roswell). An epitome of the history of carcinoma. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, nov.)

Rubow (V.). Undersögelser over normale og fedtdegenererede hjærter som bidrag til hjærtemusklens fysiologiske kemi og til fedtdegenerationens patogenese. In-8°, 124 p. Copenhague. — Sur la chimie du myocarde et la pathogénie de la dégénérescence graisseuse du cœur.

Serkovsky (S.). De l'étiologie du cancer (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 déc.)

Simon (L.-G.). Action de la toxine et de l'antitoxine diphtériques sur le sang et les organes hématopoiétiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Törnell (G.). Om magsaftens beskaffenhet vid naagra fall af bandmask. (*Hygiea*, août.) — La composition du suc gastrique chez quelques sujets porteurs de tænia.

Vidal. Contribution à l'étude de l'immunité de la race arabe à l'égard de la fièvre typhoïde. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, nov.)

MÉDECINE

Hautefeuille. Observation d'une malade atteinte d'infantilisme incomplet par insuffisance thyroïdienne. (*Gaz. méd. de Picardie*, déc.)

Hichens (P. S.). Some remarks on a case of chloroma. (*Brit. Med. Journ.*, 26 déc.)

Hofmann (G.). Zur Theorie der Herzfehler. (*Prag. med. Wochensch.*, 31 déc.) — Pathogénie des lésions organiques du cœur.

Kantchalovsky (M.). Contribution à l'étude de la fistule gastro-colique cancéreuse (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 22.)

Kostkevitch (A.). Des phénomènes d'intoxication au cours du développement et de la résorption des hydropisies d'origine cardiaque (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 déc.)

Kouchev (N.). Cancer ampullæ Vateri (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 22.)

Passicot (J. M.). Absceso apirético del hígado. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.-nov.) — Abcès apyrétique du foie.

Rosenthal (I.). Om den bronkiale respiration. (*Ugeskrift for Læger*, 4 déc.)

Rotgans (J.). Afslijping der tanden in het bijzonder bij chronische maagzweer. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 déc.) — Usure des dents, en particulier dans le cas d'ulcère chronique de l'estomac.

Sawyer (J. E. H.). Some observations on the temperature of coma. (*Brit. Med. Journ.*, 26 déc.)

Shaw (W. V.). Acute rheumatic fever and its etiology. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Shoemaker (J. V.). Diabetes insipidus; melancholia. (*Med. Bull.*, déc.)

Travaux de la Société médicale de Kharkov pendant l'année 1903 (en russe). 1er fasc. In-8°, 159 p. avec planches. Kharkov.

MALADIES INFECTIEUSES

Garnier (A.). La fièvre jaune à la Guyane avant 1902 et l'épidémie de 1902. In-8°, 192 p. Impr. nationale.

Gregersen (F.). En modifikation af Forsell's methode til paavisning af tuberkelbaciller i urin. (*Hospitalstidende*, 30 déc.) — Modification de la méthode de Forsell pour la recherche du bacille de la tuberculose dans l'urine.

Hektoen (L.). Recent investigations bearing on infectious diseases of unknown etiology. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 et 22 août.) — Recherches récentes sur les maladies infectieuses à étiologie inconnue.

Krasnov (V.). Contribution à l'étude de la cause de la mort dans la diphtérie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 23.)

Levi-Bianchini (M.). Meningite cerebro-spinale nei neri dell'Africa centrale; osservazione di patologia esotica. (*Riforma med.*, 2 déc.)

Martínez Vargas. Garrotillo sarampionoso puro. (*Arch. latines de méd. et de biol.*, I, 3.) — Un cas de croup non diphtérique au cours de la rougeole.

Pereira (P.). Prophylaxia da febre amarella. (*Brazil-medico*, 22 nov., 1er, 8 et 15 déc.) — Prophylaxie de la fièvre jaune.

Roque (A. B.). Contribuição para o estudo da malaria e dos mosquitos de Angola. In-8°, 61 p. avec fig. Lisbonne.

Slaughter (B. Rosalie). The plague in India, a study of the results of the Haffkine prophylactic. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, nov.) — Résultats du traitement préventif de la peste aux Indes par le sérum de Haffkine.

Sörensen. Om feberen ved den epidemiske cerebrospinalmeningitis og denne sygdoms kliniske billede. (*Hospitalstidende*, 11, 18 et 25 mars et 1er avril.) — La fièvre dans la méningite cérébro-spinale épidémique et le tableau clinique de cette affection.

Warnecke. La rougeole à Limoges en 1902. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Arnheim (H.). Ein Fall von hysterischem Bauchmuskelkrampf. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, déc.) — Un cas de spasme musculaire abdominal de nature hystérique.

Brünniche (E.). Studier over hjernesvulsternes behandling. In-8°, 326 p. Copenhague. — Sur le traitement des tumeurs du cerveau.

Chatalov (N.). Un cas de maladie de Raynaud (asphyxie symétrique et gangrène) (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 24.)

Corsini (G.). Della corea cronica. (*Morgagni*, déc.)

Deny (G.) et **Le Play** (A.). Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une démente alcoolique et hérédo-alcoolique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Dide (M.) et **Durocher** (A.). Asphyxie symétrique des extrémités et pseudo-œdème catatonique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 4.)

Felkl (S.). Ein Fall von psychischen Störungen nach Commotio cerebri und seine Beurteilung als Unfall. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, 15 déc.) — Un cas de troubles psychiques consécutifs à une commotion cérébrale, au point de vue des accidents du travail.

Fränkel (Joseph) et **Hunt** (J. R.). Tumors of the ponto-medullo-cerebellar space; acoustic neuromata (central neurofibromatosis). (*Med. Record*, 26 déc.)

McCoy (J. C.). Traumatic epilepsy; report of a case improved by trephining and insertion of a celluloid plate beneath the skull. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Molon (C.). Della emicrania oftalmoplegica periodica. (*Gazz. degli Osped.*, 27 déc.)

Montagnini (T.). Equivalenti musicali epilettici. (*Gazz. degli Osped.*, 27 déc.)

Nina-Rodrigues. La paranoia chez les nègres; étude clinique et médico-légale. (*Arch. d'anthropol. crim.*, oct. et nov.)

Obici (G.). Influenza del lavoro intellettuale prolungato e della fatica mentale sulla respirazione; 2a nota. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 4.)

Romano (A.). La influenza degli agenti fisici e climatici sulla nostalgia; contribuzione preliminare. (*Incurabili*, 1er-15 nov.)

Rumpf (T.). Weitere Untersuchungen über Polyneuritis und die chemischen Veränderungen gelähmter und degenerierter Muskeln. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 1-2.) — Nouvelles recherches sur la polynévrite et les modifications chimiques des muscles paralysés et dégénérés.

Rzeczniowski (L.). Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi. (*Kronika lekarska*, 15 juin, 1er et 15 juillet, 1er et 15 août, 1er et 15 sept., 1er et 15 oct., 1er et 15 nov., 1er et 15 déc.)

Zanuttini (P.). Un caso di probabile istero-epilessia seguito da morte. (*Morgagni*, déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bodin (E.). Erythèmes papuleux à la suite de la vaccination. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 4.)

Campana (R.). Psoriasi e dermatite desquammativa incipiente; prurigo e morbi pruriginosi, nel concetto moderno. (*Riforma med.*, 2 déc.)

Lebet (A.). Dermatites pyémiques. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, déc.)

Meynet (P.) et **Péhu** (M.). De la dermatite polymorphe douloureuse (dermatite herpétiforme de Dühring-Brocq) chez l'enfant. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, déc.)

Meynier (E.). Porpora ed eritemi infettivi. (*Pediatria*, déc.)

Nicolau (S.). Sur le cylindrome de la peau. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Wright (J. H.). Protozoa in a case of tropical ulcer (Delhi sore). (*Journ. of Med. Research*, déc.)

PARASITOLOGIE

Bodin (E.). Note sur l'actinomycose à Rennes et sur le diagnostic microscopique de cette maladie. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 4.)

Bosc (F.-J.) et **Abadie** (J.). Y a-t-il un botryomycome? (*Montpellier méd.*, 29 nov. et 6 déc.)

Ceni (C.) et **Besta** (C.). I penicilli nell'etiologia e patogenesi della pellagra; ricerche sperimentali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 4.)

Musgrave (W. E.) et **Clegg** (M. T.). Trypanosoma and trypanosomiasis, with special reference to surra, in the Philippine Islands. In-8°, 241 p. avec fig. et graphiques. Manille.

Solieri (S.). Chiluria da Filaria Bancrofti in Europa. (*Arch. latines de méd. et de biol.*, I, 2 et 3.)

Sonnenschein (G.). Tænia cucumerina s. elliptica bei einem sechs Monate alten Kinde. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 déc.) — Cas de ténia cucumérin ou elliptique chez un enfant de six mois.

CHIRURGIE

Abadie (J.). Un cas de sarcome du calcanéum. (*Arch. provinc. de chir.*, déc.)

Adenot (E.) et **Cadet** (L.). Note sur un symptôme exceptionnel et non encore signalé des fistules œsophago-trachéales; cancer de l'œsophage; aérophagie; gastrotomie. (*Lyon méd.*, 27 déc.)

Alessandri (R.). Un caso di sarcoma peduncolato dello stomaco; osservazioni anatomopatologiche e cliniche su alcuni speciali tumori connettivali dello stomaco. (*Policlinico*, partie chir., X, 11 et 12.)

Arapov (A.). De la spondylite typhoïdique (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XIX, 6.)

Bardenheuer. Behandlung der subcutanen Fracturen mittels Extension im Gegensatze zur Nahtanlegung und zum Contentiv-Verbande. (*Arch. internation. de chir.*, I, 3.) — Traitement des fractures par l'extension continue.

Barette. Fracture du crâne avec enfoncement; troubles moteurs du bras droit; alalie et agraphie partielles; épilepsie jacksonienne; trépanation, guérison. (*Année méd. de Caen*, déc.)

Bart (V.). Un cas de névrite ascendante à la suite d'une plaie contuse; élongation du nerf (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XIX, 6.)

Beck (C.). A simple method of treatment of hemangioma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 déc.)

Becker. Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Mastdarmprolapses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Traitement chirurgical du prolapsus du rectum.

Beutter (M.). Hémiplégie immédiate consécutive à la ligature des carotides. (*Lyon méd.*, 27 déc.)

Bloodgood (J. C.). Intestinal obstruction following operation for reducible left inguinal hernia due to a loop of small intestine caught in Treitz's fossa. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Brun (H.). Ein Grenzdivertikel des Oesophagus. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.)

Bruns (P. von). Ueber Kropfgeschwülste im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre und ihre Entfernung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Sur les goitres faisant saillie dans l'intérieur du larynx et de la trachée et sur l'ablation de ces tumeurs.

Fratti (G.). Su di un caso rarissimo di stenosi esofagea da compressione da lordosi osteomalacica. (*Gazz. degli Osped.*, 27 déc.)

Hammes (Th.). Æthylchloride als anæstheticum inhalatorium. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 déc.)

Jordan. Die Indicationen zur Exstirpation der Milz. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 déc.) — Indications de la splénectomie.

Lejars (F.). Technik dringlicher Operationen. (Trad. du français par H. Strehl.) 2e éd. T. Ier. In-8°, 352 p. avec fig. et planches. Iéna. — Traité de chirurgie d'urgence.

Madelung (O. W.). Ueber Exstirpation eines Dermoid des Mediastinum anticum. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.)

Martin (A.). Diagnostik der Bauchgeschwülste. In-8°, 224 p. avec fig. Stuttgart. — Diagnostic des tumeurs abdominales.

Mayo (W. J.). The causes of the occasional failure of operation to cure gallstone disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 déc.) — Causes de l'insuffisance de l'intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire.

Morris (R. T.). Intestinal fermentation, as it interests the surgeon. (*Med. Record*, 26 déc.)

Nieto (M.). Heridas del diafragma. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.) — Plaies du diaphragme.

Stella (G.). Considerazioni sulle lesioni traumatiche della volta del cranio. (*Gazz. degli Osped.*, 27 déc.)

Taruffi (P.). Sorprese ed errori diagnostici possibili nelle operazioni di ernia. (*Policlinico*, partie chir., X, 12.)

Taute (M.). Ueber tötliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Des hémorrhagies mortelles consécutives à la trachéotomie.

Teschner (J.). The present status of the treatment of lateral curvature. (*Med. Record*, 26 déc.)

Warnecke (F.). Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi und seiner Complicationen, nebst einer Zusammenstellung der durch die verschiedenen Operationsmethoden erzielten Erfolge. In-8°, 56 p. avec tableaux. Gœttingue.

UROLOGIE

Arcoleo (E.). La cistectomia parziale nel trattamento dei tumori vescicali; contributo anatomo-patologico e clinico. (*Riforma med.*, 16 déc.)

Campani (A.). Ipoacidità urinaria e fosfaturia apparente. (*Riforma med.*, 23 déc.)

Cassanello (R.). Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des tumeurs à fibres musculaires lisses de la vessie. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er oct.)

Cathelin (F.). Le rein ectopique croisé. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er déc.)

Guyon (F.). Le chloroforme et l'appareil urinaire. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 nov.)

Legueu (F.). La taille sous-symphysaire chez la femme pour l'extraction de certains corps étrangers de la vessie. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 déc.)

Motz (B.) et **Arrese** (J.). Note sur les vessies des « prostatiques sans prostate ». (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 déc.)

Rigaux (C.). De la torsion spontanée du cordon spermatique. In-8°, 183 p. avec planches. Marvejols.

Sampson (J. A.). Ascending renal infection, with special reference to the reflux of urine from the bladder into the ureters as an etiological factor in its causation and maintenance. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, déc.)

OPHTALMOLOGIE

Galiani (A.). Processo a doppia sutura per la cura dello entropion cicatriziale. (*Ann. di ottalmol.*, XXXII, 7-8.)

Grimsdale (H. B.). Enucleation and its substitutes. (*Med. Times and Hospital Gaz.*, 19 déc.)

Halben (R.). Scheinkatarakt. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 2.) — Faux lenticone.

Hess (C.). Die Anomalien der Refraktion und Akkomodation des Auges, mit einleitender Darstellung der Dioptrik des Auges. In-8°, 523 p. avec fig. Leipzig.

Lapersonne (F. de) et **Opin**. Sarcome péripapillaire. (*Arch. d'ophtalmol.*, nov.)

Logétchnikov (S.). Un nouveau symptôme oculaire de la sclérodermie diffuse (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 23.)

London (E. S.). Ueber das Verhalten der Radiumstrahlen auf dem Gebiete des Sehens. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 2.) — Le radium en ophtalmologie.

Marshall (D. T.). The treatment of some diseases of the eye by warm medicated sprays. (*Med. News*, 26 déc.) — Traitement de certaines affections de l'œil par des pulvérisations médicamenteuses chaudes.

Poulard (A.). Tuberculose des voies lacrymales. (*Arch. d'ophtalmol.*, déc.)

Sachs (M.) et **Meller** (J.). Ueber einige eigentümliche Lokalisationsphenomene in einem Falle von hochgradiger Netzhautinkongruenz. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 1.)

Scrini et **Bourdeaux**. Un cas d'exophtalmie unilatérale par projection volontaire et intermittente du globe oculaire. (*Arch. d'ophtalmol.*, déc.)

Speyr (Th. de). Trois cas d'ectropion de l'uvée ou de colobome partiel de l'iris. (*Arch. d'ophtalmol.*, nov.)

Verzine (A.). Un cas de tumeur caverneuse de l'orbite (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 déc.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Boyd (G. M.). Remarks on cesarean section, with the report of 3 new cases operated upon for pelvic deformity. (*Med. Bull.*, déc.)

Bumm (E.), **Veit** (J.) et **Frommel** (R.). Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie (16. Jahrgang, 1902). In-8°, 1283 p. Wiesbaden. — Compte rendu des progrès réalisés en obstétrique et en gynécologie pendant l'année 1902.

Fenwick (Bedford). Dysmenorrhœa and sterility. (*Med. Times and Hospital Gaz.*, 19 déc.)

Flaischlen (N.). Zur Dauerheilung des Uteruskarzinoms. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 déc.) — Curabilité du cancer utérin.

Füth (H.). Ueber die Entstehung einer Blasenscheidenfistel durch Unfall. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, déc.) — Comment un accident peut-il produire une fistule vésico-vaginale?

Gauss (C. J.). Zur Desinfektion geburtshilflicher Instrumente. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 déc.) — La désinfection des instruments en obstétrique.

Hahn (W.). Tuberculose und Schwangerschaft. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 déc.) — Tuberculose et grossesse.

Jellett (H.). A short practice of gynæcology. 2e éd. In-8°, 420 p. avec fig. Londres.

Karb (R.). Ueber 50 Fälle vorzeitiger künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXIV, 12.) — 50 cas d'accouchement prématuré artificiel.

Katz (A.). La cocaïnisation médullaire en gynécologie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 déc.)

Kjelgaard. Et tilfælde af konception uden immissio penis. (*Ugeskrift for Læger*, 4 déc.)

Mironov (M.). Opération césarienne pour bassin généralement et obliquement rétréci (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 déc.)

Morse (E. E.). Dystocia caused by double congenital cystic kidneys in the new-born: a contribution to the study of congenital cystic kidney. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 déc.) — Dystocie par rein polykystique du fœtus.

Moulonguet. Fibromes et cancer de l'utérus. (*Gaz. méd. de Picardie*, déc.)

O'Farrell (M. Z.). Dos casos de operación cesárea. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.-nov.)

Piccardo (T.). Sobre un caso de inversión crónica del utero. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.-nov.)

Schenck (B. R.). An 88 pound ovarian cyst successfully removed from a patient 77 years of age. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 déc.) — Kyste de l'ovaire d'environ 40 kilogrammes chez une femme de 77 ans; opération, guérison.

Zabala (A.). Ruptura completa espontánea del utero; forceps, feto vivo, laparotomía supravaginal, curación. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

PÉDIATRIE

Adamson (H. G.). Pemphigus neonatorum in the light of recent research. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, déc.)

Bertholet (J.). Hernie inguinale gauche étranglée chez un nourrisson; kélotomie, guérison. (*Arch. provinc. de chir.*, déc.)

Carrière (G.). Sur un cas de cirrhose tuberculeuse hypertrophique et graisseuse (type Hanot-Lauth) chez un enfant; étude clinique, anatomique et expérimentale. (*Arch. de méd. des enfants*, déc.)

Chapin (H. D.). The function of maternal milk in developing the stomach; a factor hitherto overlooked in artificial infant feeding. (*Med. Record*, 12 déc.) — Rôle du lait maternel dans le développement de l'estomac.

Comby (J.). Un cas de maladie de Roger: communication interventriculaire. (*Arch. de méd. des enfants*, déc.)

Hagenbach-Burckhardt, **Fahm** et **Reber**. 40. Jahresbericht des Kinderspitals in Basel (1902). In-8°, 144 p. Bâle. — Rapport sur l'hôpital des Enfants-Malades de Bâle pendant l'année 1902.

Hallé (J.) et **Jolly** (J.). Sur une forme d'anémie infantile; un cas de chlorose du jeune âge. (*Arch. de méd. des enfants*, nov.)

Hammer (F.). Beiträge zur Pathologie des Neugeborenen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 2.) — Pathologie du nouveau-né.

Hoche (L.). Quelques observations de sclérose du foie chez l'enfant. (*Arch. de méd. des enfants*, nov.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bartha (G.) et **Onodi** (A.). Cancer primitif du sinus frontal. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 7 nov.)

Briggs (H. H.). The early manifestations of laryngeal tuberculosis; their frequency and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 déc.) — Signes précoces de la tuberculose du larynx.

Chavanne (F.). Hématome non traumatique de la cloison, consécutif à un tamponnement pour épistaxis. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 26 déc.)

Cohn (Felix). The submucous resection of the nasal septum. (*Med. Record*, 26 déc.)

Heindl (A.). Therapie der Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. In-8°, 237 p. Vienne. — Traitement des maladies de la bouche, du pharynx et du larynx.

Helsmoortel (J.). Injections interstitielles de paraffine dans le traitement de l'ozène. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, nov.-déc.)

Honsell (B.). Zur Resektion der verbogenen Nasenscheidewand. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Résection orthopédique de la cloison médiane du nez.

Oppenheimer (S.). The indications for the ligation of the internal jugular vein in lateral sinus thrombosis. (*Med. News*, 26 déc.)

Yearsley (M.). The modern mastoid operation: its history and development. (*Med. Times and Hospital Gaz.*, 19 déc.)

HYGIÈNE

Egbert (S.). A manual of hygiene and sanitation. 3e éd. In-8°, 473 p. avec fig. New York.

Gravet (R.). De la réglementation légale de l'hygiène des travailleurs industriels. In-8°, 149 p. Douai.

Lutz (A.). Technica seguida nas experiencias feitas com mosquitos. (*Brazil-medico*, 15 déc.)

Rapports sur les travaux des commissions d'hygiène du département de la Seine et des communes de Saint-Cloud, Sèvres et Meudon en 1902. In-4°, 239 p.

Sergent (E.). Formation des gîtes à larves d'*Anopheles*. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Sizaret. De la vaccination dans les asiles d'aliénés. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XII, 4.)

Talayrach. La lutte contre la fièvre typhoïde; compte rendu d'une mission en Allemagne. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, nov.)

Truc (H.) et **Chavernac** (P.). Hygiène oculistique des écoles. (*Montpellier méd.*, 29 nov. et 20 déc.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Dumas. Digitalisme. (*Montpellier méd.*, 6 déc.)

Dwelle (E. H.). Fatal bromoform poisoning. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 déc.)

Ingegnieros (J.). Simulación de la locura; precedido por un estudio sobre la simulación en la lucha por la vida. In-8°, 500 p. Buénos-Ayres. — La simulation de la folie.

Pietrzikowski (E.). Die Begutachtung der Unfallverletzungen; Leitfaden zur Untersuchung und Beurteilung Unfallverletzter, nebst kurzer Zusammenstellung der häufigsten Verletzungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 et 28 nov., 5, 19 et 26 déc. 1901; 16, 23 et 30 janv., 6 et 27 fév., 6, 13, 20 et 27 mars, 17 et 24 avril, 1er, 8 et 22 mai, 5, 19 et 26 juin, 10 et 24 juillet, 7, 14 et 28 août, 25 sept., 2, 16 et 30 oct., 6, 13 et 20 nov., 4 et 11 déc. 1902; 8 et 29 janv., 12 et 19 fév., 26 mars, 7, 21 et 28 mai, 16 juillet, 3 et 24 sept., 1er et 8 oct., 12, 19 et 26 nov., 3, 10, 17, 24 et 31 déc.) — L'expertise médico-légale dans les accidents du travail, avec une revue des lésions les plus communes.

Piñero (H. G.). Consideraciones sobre mecánica humana á propósito de un caso de accidente del trabajo; criterio bio-nómico y médico-legal de la « inhabilidad » post-traumática. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, oct.-nov.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Barba (E.). Tetano traumatico e fenolo; nota clinica terapica. (*Incurabili*, 1er-15 nov.)

Leduc (S.). Thermothérapie. (*Journ. de physiothérapie*, déc.)

Mauro (C.). O acido phenico no tratamento da choréa. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 déc.)

Morquio (L.). Tétanos en un recién nacido, tratado por el suero antitetánico; curación. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.) — Tétanos chez un nouveau-né traité et guéri par le sérum antitétanique.

Storck (J. A.). Intestinal antiseptics; their uses and limitations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 déc.)

Vires (J.). La thérapeutique des syndromes épileptiques doit-elle être basée sur les causes ou sur les indications? (*Montpellier méd.*, 13 déc.)

Zorzi (O.). La terapia timica nel morbo di Basedow infantile. (*Pediatria*, déc.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Albert-Weil (E.). L'incontinence d'urine infantile et son traitement électrique. (*Journ. de physiothérapie*, déc.)

Berdez. Le traitement des cancers et de certaines manifestations de la tuberculose par les rayons de Röntgen. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Bernhardt (R.). Zastosowanie promieni Röntgen'a w leczeniu chorób skórnych (41 przypadków). (*Gaz. lekarska*, 19 et 26 déc.) — Emploi des rayons de Röntgen dans le traitement des maladies de la peau (41 cas).

De Nobele (J.). Note sur quelques cas de cancer traités par les rayons de Röntgen. (*Journ. de physiothérapie*, déc.)

Mygge (J.). Om bestemmelsen af de aktiniske straaler i dagslyset. (*Ugeskrift for Læger*, 2 oct.) — Mensuration des rayons actiniques à la lumière diffuse.

Paulsen (A.). Om maaling of dagslyset ad fotografisk vej og om Dr. med. Mygge's artikel angaaende bestemmelsen af de aktiniske straaler i dagslyset. (*Ugeskrift for Læger*, 18 déc.) — Mensuration de la lumière diffuse du jour par la photographie.

Strebel (H.). Vorschläge zur Radiumtherapie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 24 déc.)

Sudnik (R.). Etude clinique de l'influence réciproque de deux secousses de sens contraire, portées sur le même point, et se succédant à un intervalle très court. (*Argentina médica*, 21 nov.)

BACTÉRIOLOGIE

Auclair (J.). Recherches sur les poisons microbiens; les poisons microbiens à détermination locale prédominante. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Brown (H. C.). The presence and characteristics of bacilli morphologically resembling the Klebs-Löffler bacillus in vaccinia. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, déc.)

Facciolà (L.). I cocchi capsulati dell'infezione malarica. (*Incurabili*, 1er-15 déc.)

Ferrán (J.). Note sur les modifications du bacille de Koch. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Meirelles (E.). Sobre o bacillo violaceo da agua. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 déc.)

Neumann (R. O.). Beitrag zur Frage der pestähnlichen rattenpathogenen Bakterien. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLV, 3.) — Sur les microbes pseudo-pesteux pathogènes pour le rat.

Sestini (L.). Sul reperto di bacilli resistenti agli acidi (pseudotubercolari) nello sputo. (*Ann. di med. navale*, sept.) — Sur la recherche, dans les crachats, des bacilles acido-résistants (bacilles pseudo-tuberculeux).

Warfield (L. M.). The report of a series of blood cultures in typhoid fever. (*Bull. of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hosp.*, 1.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Boutineau (F.-E.). Mœurs médicales en Touraine au XVIIe siècle; un chirurgien royal juré. In-8°, 18 p. Poitiers.

Ebstein (W.). Rudolf Virchow als Arzt. In-8°, 79 p. Stuttgart. — Virchow comme médecin.

Heinricius (G.). Obstetrikens och gynäkologiens historia i Finland under 18. och 19. aarhundradet. In-8°, 432 p. Helsingfors.

Jaccoud (S.). Malgaigne. In-4°, 29 p.

Vieillard (C.). L'urologie et les médecins urologues dans la médecine ancienne. Gilles de Corbeil: sa vie, ses œuvres, son poème des urines. In-8°, 391 p. avec fig.

GÉNÉRALITÉS

Annuaire statistique de la France (année 1902). T. XXII. In-8°, XXXVIII-528 p. Impr. nationale.

Ferrier. De l'hospitalisation d'urgence en temps de guerre. In-18, 151 p. avec fig.

Medizinal-statistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. VIII, fasc. 2. In-4°, p. 121 à 173, avec cartes. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

Perrier (Ch.). Le service de santé en prison. In-8°, 96 p. avec planches.

Poulsen (G.). Alkohols indflydelse paa organismen; studier over alkoholens fysiologiske og patologiske virkning og om dens rolle som aarsag til sygdom, död og degeneration. In-8°, 333 p. Copenhague. — L'action de l'alcool sur l'organisme; étude physiologique et pathologique.

Salterain (J. de). Apuntes sobre demografía uruguaya: la mortalidad general y por tuberculosis, de 1887 á 1901, inclusive. (*Rev. méd. del Uruguay*, oct. et nov.)

Statistique médicale de l'armée [française] pendant l'année 1901. In-4°, 447 p. Impr. nationale.

24e ANNÉE. — N° 8. Vingt centimes le numéro. 24 FÉVRIER 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Karl Reifferscheid est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Karl Bonhöffer, professeur à la Faculté de médecine de Königsberg, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. E. Kräpelin.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Lorenzo Mandalari, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Francesco Vigorita est nommé privatdocent de matière médicale et de pharmacologie expérimentale.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Giuseppe Dell'Isola est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Luigi Adolfo Oliva est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur J. Hochenegg, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Gussenbauer, décédé.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Giuseppe Levi est nommé privatdocent d'anatomie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Michael Pokrovsky est nommé privatdocent d'anatomie et d'histologie pathologiques.

Université de Cambridge. — M. le docteur J. N. Langley, lecteur, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de Sir Michael Foster, démissionnaire.

University College de Londres. — M. le docteur Henry R. Kenwood est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. W. H. Corfield, décédé.

Université de Sydney. — M. le docteur Jamieson est nommé lecteur de médecine légale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Liébault, de Nancy. — M. le docteur Hermann Emminghaus, ancien professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur R. Milne Murray, lecteur d'obstétrique et de gynécologie à l'Edinburgh School of Medicine.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1903), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

En *France*, en *Algérie* et *Tunisie*, en *Belgique*, en *Danemark*, en *Hollande*, en *Italie*, en *Portugal*, en *Suède* et *Norvège*, en *Suisse*, on s'abonne **sans frais** dans tous les bureaux de poste.

Pour cela faire, il suffit de déposer au bureau de poste de sa localité la somme de **8 fr.** pour la *France*, l'*Algérie* et *Tunisie*, ou de **10 fr.** pour l'*Etranger*, en déclarant vouloir prendre un abonnement à la *Semaine Médicale* et en donnant ses noms et adresse. Ce mode de procéder, qui est le plus simple, ne donne lieu à aucun autre débours, l'administration du journal prenant tous les frais à sa charge.

On peut également s'abonner en adressant à l'Administrateur de la *Semaine Médicale* le montant de l'abonnement en un mandat-poste (**8 fr.** pour la *France*, l'*Algérie* et *Tunisie* et **10 fr.** pour l'*Etranger*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1903).

THÈSES DE LYON

André (Ch.). Les sérums hémolytiques; injections de sérum hémolytique dans les anémies.

Andrieu (H.). Rhumatisme tuberculeux chez les enfants.

Bagary (P.). Contribution à l'étude du cancer thyroïdien; fréquence et pronostic.

Bellot (R.). L'insuffisance aortique d'origine traumatique.

Berton (J.). Du pansement alcoolisé du cordon ombilical.

Biétrix (L.). L'injection hypodermique de digitaline.

Billet (H.). Contribution à la pathogénie de l'entérite chronique des pays chauds et son traitement opothérapique.

Blanchet (E.). Automobilisme et médecine; rôle thérapeutique de l'automobile.

Causse (H.-E.). Recherches sur la contamination des eaux.

Charpentier (L.). Contribution à l'étude du collargol en injections intraveineuses.

Colin (J.). Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du fémur; fracture isolée de la tête fémorale.

Cot (Ch.). Contribution à l'étude de la leucocytose digestive chez le chien normal et splénectomisé.

Crémadells (P.). De l'étiologie du rétrécissement mitral pur (maladie de Duroziez).

Danjean (A.). Contribution à l'étude des progrès de l'assistance et du traitement des aliénés aigus.

Dayman (E.). Théorie sur l'origine et le mode de formation de l'acide urique.

Demonet (E.). Recherches sur la capacité vitale.

Dupont (V.). Morphologie normale et pathologique de l'endothélium amniotique.

Eymin (A.). Médecins et philosophes; notes historiques sur les rapports des sciences médicales avec la philosophie, depuis le VIe siècle avant Jésus-Christ jusqu'aux premières années du XIXe siècle.

Faure (A.). De la neuromyélite optique aiguë.

Fourcade (L.). Durée de la contagiosité de la syphilis.

Fournier (V.). Etude sur la stérilisation du lait dans ses rapports avec la prophylaxie de la tuberculose.

Frizac (F.). Des hémorrhagies intra-oculaires dites expulsives.

Gaud (F.). De l'élimination du mercure par les urines.

Giauffer (E.). Contribution à l'étude du diagnostic des grosses tumeurs de l'hypocondre gauche.

Girardot (Ch.). Paralysies traumatiques isolées et complètes du nerf moteur oculaire commun.

Giraud (G.). Contribution à l'étude du chlorhydrate d'apocodéine et de son action purgative en injections hypodermiques.

Gonnet (Ch.). Du triangle de dégagement; de l'action mécanique de ses dimensions sur la fin de la descente et le début du dégagement de la tête fœtale.

Goursolas (A.). Les formes dyspeptiques de l'appendicite.

Grenier (J.). Le tremblement et les spasmes mnémoniques.

Jacquin (J.). Diagnostic de la pleurésie tuberculeuse chez les typhiques.

Jeannin (E.). Expériences instituées dans le but d'éclairer la pathogénie du cancer.

Jeanty (P.-A.-J.). Lésions du cervelet chez les paralytiques généraux et les déments.

Joly (A.). De l'hyperplasie de l'épithélium pavimenteux stratifié au voisinage des lésions tuberculeuses (étude histologique).

Jouty (A.). Des glandes parathyroïdes.

Juillan (M.). Du traitement du chancre simple et de ses principales complications.

Lardillon (G.). Contribution à l'étude du cancer du poumon et du cancer des bronches (étude anatomo-pathologique).

Lévy (G.). Cytopronostic de la lactation.

Liberge (F.). Sur une forme particulière du spasme de la glotte.

Louis (J.). De l'astragalectomie dans les fractures de l'astragale.

Loygue (G.). Etude médico-psychologique sur Dostoïevsky; considérations sur les états morbides liés au génie.

Madranges (R.). De la résection systématique de l'appendice dans les collections suppurées d'origine appendiculaire.

Magnin (J.-Ch.). Du traitement opératoire du varicocèle par le procédé de Parona.

Maisonnave (P.). Recherches expérimentales sur l'opothérapie au point de vue du développement du squelette.

Malard (M.). Le panaris actinomycosique.

Manjot (A.). Rhumatisme tuberculeux : granulie articulaire primitive à forme rhumatismale.

Marque (J.). Contribution à l'étude étiologique de l'emphysème pulmonaire à Saint-Etienne et spécialement chez les mineurs.

Martinet (G.). Actinomycose du sterno-cléido-mastoïdien.

Michel (V.). Le rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses cutanées.

Monéry (A.). Le métabolisme de l'iode; recherches nouvelles sur la fonction iodée de la glande thyroïde.

Morisot (H.). Contribution à l'étude des luxations métatarso-phalangiennes irréductibles du gros orteil.

Morisson (R.). Contribution à l'étude des hygromas à grains riziformes.

Mourier (A.). L'hémispasme facial vrai non douloureux.

Patricot (A.). La gélatine comme moyen de traitement des diarrhées infantiles.

Péchiné (A.). Rhumatisme tuberculeux primitif : polyarthrites aiguës primitives d'origine bacillaire.

Pélissard (L.). Contribution à l'étude des accès et des accidents pernicieux d'origine palustre.

Peyre (R.). Symbiose actinomycosique; la symbiose morphologique et fonctionnelle de l'actinomyces éclairée par quelques autres symbioses microbiennes.

Piante (J.). De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations gynécologiques.

Pinat (B.). Recherche du bacille d'Eberth dans le sang; application au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.

Pinet (R.). Du traitement des tumeurs osseuses à myéloplaxes par les opérations conservatrices (évidement et surtout résection).

Ploton (E.). La folie à Saint-Etienne; contribution à l'étude de l'étiologie de la folie.

Policard (A.). Etude sur l'élimination par le rein normal des matières colorantes étrangères à l'organisme.

Riollet (J.). Du rôle de la blennorrhagie dans l'étiologie de la spondylose rhizomélique et du rhumatisme chronique vertébral.

Robert (M.). Les empoisonnements criminels au XVIe siècle.

Saurin (Ch.-E.). De l'insuffisance aortique dite fonctionnelle chez les athéromateux atteints de maladie de Hodgson.

Schneider (A.). Rhumatisme tuberculeux et pleurésie.

Seigneurin (F.). Contribution à l'étude du diabète insipide vrai; ses rapports avec la syphilis et la tuberculose.

Sergeant (L.). Contribution à l'étude des infections alimentaires par la viande de veau.

Teyssier (J. de). Des adhérences vraies du placenta.

Tournade (A.). Etudes sur les modifications du testicule consécutives à l'interruption du canal déférent; rôle pathogénique des kystes à spermatozoïdes.

Touzet (H.). Contribution à l'étude expérimentale de la leucothérapie.

Valette (P.). De l'érostratisme, ou vanité criminelle.

Vielle (G.). Actinomycose de l'oreille.

Violet (H.). Contribution à l'étude de la décortication pulmonaire dans l'empyème chronique (opération de Delorme).

Vittenet (J.). De l'éther acétique; ses effets hypno-anesthésiques.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Klien (H.). Ueber die Konfiguration der lumbalen Intervertebralräume. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — Configuration des espaces intervertébraux lombaires.

Titone (M.). Contributo alla topografia del pancreas. (*Gazz. siciliana di med. e chir.*, 18 nov.)

Voigt (J.). Ueber die Entstehung der intervillösen Räume bei Tubargravidität; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 nov.) — Sur l'origine des espaces intervilleux dans la grossesse tubaire.

PHYSIOLOGIE

Anderson (H. K.). The paralysis of involuntary muscle, with special reference of the occurrence of paradoxical contraction. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 3-4.)

Cole (S. W.). Contributions to our knowledge of the action of enzymes: The influence of electrolysis on the action of invertin. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 3-4.)

Fehrsen (A. O. M.). The hæmoglobin and corpuscular content of the blood of the newborn. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 3-4.) — Teneur en hémoglobine et formule hématologique du sang du nouveau-né.

Fränkel (J.) et **Collins** (J.). Muscle tonus and tendon phenomena. (*Med. Record*, 12 déc.)

Garnier (Ch.). Recherches histo-physiologiques sur l'élimination du bleu de méthylène par le rein; note préliminaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Inouye (Z.). Fettverdauung im Magen. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 3.) — Digestion des graisses dans l'estomac.

Mikulicz (J. von). Beiträge zur Physiologie der Speiseröhre und der Cardia. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — Contribution à l'étude de la physiologie de l'œsophage et du cardia.

Rzetkowski (C. von). Studien über die proteolytische Kraft des Mageninhaltes. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 4.) — Pouvoir protéolytique du chyme gastrique.

Vernon (H. M.). The pepton-splitting ferments of the pancreas and intestine. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 3-4.) — Les ferments peptiques du pancréas et de l'intestin.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Capps (J. A.). A study of volume index; observations upon the volume of erythrocytes in various disease conditions. (*Journ. of Med. Research*, déc.) — Variations du volume des hématies au cours de différents états morbides.

Giordano (V.). L'importanza dell'istogenesi nella diagnosi dei tumori gastrici; un caso di linfo-angiosarcoma dello stomaco. (*Clinica medica italiana*, déc.)

Mallory (F. B.). A hitherto undescribed fibrillar substance produced by connective-tissue cells. (*Journ. of Med. Research*, déc.) — Sur une substance fibrillaire non encore décrite et produite par les cellules conjonctives.

Marie (R.). Note sur la présence de levures pathogènes dans les reins humains. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Pepere (A.). Ancora sull'endotelioma dell'utero. (*Clinica moderna*, 16 déc.)

Pojarisky (I.). Quatre cas de formation osseuse dans les valvules cardiaques (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 23.)

Schürmann (E.). Ein Fall von Endothelioma ovarii lymphaticum cysticum. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 2.)

Tarozzi (G.). Di un aneurisma vero dell' arteria splenica; elastoma della tunica media. (*Riforma med.*, 9 déc.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arnheim (J.). Beiträge zur Kenntnis der Autolyse. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, XL, 3-4.)

Asakura (B.). Experimentelle Untersuchungen über die Decapsulatio renum. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.)

Brion (A.) et **Kayser** (H.). Künstliche Infektion der Gallenblase mit Pneumokokken nach Choledochusresektion. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — Infection expérimentale de la vésicule biliaire avec le pneumocoque après résection du canal cholédoque.

Heerfordt (C. F.). Undersögelser over catgut, indbragt i forreste öjekammer : om forreste öjekammers brugbarhed til catgut studier. (*Hospitalstidende*, 23 déc.) — Recherches sur le catgut introduit dans la chambre antérieure de l'œil.

Kinnaman (G. C.). An experimental research into the temperature relationship existing in shock. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Küttner (H.). Experimentelle Untersuchungen zur Frage des künstlichen Blutersatzes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XL, 3.) — Recherches expérimentales sur la régénération artificielle du sang.

Malcolm (J.). On the influence of pituitary gland substance on metabolism. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 3-4.)

Marrassini (A.). Sulle modificazioni del pancreas (isolotti di Langerhans) nella iperglicemia sperimentale; nota preventiva. (*Clinica moderna*, 23 déc.)

Scott-Macfie (J. W.). On the question of direct action of tissue extracts on protoplasm. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 3-4.)

Sertoli (G.) et **Stefanelli** (P.). Azione disinfettante della formalina sul virus rabico. (*Riv. d'igiene e sanità pubbl.*, 16 déc.)

Spadoni (O.). Azione antitossica dell'iodio verso la tubercolina; nota preventiva. (*Riforma med.*, 9 déc.)

Stursberg (H.). Experimentelle Untersuchungen über die zur Heilung chronischer Nephritiden von Edebohls vorgeschlagene « Nierenentkapselung ». (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — Recherches expérimentales sur la décapsulation du rein préconisée par Edebohls pour le traitement des néphrites chroniques.

Tartarini Gallerani (A.). Azione del sublimato sul rene; nota preventiva. (*Riforma med.*, 23 déc.)

MÉDECINE

Ardin-Delteil et **Pagès**. Pleurésie cancéreuse hémorrhagique (formule cytologique; propriétés hémolytiques). (*Montpellier méd.*, 13 sept.)

Astro (P. V.). Statistiek der carcinoom-sterfte in de gemeente Utrecht gedurende het tijdvak 1872-1902. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 juillet.) — Statistique des décès par cancer à Utrecht de 1872 à 1902.

Bernard (L.). Les méthodes d'exploration de la perméabilité rénale. In-8°, 188 p.

Blad (A.). Om enteroptose; en patologisk-anatomisk klinisk studie. In-8°, 477 p. avec fig. Copenhague.

Bragagnolo (G.). Della pneumonite acuta appendicolare. (*Riv. veneta di scienze med.*, 31 août.)

Buch (M.). Enteralgie und Kolik; über Mesogastralgie, zur Klarstellung des Begriffes Enteralgie. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 4 et 5.)

Campani (A.). Flebite simmetrica infettiva criptogenetica con sindrome polmonare grave preflebitico. (*Riforma med.*, 2 déc.)

Clemens (J. R.). Enlarged bronchial glands. (*Med. News*, 12 déc.) — Adénopathie trachéo-bronchique.

Conor. Contribution à l'étude de l'ictère dans la pneumonie. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, nov.)

Elliott (A. R.). Cyclical albuminuria. (*Med. Record*, 12 déc.)

Graul (G.). Dickdarmcarcinom und Enteritis membranacea. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 3.) — Cancer du gros intestin et entérocolite muco-membraneuse.

Hamill (S. McC.). Aneurysm of the arch of the aorta, with rupture. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.)

Mattirolo (G.) et **Tedeschi** (E.). Ricerche sperimentali e cliniche sopra due casi di emoglobinuria parossistica. (*Riforma med.*, 1er, 8 et 15 avril.)

Pesthy (S. von). Ueber die Brauchbarkeit der Perkussions-Auskultation in der Diagnostik der Magenerkrankungen. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 4.) — Sur l'utilité de la méthode combinée de la percussion et de l'auscultation dans les affections de l'estomac.

Robin (A.) et **Binet** (M.). Traitement rationnel de l'ostéomalacie d'après les modifications des échanges respiratoires, des échanges généraux et de la composition du sang. (*Arch. latines de méd. et de biol.*, I, 2 et 3.)

Signorelli (A.). Linfomatosi diffusa di origine timica. (*Arch. latines de méd. et de biol.*, I, 3.)

Steele (J. D.) et **Francine** (A. P.). 2 years' experience in gastroptosis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.)

Swan (J. M.). Aneurysm of the aorta. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.)

Van Spanje (N. P.). Das Manometer bei der Capacitätsbestimmung des Magens. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 4.) — Evaluation de la capacité de l'estomac à l'aide du manomètre.

Warfield (L. M.) et **Walker** (J. K.). Acute ulcerative endocarditis caused by the meningococcus (Weichselbaum). (*Bull. of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hosp.*, 1.)

Zweig (W.) et **Calvo** (A.). Die Sahli'sche Mageninhaltsuntersuchung und ihre Bedeutung für die Diagnose der alimentären Hypersekretion. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IX, 3.) — Valeur de la méthode de Sahli pour l'analyse du chyme gastrique au point de vue du diagnostic de l'hypersécrétion alimentaire.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Austregesilo (A.). Choréa degenerativa (ou de Huntington). (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 nov.)

Curioni (F.). Rapport du tabes avec la paralysie générale. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

De Silvestri (E.). Sarcoma del mediastino ed acromegalia. (*Riforma med.*, 23 déc.)

Etchepare (B.). Sobre dos casos de demencia precoz. (*Rev. méd. del Uruguay*, déc.)

Gumpertz (K.). Ueber einige weniger gekannte Beziehungen zwischen Krampf und Lähmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIII, 5-6.) — Des rapports encore peu connus entre les crampes et les paralysies.

Hare (F.). Mechanism of the paroxysmal neuroses. (*Australasian Med. Gaz.*, juillet, août, sept. et oct.)

Haskovec (L.). Nouvelles remarques sur l'akathisie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Heldenbergh (C.). Du réflexe cutané plantaire paradoxo-normal avec écartement des orteils (type en abduction) et du même réflexe plantaire avec resserrement des orteils (type en adduction). (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, LXXXII, 5.)

Langelaan (J. W.). Over de beteekenis van den peesreflex. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 avril.) — Signification du réflexe tendineux.

Lechner (C. S.). Aangeboren woordblindheid. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er août.) — Cécité verbale congénitale.

Marcus (H.). Akuta förvirringstillstaand paa syfilitisk grund. (*Hygiea*, mai et juin.) — Confusion mentale d'origine syphilitique.

Martinez Vargas (A.). Cooperación al estudio de las diplegias. (*Medicina de los niños*, nov. et déc.)

Mendel (E.), **Flatau** (E.) et **Jacobsohn** (L.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (6. Jahrgang, 1902). In-8°, 1333 p. Berlin. — Compte rendu des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés en 1902.

Papadaki (A.). Statistique clinique des alcooliques traités à l'asile de Bel-Air en 1901 et 1902. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Potts (Ch. S.) et **Spiller** (W. G.). A case of solitary tubercle of the pons; remarks on the pathway for sensations of taste from the anterior portion of the tongue, with pathological report and remarks on palsy of associated ocular movements. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.) — Un cas de tubercule solitaire de la protubérance; remarques sur la voie nerveuse suivie par les sensations gustatives de la pointe de la langue.

Sforza (N.). Contributo clinico alla patologia delle lesioni della coda equina. In-8°, 24 p. avec fig. Rome.

Starr (M. A.). A treatise on organic nervous diseases. In-8°, 742 p. New York.

Stout (G. C.). A case of cerebral abscess. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.)

Tcherno-Schwarz (B.) et **Lountz** (R.). Contribution à l'étiologie et à la pathogénie de la chorée (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 24.)

Torri (O.). Intorno a tre casi di sifilide cerebrale. (*Clinica moderna*, 9 et 23 déc.)

Vires (J.). Sur les définitions de l'épilepsie. (*Montpellier méd.*, 15 nov.)

CHIRURGIE

Arrizabalaga (G.). Un caso de hallux varus. (*Rev. méd. del Uruguay*, déc.)

Carta (F.). Nuovo metodo di sospensione del testicolo nella cura radicale del varicocele. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, déc.)

Connell (F. G.). Local anæsthesia. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Cozzoli (G.). Di due fistole congenite mediane del collo. (*Gazz. med. delle Marche*, avril et mai.)

Crile (G. W.). Blood-pressure in surgery; an experimental and clinical research. In-8°, 422 p. avec fig. Londres. — La pression sanguine en chirurgie.

Delagénière (H.). Du véritable procédé de Mirault pour l'opération du bec-de-lièvre. (*Arch. provinc. de chir.*, déc.)

Douglas (R.). Surgical diseases of the abdomen, with special reference to diagnosis. In-8°, 883 p. avec planches. Philadelphie.

Fausto (O.). Esplenectomia total; cura. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 déc.)

Fisher (J. M.). The gauze-bearing tape and the gravity pad in pelvic and abdominal surgery; improvements in technique. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Le ruban porte-gaze et la compresse lourde en chirurgie abdominale et pelvienne.

Fix et **Gaillard**. Note sur 4 cas de perforations intestinales survenues au cours de la fièvre typhoïde, traitées par la laparotomie et la suture de l'intestin. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mars.)

Ghillini (C.). Trattamento del piede torto. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, oct.)

Grégoire (R.). Les propagations du cancer du rein. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Guyot (J.). Du ressaut cotyloïdien spontané, ou signe de Gerdy, pour le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche. (*Arch. provinc. de chir.*, nov.)

Hammer (F.). Chloroformtod oder akute Uræmie? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 sept.) — Mort par chloroforme ou urémie aiguë?

Hampeln (P.). Zur Pathologie des Oesophaguscarcinoms. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 31 oct.)

Heiking (E.). De l'ostéomyélite aiguë primitive du sacrum (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XIX, 6.)

Hildebrand. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie (8. Jahrgang, 1902). In-8°, 1364 p. Wiesbaden. — Compte rendu des progrès réalisés en chirurgie pendant l'année 1902.

Hobensack (J. R.). The treatment of fractures of the radius between the insertions of the pronator muscles. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.)

Howard (C. P.). Pneumococcic arthritis. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, nov.)

Janssen (P.). Zur Kenntnis der Arthritis chronica ankylopoëtica. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — Contribution à l'étude de l'arthrite chronique ankylosante.

Kaufmann. Des abcès chauds de la langue. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 7 nov.)

Körner (O.). Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluss von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — Influence des interventions chirurgicales sur la marche et la terminaison du diabète sucré.

Kozlovsky (B.). 2 cas de tumeurs embryonnaires du cordon ombilical (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XIX, 6.)

Krönlein. Klinische Nachträge. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.)

Mauclaire. Diverticulite de Meckel avec péritonite généralisée; laparotomie et invagination partielle du diverticule; la diverticulite prémonitoire de l'occlusion. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Monnier (E.). Zur Kasuistik der Milzcysten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Kystes de la rate.

Monprofit (A.). Transformation d'une gastro-entérostomie par abouchement latéral en gastro-entérostomie en Y. (*Arch. provinc. de chir.*, nov.)

Morestin (H.). Epithélioma du nez; extirpation; rhinoplastie à l'aide de lambeaux génien et frontal. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Moura (C. de). Gangrena dos orgãos da geração (no homem). (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 déc.) — Gangrène des organes génitaux de l'homme.

Moynac (L.). Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales. T. III : chirurgie spéciale (oto-laryngologie; ophtalmologie; organes génitaux et urinaires). 8e éd. In-8°, 653 p. avec fig.

Murphy (J. B.). On the results obtainable by operative measures in affections of the stomach. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Norris (H.). Rupture of the quadriceps extensor tendon. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.)

Pascale (G.). Neoartrosi a sostegni metallici dell'articolazione scapolo-omerale (asportazione per sarcoma della testa dell'omero) ed ileo-femorale (per sublussazione della testa femorale complicata a frattura del collo del femore mal consolidata); risultati clinici. (*Riforma med.*, 2, 16 et 23 déc.)

Pilcher (L. S.) et **Onuf** (B.). Perforating gunshot wound of the cervical portion of the spinal cord; report of a case in which recovery was secured, with ability to walk. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Plaie pénétrante par arme à feu de la moelle cervicale; guérison avec disparition de la paraplégie.

Roux de Brignoles. Amputation ostéo-plastique fémoro-rotulienne de Gritti. (*Arch. provinc. de chir.*, déc.)

Sakhansky (N.). Des pyémies d'origine otique (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XIX, 6.)

Sayre (R. H.). The necessity for an early diagnosis in the prevention of deformities. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, oct.)

Serapine (K.). Sur l'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes de l'omoplate (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XIX, 6.)

Springer (K.). Schädelnekrose durch Verbanddruck. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXIX, 2-4.) — Gangrène du crâne consécutive à la pression exercée par un pansement.

Strasser (A. A.). A rare case of patent diverticulum ilei. (*Med. Record*, 12 déc.)

Toussaint (H.). Note sur l'hémopelvis, suite de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. (*Arch. provinc. de chir.*, déc.)

Zahlmann (S.). Polyposis intestini crassi. (*Hospitalstidende*, 23 déc.) — Polyadénomes du gros intestin.

OPHTALMOLOGIE

Antonelli (A.). Les névrites optiques au cours des infections aiguës. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet, août, sept., oct. et nov.)

Bach (L.). Pupillenstudien. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 2.)

Bernheimer (S.). Die Gehirnbahnen der Augenbewegungen. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 2.) — Les voies intra-cérébrales des mouvements oculaires.

Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie (20e année, 1903). In-8°, 495 p. avec fig.

Del Toro y Quartiellers (C.). Tratado teórico-práctico de las enfermedades de los ojos y de sus accesorios. 3e éd. 2 vol. In-8°, 1547 p. avec fig. Cadix. F. Rodríguez de Silva.

Freund (H.). Die gittrige Hornhauttrübung. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 2.) — Opacités cornéennes réticulées.

Gagnière. Théorie générale du procédé de Guignet. (*Arch. d'ophtalmol.*, nov.)

Galiani (A.). Irrigatore oculare per la cura della oftalmite dei neonati. (*Ann. di ottalmol.*, XXXII, 7-8.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bastian (J.). De l'hystérotomie exploratrice et, en particulier, de l'hystérotomie médiane antérieure. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Batigne (L.). Hystérectomie abdominale totale et subtotale dans le traitement des fibromes. (*Gynécologie*, déc.)

Caïris (M. N.). Sur quelques troubles de la ménopause, notamment les bouffées de chaleur et les tachycardies. In-8°, 24 p. Syra.

Chaleix-Vivie (M.). Difformités congénitales des mains chez la mère et les enfants; influence des brides amniotiques. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, nov.)

Dalché (P.). Accidents osseux et articulaires d'origine génitale chez la femme. (*Gynécologie*, déc.)

Desguin (L.). Note sur un cas de fistule vésico-vaginale opérée par le procédé de Braquehaye. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, nov.-déc.)

Doléris (J.-A.). Stérilité féminine; traitement des atrésies orificielles du col utérin. (*Gynécologie*, déc.)

Garnier (Ch.) et **Fruhinsholz** (A.). Le liquide amniotique contient-il de la lipase? (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Hirst (B. C.). A text-book of obstetrics. 4e éd. In-8°, 899 p. avec fig. New York.

Keiffer. Les symptômes prégravidiques. (*Gynécologie*, août.)

Lebar (L.). Rein mobile et affections génitales. (*Gynécologie*, août.)

Libov (B.). Traitement du placenta prævia central (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 déc.)

Lomer (R.). Zur Frage der Heilbarkeit des Carcinoms. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 2.) — Curabilité du cancer.

Paggi (E.). Sulla diagnosi di parto distocico per « ingrossamento dell'addome fetale ». In-8°, 6 p. Sienne.

Pouey (E.). Siete observaciones de retroversión gravídica; su tratamiento manual. (*Rev. méd. del Uruguay*, déc.)

Richelot (L.-G.). Sur le traitement de la métrite cervicale. (*Gynécologie*, déc.)

Seydel (O.) et **Meyer** (R.). Lipoma fibro-myomatosum uteri; ein Beitrag zur Kenntnis der fetthaltigen Uterusgeschwülste. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 2.)

Wallart (J.). Ueber die Combination von Carcinom und Tuberculose des Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, L, 2.)

PÉDIATRIE

Jantzen (Th.). Alderens indflydelse paa barnets modtagelighed for vakcine. (*Hospitalstidende*, 16 déc.) — Influence de l'âge sur la réceptivité des enfants à l'égard du vaccin.

Joukovsky (V.). Un cas de méningite purulente provoquée par le pneumobacille de Friedländer (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 24.)

Kredel (L.). Ueber die akute Darminvagination im Kindesalter. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — L'invagination intestinale aiguë de l'enfance.

Maguire (G. J.). Acute contagious pemphigus in the newly born; a clinical study. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, déc.) — Etude clinique sur le pemphigus aigu épidémique du nouveau-né.

Martin (E.). A propos d'un cas de hernie de l'ovaire avec accidents de pseudo-étranglement chez une enfant de cinq ans. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Maygrier (C.). Les consultations de nourrissons. In-8°, 44 p. avec fig.

Monrad (S.). Pædiatriske forelæsninger og studier. T. II. In-8°, 124 p. Copenhague.

Muniagurria. Scoliose produite par une fièvre typhoïde. (*Arch. de méd. des enfants*, nov.)

Ovazza (V. E.). Sulla scomparsa dei soffii endocarditici nei bambini. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVI, 11.) — Sur la disparition des souffles endocardiques chez les enfants.

Rakhmaninov (I.). Contribution à l'étude du pemphigus aigu (en russe). (*Méd. Obozr.*, LX, 24.)

Rotch (Th. M.). The essential principles of infant feeding and the modern methods of applying them. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 et 15 août.) — Les principes de l'alimentation des enfants en bas âge.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Coenen (H.). Primäre Tuberkelgeschwulst der Nasenhöhle. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXX, 3.) — Tumeur tuberculeuse primitive des fosses nasales.

Compaired. Volumineux sarcome de l'amygdale palatine gauche; opération, guérison. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 31 oct. et 7 nov.)

Jacques (P.). Nature, causes et traitement des polypes du nez. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 31 oct.)

Johnston (R. H.). A large dermoid tumor of the mastoid. (*Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, nov.-déc.)

Killian (G.). Die Nebenhöhlen der Nase in ihren Lagebeziehungen zu den Nachbarorganen. In-4°, 15 planches avec texte explicatif. Iéna. — Les cavités accessoires du nez et rapports topographiques de ces cavités avec les organes voisins.

Knight (Ch. H.). Diseases of the nose and throat. In-8°, 423 p. avec fig. Philadelphie. — Maladies du nez et de la gorge.

Kostelianetz (A. von). Ueber die Beziehungen der Erkrankungen des Ohres zu denen der Nase und des Nasenrachenraumes. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 11 et 18 avril.) — Rapports des maladies de l'oreille avec les affections du nez et du naso-pharynx.

Lannois et **Corneloup.** Abcès sous-dure-mérien aigu ouvert spontanément au niveau de l'occipital. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 19 déc.)

Leclerq (E.). L'aérothermothérapie dans les affections du nez. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, nov.-déc.)

Luc. Deux abcès extra-duraux périsinusiens d'origine otique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 12 déc.)

Massier. Abcès sous-dure-mérien consécutif à une otite morbilleuse; trépanation large de la mastoïde; ouverture de la fosse cérébrale moyenne; guérison. (*Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 14 nov.)

Mounier. Des troubles vocaux et réflexes dus à l'hypertrophie de la luette. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 14 nov.)

Réthi (L.). Un caso de amígdala péndula combinada con perforación del arco palatino posterior. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, nov.-déc.)

Ruault (A.). Considérations sur la nature, l'étiologie et le traitement des polypes muqueux des fosses nasales. (*Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 28 nov.)

Sinnhuber (F.). Klinisches und Experimentelles zur Lehre von den perversen Stimmbandbewegungen bei doppelseitiger Postikuslähmung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 1-2.) — Etude clinique et expérimentale de la perversion des mouvements des cordes vocales dans la paralysie bilatérale des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

Wood (G. B.). Tuberculosis of the parotid and the possibility of infection through the tonsils. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.)

24e ANNÉE. — N° 9. Vingt centimes le numéro. 2 MARS 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 — —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 — —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés, après concours, agrégés de médecine : MM. les docteurs P. Carnot, Claude, Balthazard, E.-M. Labbé et Macaigne.

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. les docteurs Verger et Abadie sont nommés, après concours, agrégés de médecine.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Verdun, agrégé, est nommé professeur de zoologie médicale et pharmaceutique.

M. le docteur Fockeu, chargé de cours, est nommé professeur de matière médicale et de botanique.

M. le docteur Ingelrans est nommé, après concours, agrégé de médecine.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. les docteurs Nicolas et Charvet sont nommés, après concours, agrégés de médecine.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Ardin-Delteil est nommé, après concours, agrégé de médecine.

Faculté de médecine de Nancy. — MM. les docteurs Richon et Hoche sont nommés, après concours, agrégés de médecine.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Maurel, chargé de cours, est nommé professeur de pathologie expérimentale.

M. le docteur Guilhem, chargé de cours, est nommé professeur de médecine légale.

MM. les docteurs Cestan et Baylac sont nommés, après concours, agrégés de médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX

ANNEE 1904

Dans ce bulletin, nous indiquons tous les titres des ouvrages et des mémoires médicaux publiés en 1904 ou portant le millésime de ladite année, dont la connaissance nous est parvenue dans l'intervalle de chacun des numéros de la *Semaine Médicale*.

Les ouvrages sans indication de lieu ont été publiés à Paris.

THÈSES DE PARIS

Babonneix (L.). Nouvelles recherches sur les paralysies diphtériques.

Billon (L.). Recherches des causes déterminant le sexe.

Blanchard (G.-Ch.). De l'astigmatisme déterminé par le ptérygion.

Bolio (A.). Contribution à l'étude clinique de la grippe, associée à la fièvre typhoïde.

Bretheau (R.). Les dispensaires antituberculeux; leur rôle hygiénique et social.

Briquet (C.). De la gangrène des organes génitaux externes de l'homme en dehors de toute affection urinaire.

Buisson (J.). Dystrophie congénitale multiple du tissu élastique.

Burgaud (L.-J.). Contribution à l'étude du cancer du testicule ectopié à l'aine.

Caruette (R.). Les dystrophies du cartilage de conjugaison dans leurs rapports avec la croissance générale du squelette.

Ciaudo (L.). Recherches sur les diamètres céphaliques de l'enfant dans les six premiers mois de la vie.

Croll (Ch.). Asiles et maisons de relèvement pour buveurs.

Darcanne (G.). Contribution au diagnostic clinique de la démence précoce.

Delion (M.). Diathèse d'auto-infection et appendicite.

Ducastel (G.). Contribution à l'étude de la phlébite goutteuse.

Duchamp (C.-J.). De l'insuffisance des défenses de l'organisme chez le nouveau-né.

Fischer (E.). La diazoréaction dans les maladies aiguës de l'enfance.

Furtin (H.). Indications du curettage en obstétrique et en gynécologie.

Gandois (J.-F.). De la gangrène symétrique des extrémités « type Raynaud ».

Georges (P.). Hospitalisation des tuberculeux; le rôle de l'hôpital dans la lutte antituberculeuse.

Guérin (Ch.). Contribution à l'étude clinique de la bouche dans la rougeole.

Jouaust (M.). Contribution à l'étude de l'entérocolite muco-membraneuse (théorie réflexe de la production des muco-membranes intestinales).

Lafabrègue (H.). Des grands épanchements tuberculeux du péricarde et principalement de leur évacuation.

Magin (J.). Du traitement chirurgical des ulcères de jambe.

Maurer (A.). Des différents degrés de conservation de l'activité intellectuelle dans les délires systématisés (paranoïa).

Mourier (E.). Contribution à l'étude des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale.

Ollier (B.-S.). Diphtérie et grossesse : des injections préventives du sérum antidiphtérique chez les femmes enceintes et les nouveau-nés.

Ortel (L.). Du bassin coxalgique au point de vue de l'accouchement.

Pauly (E.). Contribution à l'étude de l'hydrorrhée déciduale.

Petit (H.). Les aliénés dits criminels (dégénérés, débiles, amoraux).

Réal (P.). Contribution à l'étude de la laryngectomie totale dans le cancer du larynx.

Roché (J.). Contribution à l'étude des poisons de l'organisme au cours de la grossesse.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Boveri (Th.). Ergebnisse über die Konstitution der chromatischen Substanz des Zellkerns. In-8°, 130 p. Iéna. — La constitution de la substance chromatique du noyau cellulaire.

Brösike (G.). Lehrbuch der normalen Anatomie des menschlichen Körpers. 7e éd. In-8°, 801 p. avec fig. Berlin.

Delobel (P.). Iconographie topographique de l'oreille chez le nouveau-né. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Ellermann (V.). Tekniske notitser. (*Bibliotek for Læger*, janv.) — Notes de technique [histologique].

Gaehlinger. Les mamelles surnuméraires chez l'homme. (*Echo méd. du Nord*, 10 janv.)

Jawin (W.). Die Lage der Speiseröhre bei verschiedenen Verkrümmungen der Wirbelsäule. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 2.) — Topographie de l'œsophage dans les déviations du rachis.

Keith (A.) et **Shillitoe** (A.). The preputial or odoriferous glands of man. (*Lancet*, 16 janv.)

Matsuoka (M.). Die Regeneration des Knorpelgewebes. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 1.) — La régénération du tissu cartilagineux.

Rothmann (M.). Ueber das Verhalten der Arteria cerebri anterior beim Affen, Anthropoiden und Menschen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Anatomie comparée de l'artère cérébrale antérieure chez les singes, les anthropomorphes et l'homme.

Ruckert (A.). Ueber die sogenannten oberen Cardiadrüsen des Oesophagus. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 1.) — Sur l'existence de glandes du cardia dans la partie supérieure de l'œsophage.

PHYSIOLOGIE

Bonnier (P.). Une théorie de l'audition. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Effertz (O.). Der Fettkonsum in den Tropen; ein Beitrag zur Physiologie der Wärme. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 janv.) — La consommation de graisse dans les pays tropicaux.

Fleig (C.). Intervention d'un processus humoral dans l'action des savons alcalins sur la sécrétion pancréatique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Glénard (F.). Indépendance respective des lobes du foie et localisations lobaires hépatiques. (*Policlinique*, 1er janv.)

Gréhant (N.). Mesure de l'activité physiologique des reins par le dosage de l'urée dans le sang et dans l'urine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Hamburger (H.-J.) et **Hekma** (E.). Sur le suc intestinal chez l'homme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Heitler (M.). Pulskurve, während des Lachens aufgenommen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 9 janv.) — Tracé sphygmographique recueilli pendant l'acte du rire.

Leduc (S.). La résistance électrique du corps humain. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 janv.)

Lipes (H. J.). A study of the changes occurring in the endometrium during the menstrual cycle. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Ascoli (V.). Le alterazioni funzionali ed anatomiche del fegato nella tubercolosi polmonare come contributo allo studio della sua evoluzione. (*Policlinico*, partie méd., XI, 1.)

Borri (A.). Sulle condizioni del dòtto pancreatico in alcune itterizie e specialmente nella catarrale. (*Policlinico*, partie méd., XI, 1.) — Etat du canal pancréatique dans différentes variétés d'ictère, notamment dans sa forme catarrhale.

Busse (O.). Ueber kongenitale Cystennieren. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 janv.) — Sur le rein polykystique congénital.

Fischer (B.). Zur Pathologie des elastischen Gewebes der Milz. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 1.) — Anatomie pathologique du tissu élastique de la rate.

Hildebrandt (W.). Ueber eosinophile Zellen im Sputum. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.)

Marx (H.). Ueber vitale und supravitale Granulafärbungen bei Aetzkeratitis. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 1.) — Sur la coloration de la cornée vivante et survivante dans la kératite produite par cautérisation.

Meissner (P.). Grundriss der pathologischen Anatomie. In-8°, 391 p. avec fig. Berlin.

Pearce (R. M.). The islands of Langerhans in congenital syphilitic pancreatitis. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Rivalta (F.). Sulla natura delle sostanze che precipitano alla speciale prova coll'acqua acetica, che serve a differenziare gli essudati sierosi dai semplici trasudati; nota preventiva. (*Policlinico*, 23 janv.)

Williamson (R. T.). Changes in the spinal cord in diabetes mellitus. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.) — Lésions de la moelle épinière dans le diabète sucré.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Abrams (A.). The cardiosplanchnic phenomenon. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Baduel (C.), **Daddi** (G.) et **Marchetti** (G.). Ricerche sul ricambio materiale in un caso di morbo di Flaiani-Basedow. (*Clinica moderna*, 6 janv.)

Glenny (W. C. W.). A case of extreme hyperpyrexia. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Heitler (M.). Ueber reflektorische Pulsdepression. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 9 janv.)

Landsteiner (K.) et **Jagic** (N.). Ueber Analogien der Wirkungen kolloidaler Kieselsäure mit den Reaktionen der Immunkörper und verwandter Stoffe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 janv.) — Rapprochement des effets de l'acide silicique à l'état colloïde avec les réactions des anticorps et de leurs analogues.

Micheli (F.). Su alcune reazioni emolitiche nel siero di sangue dei nefritici. (*Gazz. degli Osped.*, 17 janv.)

Monsarrat (K. W.). On the etiology of carcinoma; researches on the morphology of an organism associated with carcinoma mammæ, and on the etiological significance of this association. (*Brit. Med. Journ.*, 23 janv.)

Rietema (S. P.). Tuberculose en erfelijkheid. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 janv.) — Tuberculose et hérédité.

Watson (Ch.). Observations on the pathogenesis of gout. (*Brit. Med. Journ.*, 9 janv.)

Weichardt. Ueber Ermüdungstoxine und deren Antitoxine; 1. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Toxines et antitoxines dans la fatigue.

MÉDECINE

Audain (L.). Pathologie intertropicale; doctrines et clinique. In-8°, 413 p. avec fig. Port-au-Prince.

Bennion (J. M.). A case of lobar pneumonia in which the physical signs persisted for 8 weeks accompanied by a very irregular temperature. (*Lancet*, 16 janv.)

Bonanome (G.). Di una epidemia di nefrite. (*Policlinico*, 9 janv.)

Broadbent (Sir William H.). A note on postural albuminuria. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janv.)

Burt (S. S.). Diagnosis of acute lobar pneumonia. (*Med. Record*, 2 janv.)

Casazza (A.). Infantilismo e acro-ipoplasia. (*Gazz. degli Osped.*, 10 janv.)

Cassagnou. Tuberculose et alcoolisme à la Guadeloupe. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.* janv.-fév.-mars.)

Castellino (P. F.). Un caso di arteriosclerosi. (*Gazz. internazion. di med.*, 15 déc. 1903 et 20 janv.)

Dock (G.) et **Warthin** (A. S.). A clinical and pathological study of two cases of splenic anæmia, with early and late stages of cirrhosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Dudgeon (L. S.). The etiology, pathology, and diagnosis of adrenal hemorrhage. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Elliott (A. R.). Diabetes mellitus; the limitations of its dietetic treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.)

Ferrannini (L.). Ueber von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Infantilisme non thyroïdien.

Flynn (J. H.). Acute pancreatitis. (*Yale Med. Journ.*, janv.)

Fränkel (A.). Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten. 2e partie. In-8°, p. 449 à 980, avec fig. Vienne. — Pathologie et traitement des affections pulmonaires.

Giordano (V.). Le alterazioni e gli aneurismi dell'arteria polmonare; casuistica propria; un caso singolare di aneurisma dissecante del tronco unico di tale arteria apertosi nel pericardio; studio clinico ed anatomo-patologico. (*Policlinico*, partie méd., XI, 1.)

Gowers (Sir William R.). Lumbago: its lessons and analogues. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bezançon (F.) et **Philibert** (A.). Formes extra-intestinales de l'infection éberthienne. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Byers (J. W.). Glandular fever. (*Lancet*, 9 janv.) — Oreillons.

Elsner (H. L.). Anomalies and difficulties of diagnosis in typhoid fever. (*Med. News*, 2 janv.)

Elting (A. W.). The pathology and treatment of tetanus. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Fulton (J. S.). Typhoid fever; some unconsidered hindrances in its prophylaxis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 janv.)

Geirsvold (M.). Difteriens bekjæmpelse ved præventiv brug af difteriserum. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — Emploi du sérum antidiphtérique à titre préventif.

Germani (A.). Contributo alla diagnosi clinica della febbre tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 3 janv.)

Le Fevre (E.). Management and treatment of typhoid fever. (*Med. News*, 2 janv.)

Lemoine (G.). Tuberculose à forme bronchique et bronchite chez les tuberculeux. (*Nord méd.*, 1er janv.)

Maragliano (V.). Sulla presenza del bacillo tubercolare nelle urine. (*Gazz. degli Osped.*, 17 janv.)

Michelazzi (A.). Sul valore clinico del sintoma di Koplik nel morbillo. (*Gazz. degli Osped.*, 10 janv.)

Niedner (O.). Ein Fall von Staphylokokkensepsis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 janv.) — Un cas de staphylococcie.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alter (W.). Zur Genese einiger Symptome in katatonen Zuständen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 2 janv.)

Bajenov (N.). Guy de Maupassant et Dostoïevsky; étude de psychopathologie comparée. (*Arch. d'anthropol. crim.*, janv.)

Breton (M.) et **Caudmont**. Un cas de torticolis mental. (*Echo méd. du Nord*, 17 janv.)

Carrier (H.). La cellule nerveuse normale et pathologique; altérations histologiques des centres nerveux dans les délires toxi-infectieux des alcooliques, le delirium tremens et le délire aigu. In-8°, 427 p. avec planches.

Cornelius. Die Druck- oder Schmerzpunkte als Entstehungsursache der sogenannten funktionellen Nervenerkrankungen; ihre Entstehung und Behandlung. (*Wien. med. Wochensch.*, 2, 9, 16 et 23 janv.) — La douleur localisée considérée comme cause des maladies nerveuses fonctionnelles; pathogénie et traitement.

Distin (H.). A note on brachial neuralgia. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Engelhardt (G.). Zur Frage der Dauerheilung nach operativer Behandlung der traumatischen Jackson'schen Epilepsie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 janv.) — Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie jacksonienne d'origine traumatique.

Erb (W.). Syphilis und Tabes. (*Berlin. med. Wochensch.*, 4, 11, 18 et 25 janv.)

Gordinier (H. C.). Acute ascending paralysis of the type of Landry, with the report of 2 cases, one with autopsy, the other with complete recovery. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Haupt. Kasuistischer Beitrag zur kriminellen Psychopathologie. (*Militärarzt*, 8 janv.)

Hun (H.), **Blumer** (G.) et **Streeter** (G. L.). Myasthenia gravis, with a report of the autopsy and microscopical examination of the tissues. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Jaulin. La ponction lombaire chez les paralytiques généraux. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 10 janv.)

Kelly (B. C.). A case of erythromelalgia. (*Lancet*, 16 janv.)

Lenoble (E.) et **Aubineau** (E.). Paralysie alterne double incomplète limitée à la face; faiblesse de tout le côté gauche du corps; tubercules pédonculo-protubérantiels. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Levi-Bianchini (M.). Epilepsie paranoïde. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Lewis (W. H.). An unusual epileptic case. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Lunz (M. A.). Zwei Fälle von Meningitis basilaris simplex. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Angier. Notes sur la lèpre au Cambodge. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Baudouin (F.). Mélanodermie d'origine complexe. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 3 janv.)

Berg (G.). Zur Komplikation der Gonorrhoe. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 janv.)

Blin. La syphilis à Mayotte. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Charmeil. Syphilis conceptionnelle. (*Echo méd. du Nord*, 24 janv.)

Finger (E.). Ueber Lichen ruber pemphigoides. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 janv.)

Gary (P.). Etude sur la contagiosité et le traitement de la pelade. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, janv.)

Harbinson (G. C. R.). Scleroderma associated with Raynaud's disease and Addisonian pigmentation. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Jones (F.). Syphilis in the negro. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.)

PARASITOLOGIE

Dutton (J. E.), **Todd** (J. L.) et **Christy** (C.). Human trypanosomiasis on the Congo, being the first progress report of the expedition of the Liverpool School of Tropical Medicine to the Congo, 1903. (*Brit. Med. Journ.*, 23 janv.)

Lang et **Noc**. Les filaires et la filariose en Nouvelle-Calédonie. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Manson (Sir Patrick) et **Low** (G. C.). The Leishman-Donovan body and tropical splenomegaly. (*Brit. Med. Journ.*, 23 janv.)

Marchand (F.) et **Ledingham** (J. C. G.). On the question of trypanosoma infection in man. (*Lancet*, 16 janv.)

Mosler (F.) et **Peiper** (E.). Tierische Parasiten. 2e éd. In-8°, 376 p. avec fig. Vienne. — Parasites animaux.

Taniguchi. Ein Fall von Distomumerkrankung des Gehirns mit dem Symptomencomplex von Jackson'scher Epilepsie, von Chorea und Athetose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.)

Texier. A propos de la filariose. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Warfield (L. M.). Observations on uncinariasis. (*Amer. Medicine*, 9 janv.) — Ankylostomiase

CHIRURGIE

Baillet. Ulcération de la carotide interne produite par un adéno-phlegmon; mort. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 10 janv.)

Balacescu et **Kohn**. Die äussere cervicale Oesophagotomie zur Extraction von Fremdkörpern im Oesophagus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 2.) — L'œsophagotomie cervicale externe pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage.

Bayer (J.). Ueber Spiralbrüche an der oberen Extremität. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.) — Sur les fractures spiroïdes du membre supérieur.

Bennett (Sir William H.). On deceptive signs of improvement following upon septic intoxication in acute appendicitis, especially in young people. (*Lancet*, 2 janv.) — Accalmies traîtresses de l'appendicite aiguë, notamment chez des sujets jeunes.

Bernhard (O.). Ueber offene Wundbehandlung durch Insolation und Eintrocknung; zugleich Einiges über klimatische Einflüsse des Hochgebirges. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Traitement des plaies à ciel ouvert par l'insolation et la dessiccation.

Betagh (G.). Igroma della bursa subserrata; contributo alla conoscenza delle borse mucose della spalla. (*Policlinico*, partie chir., XI, 1.)

Bishop (E. S.). Some forms of chronic abdominal surgical disease. (*Lancet*, 16 janv.)

Boyd (S.). Intraperitoneal abscess due to pneumococcus. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Bruhns (C.). Lymphangiektasien der Wange. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2.) — Lymphangiectasies de la joue.

Bureau (E.). Abcès du foie dans l'appendicite. (*Gaz. méd. de Nantes*, 2 janv.)

Campanella et **Grassi**. Un caso di ascesso del lobulo dello Spigelio. (*Gazz. degli Osped.*, 10 janv.)

Curtis (B. F.). Gallstones, their surgical treatment. (*New York Med. Journ.*, 2 janv.) — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire.

Czerny (V.). Ueber die Entwicklung der Chirurgie während des 19. Jahrhunderts und ihre Beziehung zum Unterricht In-8°, 35 p. Leipzig. — L'évolution de la chirurgie pendant le XIXe siècle et ses rapports avec l'enseignement.

Del Genovese (P.). Ferita d'arma da fuoco di un rene unico. (*Policlinico*, 16 janv.) — Plaie par arme à feu d'un rein unique.

Dennis (F. S.). The mortality of appendicitis. (*Med. News*, 9 janv.)

Egger (L.). Contribution à la chirurgie du sinus frontal. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 16 janv.)

Foott (F. W.) et **Hall** (F. de Havilland). Case of rupture of the left auricle. (*Lancet*, 16 janv.)

Fournier (C.). Cancer d'estomac chez une femme atteinte de vieille hernie ombilicale; gastroduodénostomie. (*Picardie méd.*, janv.)

Gauthier (Ch.-L.). Tumeur mélanique de la gaine des vaisseaux fémoraux; extirpation ayant nécessité la résection de l'artère et de la veine; guérison sans gangrène du membre. (*Lyon méd.*, 10 janv.)

UROLOGIE

Berliner (C.). Verhängnisvolle Launen des Schliessmuskels; ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in Harnröhre und Blase. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.) — Spasme uréthral par corps étranger.

Böhm (R.). Ueber Punction bei Epididymitis gonorrhoica. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 janv.)

Decherd (H. B.). A case of complete bilateral duplication of the ureters. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Delbanco (E.). Urethritis bei Oxalurie und Phosphaturie; Oxalurie und Phosphaturie als Symptome der Neurasthenie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 janv.)

Glässner (P.). Zum Katheterismus posterior. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.)

Harrison (G. T.). Remarks upon microbial or mycotic cystitis in women. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Sur la cystite chez la femme.

Lapointe (A.). La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorrhagique du testicule. In-8°, 182 p. avec fig. A. Maloine.

Lévai (J.). Ueber die operative Behandlung der Hydrocele vaginalis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 janv.)

Lichtenauer (K.). Zur Ureterenchirurgie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Loumeau (E.). Prostatectomie totale transvésicale par la voie sus-pubienne. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 janv.)

Miller (Ch. C.). Excision of the frenum praeputii following laceration during a suspicious intercourse. (*Med. News*, 2 janv.)

Nelken (A.). The prostate in the cure of gonorrhea. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, janv.)

Penn (G. W.). Urethrotomy by the combined use of an anterior and posterior sound used as guides. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 janv.)

OPHTALMOLOGIE

Broca (A.) et **Sulzer** (D.). La sensation lumineuse en fonction du temps pour les lumières colorées; expériences avec les milieux absorbants. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Ewetzky (Th. von). Ueber das Syphilom des Ciliarkörpers; eine anatomisch-klinische Studie. In-8°, 110 p. avec fig. Berlin.

Frank (Mortimer). Congenital orbital sarcoma of endothelial origin in an infant; operation and preservation of globe. (*Med. Record*, 9 janv.)

Lindenmeyer. Ueber paradoxe Lidbewegungen. In-8°, 39 p. Halle. — Sur les mouvements paradoxaux des paupières.

Opin et **Rochon-Duvigneaud**. Sur la pathogénie de la rétinite albuminurique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Schwarz (O.). Die Funktionsprüfung des Auges und ihre Verwertung für die allgemeine Diagnostik. In-8°, 322 p. avec fig. Berlin. — L'examen fonctionnel de l'œil et sa valeur pour le diagnostic général.

Stadfeldt (A.). Optisk indledning til studiet af öjets dioptrik. (*Bibliotek for Læger*, janv.) — Introduction à l'étude de la dioptrique de l'œil.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bardescu (N.). Die chirurgische Behandlung der Retrodeviation der Gebärmutter mittels eines neuen Verfahrens der Uterussuspension durch Verlagerung der runden Mutterbänder. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 janv.) — Traitement chirurgical de la rétrodéviation utérine à l'aide d'un nouveau procédé d'hystéropexie par déplacement des ligaments ronds.

Barth. Modifizierte Alexander-Operation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Brandt (K.) et **Petersen** (L. S.). Om trangt bækken. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — Sur les bassins viciés.

Bucura (C. J.). Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Traitement des déchirures récentes du périnée.

Chase (W. B.). The palliative treatment of cancer of the cervix uteri. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Clarke (A. P.). Conservative surgical treatment of the uterine adnexa. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Condamin (R.). Myomectomie sur utérus gravide. (*Lyon méd.*, 17 janv.)

Deaver (H. C.). Hysterectomy for infectious disease of the uterus and uterine appendages. (*New York Med. Journ.*, 2 janv.)

Elischer (J. von). Ein Fall von Fistula urethro-vaginalis et cervico-vaginalis laqueatica. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 janv.)

Frisch (O. von). Ein Fall von Carcinom der Bartholin'schen Drüse. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Epithélioma de la glande de Bartholin.

Fritsch (H.). Die Behandlung der Blutungen nach der Geburt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er janv.) — Traitement des hémorrhagies post partum.

Halban (J.). Ein diagnostisches Zeichen für Schwangerschaft in einem Uterus bicornis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 janv.) — Un signe diagnostique de la grossesse dans les cas d'utérus bicorne.

Hall (R. B.). Movable kidney with secondary cyst formation, resembling ovarian cyst. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Rein mobile avec dégénérescence kystique secondaire, simulant un kyste de l'ovaire.

Hellier (J. B.). 7 cases of cæsarean section. (*Lancet*, 9 janv.)

PÉDIATRIE

Bloch (C. E.). Die Säuglings-Atrophie und die Paneth'schen Zellen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 1.) — Les cellules de Paneth et l'athrepsie infantile.

Burrows (H.). A case of Henoch's purpura in which a laparotomy was performed. (*Brit. Journ. of Children's Diseases*, janv.)

Campbell (R.). The operative treatment of hernia in infants and young children, illustrated by 114 consecutive cases. (*Lancet*, 9 janv.)

Cautley (E.). Congenital hypertrophic stenosis of pylorus. (*Brit. Journ. of Children's Diseases*, janv.)

Coulon (G.). Tumeur du corps thyroïde chez un nouveau-né issu de père et mère syphilitiques secondaires; traitement hydrargyrique; disparition rapide de la tumeur. (*Arch. de méd. des enfants*, janv.)

Coutts (J. A.) et **Rowlands** (R. P.). A case of purulent pericarditis associated with empyema in a child aged 2 1/2 years; death nearly four months after a double operation. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janv.) — Un cas de péricardite purulente avec empyème chez un enfant de deux ans et demi; mort quatre mois après une double opération.

Davidson (J.). Some observations on an unusual case of scurvy. (*New York Med. Journ.*, 9 janv.) — Remarques sur un cas insolite de scorbut.

Dent (C. T.). On congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (*Brit. Journ. of Children's Diseases*, janv.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Achscharumow (D.). Beiträge zur Behandlung der senilen Schwerhörigkeit. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — Traitement de la surdité sénile.

Alexander. Etablissement d'une fistule cervicale cutanée dans le cas de pyohémie otogène. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Bar (L.). Otite externe hémorrhagique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 23 janv.)

Braunstein. Téléphone et audition. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct. et nov.-déc. 1903 et janv.-fév.)

Campani (A. et U.). Faringite oidica metapneumonica. (*Gazz. degli Osped.*, 10 janv.) — Muguet métapneumonique.

Collet. De la salpingoscopie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Debenedetti (E.). Un caso di angina di Ludwig. (*Gazz. degli Osped.*, 17 janv.)

Decroly et **Rouma** (G.). Le bégaiement; symptomatologie. (*Policlinique*, 15 janv.)

Durante (F.). Un nuovo metodo operativo per l'asportazione del laringe. (*Policlinico*, partie chir., XI, 1.)

Ferreri (G.). Rapports du sympathique avec certaines lésions auriculaires. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Freund (P.). Ueber eine Prothese für einen Teil des Oesophagus nach partieller Exstirpation des Larynx und Pharynxresektion. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 2.)

Heise (O. N.). Empyema of the antrum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.)

HYGIÈNE

Borel (F.). Choléra et peste dans le pèlerinage musulman (1860-1903); étude d'hygiène internationale. In-8°, 202 p.

Clarac. Prophylaxie de la variole sous les rois malgaches jusqu'à l'occupation française (contribution à l'étude de la médecine dans les colonies françaises). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Cristiani (H.) et **De Michelis** (G.). De l'influence du « pétrolage » et « goudronnage » des routes sur les poussières et les germes vivants de l'atmosphère. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Kirchner (M.). Hygiene und Seuchenbekämpfung. In-8°, 658 p. avec fig. Berlin. — Hygiène et lutte contre les épidémies.

Langlois (J. P.). Précis d'hygiène publique et privée. 3e éd. In-18, 643 p. avec fig.

Massiou. La vaccine à Saint-Louis (Sénégal). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Mori (A.). Per la profilassi antimalarica. (*Gazz. degli Osped.*, 17 janv.)

Seiffert (M.). Die Versorgung der grossen Städte mit Kindermilch. 1. Teil: Die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Kindermilcherzeugung. In-8°, 278 p. avec graphiques. Leipzig. — L'approvisionnement des grandes villes en lait pour enfants.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Intoxications accidentelles par le mercure. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

Brown (Sanger). A report of three medico-legal cases involving the diagnosis of chronic delusional insanity. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — Rapport médico-légal sur trois cas comportant le diagnostic de délire systématisé chronique.

Dufour (F.). Sur un cas de meurtre à l'aide de 49 coups de couteau. (*Marseille méd.*, 1er janv.)

Köppen (M.). Sammlung von gerichtlichen Gutachten aus der psychiatrischen Klinik der Charité zu Berlin. In-8°, 546 p. Berlin. — Recueil des expertises médico-légales de la clinique psychiatrique de la Charité à Berlin.

Marckwald. Ruptur eines Aneurysma (?) und Unfallsrente. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Rupture d'un anévrysme au point de vue de l'indemnité des accidents du travail.

Momo (C.). Alcune considerazioni intorno alla mano nella legge degli infortuni sul lavoro. (*Gazz. degli Osped.*, 3 janv.)

Punton (J.). The principles of diagnosis of medical malingering. (*Med. Record*, 9 janv.) — Les principes pour reconnaître les maladies simulées.

Vincent (H.). Le diagnostic médico-légal du sang humain; application de la méthode biologique. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bókay (J. von). Meine Erfahrungen mit dem Moser'schen polyvalenten Scharlach-Streptokokkenserum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er janv.)

Bonifield (Ch. L.). Veratrum viride in surgical and obstetrical practice. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Braun (A.). Eine neue Form des Eisbeutels (Zelleneisbeutel). (*Prag. med. Wochensch.*, 21 janv.) — Vessie de glace à compartiments multiples.

Courmont (J.) et **André** (Ch.). Injections de sérum hémolytique à des malades anémiques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Craig (J. D.). A consideration of the efficacy of antitoxin in the treatment of diphtheria. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Davidson (J. M.). Radium bromide; notes on some cases in which it has been tried. (*Brit. Med. Journ.*, 23 janv.)

Demay de Certant (M.). Le pansement humide comme mode de traitement de l'adénite cervicale aiguë chez les enfants. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 janv.)

Du Mesnil de Rochemont. Ueber die Behandlung des Typhus mit Heilserum. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

Einhorn (Max). The serum treatment of typhoid fever. (*Med. Record*, 16 janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Behring (von) et **Much.** Ueber die Beziehungen der Milzbrandbazillen zu endothelialen Zellen im Mäusekörper und Meerschweinkörper. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er janv.) — Rapports des bacilles du charbon avec les cellules endothéliales de la souris et du cobaye.

Gruber (M.). Die Ambozeptortheorie und der Kälteversuch von Ehrlich und Morgenroth. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 janv.) — La théorie des ambocepteurs et les expériences d'Ehrlich et de Morgenroth sur l'action du froid.

Klopstock et **Bockenheimer.** Beitrag zur Agglutination der Staphylokokken. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 2.)

Kossel (H.), **Weber** (A.) et **Heuss.** Vergleichende Untersuchungen über Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft. (*Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, 1.) — Recherches comparatives sur les bacilles tuberculeux de différentes sources.

Salmon (Th. W.). The present status of pseudodiphtheria bacilli. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Veiel (F.). Die Staphylokokken des chronischen Ekzems. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janv.)

24e ANNÉE. — N° 10. Vingt centimes le numéro. 9 MARS 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Reclus, agrégé, est nommé professeur d'opérations et appareils, en remplacement de M. Berger.

VARIA

Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes en 1904.

Le quatorzième Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Pau du 1er au 7 août prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *Des démences vésaniques;*
2° *Des localisations motrices dans la moelle;*
3° *Des mesures à prendre contre les aliénés criminels.*

NÉCROLOGIE

MM. les docteurs Antonio De Martini, professeur de pathologie générale, et Andrea Zinno, privatdocent de pathologie générale à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Magnus G. Blix, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lund. — M. le docteur Alfred Gross, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Karl von Koch, ancien président du Conseil supérieur de santé du Wurtemberg. — Sir Edward. H. Sieveking, ancien lecteur de matière médicale à St. Mary's Hospital de Londres. — M. le docteur Emil A. de Schweinitz, professeur de chimie et de toxicologie à la Columbian University de Washington. — M. le docteur Howard J. Seeley, professeur d'histologie à Long Island College Hospital de Brooklyn. — M. le docteur V. O. Hardon, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Atlanta College of Physicians and Surgeons.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Chaignot (A.). De l'intoxication par les gaz des ballons.

Charlier (J.). Etude critique sur la dérivation du sang de la veine porte appliquée au traitement chirurgical des ascites cirrhotiques.

Courcoux (A.). Les albuminuries orthostatiques (étude pathogénique et clinique).

Crapez (F.). Valeur de l'ablation des ganglions dans l'hystérectomie pour cancer.

Crouzon (O.). Des scléroses combinées de la moelle.

Dechauffour (M.). Traitement préventif des atrophies musculaires réflexes et des ankyloses dans les lésions traumatiques ou inflammatoires des articulations.

Desanti (E.). Du collargol dans les maladies infectieuses.

Durand (L.). De la valeur pronostique du gros foie cardiaque.

Fauvel (J.-P.-E.). Contribution à l'étude des abcès cérébraux d'origine otitique.

Garrigues (A.). Les hernies de la trompe utérine.

Grolhoux (H.). Le spasme facial (étude clinique et diagnostique).

Josserand (Ph.). Contribution à l'étude physiologique de l'adrénaline.

Lecène (P.). Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle (jéjuno-iléon).

Leclerc (E.). De l'utilité médicale de l'association et de l'hôpital des Dames Françaises.

Leri (A.). Cécité et tabes (étude clinique).

Meyer (J.-J.). Rapports étiologiques de la syphilis héréditaire avec les encéphalopathies chroniques de l'enfance.

Mollaret (E.). Recherches sur les ilots de Langerhans des diabétiques.

Patte (E.). Essai sur la pelade d'origine gingivo-dentaire.

Pelloux (Ch.). Etude sur la diazo réaction d'Ehrlich dans ses rapports avec la tuberculose et, en particulier, avec la tuberculose pulmonaire.

Picard (R.). Les auto-accusateurs alcooliques.

Poirrier (L.). Pathogénie nerveuse des pemphigus chroniques.

Renaud (D.). Complication des méningites cérébro-spinales aiguës non tuberculeuses.

Riballier (M.). L'anesthésie locale des tissus enflammés par injection de cocaïne-adrénaline.

Rochette (K.). Contribution à l'étude de la leucocytose comme moyen de diagnostic dans les affections gynécologiques.

Sarazanas (M.-P.-H.). De la fibromatose cutanée généralisée; formes et nature.

Sibille (R.). Résultats éloignés des principales opérations sur les voies biliaires.

Simon (G.). Tumeurs solides du rein chez l'enfant.

Theulet-Luzié (A.). Remarques sur l'hygiène alimentaire dans l'allaitement artificiel.

Tillier (J.). Contribution à l'étude des troubles nerveux dus à la présence des végétations adénoïdes.

Torchaussé (H.). Contribution à l'étude du *tegmen tympani, aditus et antri.*

Triau (H.). Les rats sont-ils toujours l'agent propagateur de la peste ?

Truelle (R.). Action des différents courants électriques sur la fibre lisse de l'intestin.

Velut (F.). La périarthrite scapulo-humérale traumatique et les fractures des tubérosités humérales.

Villepelet (L.). Traitement de la pneumonie des vieillards par les enveloppements froids.

Vincent (P.). Des luxations congénitales de la rotule en dehors.

Vinsonneau (C.). La cataracte diabétique.

Vulpesco (M.-C.). Du traitement des fractures de l'olécrâne.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Schridde (H.). Ueber Magenschleimhaut-Inseln vom Bau der Cardialdrüsenzone und Fundusdrüsenregion und den unteren, œsophagealen Cardialdrüsen gleichende Drüsen im obersten Oesophagusabschnitt. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 1.) — Présence, dans l'œsophage supérieur, d'îlots présentant la structure de la muqueuse du cardia et du grand cul-de-sac de l'estomac, ainsi que de glandes analogues aux glandes du cardia de l'œsophage inférieur.

Sencert (L.). Contribution à l'étude du médiastin postérieur; les voies d'accès de l'œsophage thoracique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 déc. 1903 et 1er janv.)

Warncke. Zur Darstellung der Axencylinderfibrillen in den markhaltigen Fasern des Centralnervensystems, nebst Bemerkungen zur Histologie des Axencylinders im Allgemeinen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Coloration des fibrilles cylindraxiles des fibres à myéline du névraxe.

PHYSIOLOGIE

Le Meignen (H.). Physiologie de l'appareil thyroïdien. (*Gaz. méd. de Nantes*, 16 janv.)

Mackenzie (J.). Die Lehre vom Puls; Arterienpuls, Venenpuls, Leberpuls, sichtbare Herzbewegungen. (Trad. de l'anglais par A. Deutsch.) In-8°, 306 p. avec fig. Francfort-sur-le-Mein.

Morton (W. J.). Fluorescence artificielle des tissus vivants. (*Journ. de physiothérapie*, janv.)

Seegen (J.). Gesammelte Abhandlungen über Zuckerbildung in der Leber. In-8°, 92 p. Berlin. — Formation du sucre dans le foie.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Courmont (J.) et **Nicolas** (J.). Etude sur la virulence de l'humeur aqueuse des lapins morts de la rage. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Fibiger (J.) et **Jensen** (C. O.). Overförelse af mennesketuberkulose til kvæget; 2den meddelelse. (*Hospitalstidende*, 6 janv.) — Transmission de la tuberculose humaine au bétail.

Weber (A.) et **Bofinger** (H.). Die Hühnertuberkulose, ihre Beziehungen zur Säugetiertuberkulose und ihre Uebertragung auf Versuchstiere, mit besonderer Berücksichtigung der Fütterungstuberkulose. (*Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, 1.) — La tuberculose des gallinacés, ses rapports avec la tuberculose des mammifères et sa transmission aux animaux de laboratoire, surtout au point de vue de la tuberculose par ingestion.

MÉDECINE

Guttmann (P.) et **Klemperer** (F.). Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden für die Brust- und Unterleibs-Organe. 9e éd. In-8°, 528 p. Berlin. — Les procédés d'examen clinique des organes thoraciques et abdominaux.

Hitschmann (E.). Ueber Venenpulse an den Vorderarmen bei atrophischer Lebercirrhose. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 16 janv.) — Sur le pouls veineux de l'avant-bras dans la cirrhose atrophique du foie.

James (A.). Empyema and bronchiectasis. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janv.)

Kahane (M.). Therapie der Magenkrankheiten. In-8°, 206 p. Vienne. — Traitement des maladies de l'estomac.

Kilner (W. J.). 2 cases of osteitis deformans in one family. (*Lancet*, 23 janv.)

Korányi (A. von). Zur diagnostischen Verwertung der extrasystolischen Arhythmien. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 janv.)

Leven (G.). L'obésité et son traitement. In-16, 142 p. avec fig. Joanin et Cie.

MacFarlane (A.). Nervous dyspepsia. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Manson (Sir Patrick). Maladies des pays chauds; manuel de pathologie exotique. (Trad. de l'anglais et annoté par M. Guibaud et J. Brengues.) In-8°, 780 p. avec fig.

Osler (W.). Chronic cyanotic polycythæmia with enlarged spleen. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Owen (Sir Isambard). Oedema of the lungs and its importance as a mode of death. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janv.) — L'œdème pulmonaire comme cause de la mort.

Prengowski (P.). Zur Frage von der Obstipatio spastica. (*Wien. med. Presse*, 3 janv.)

Quincke (H.) et **Gross** (A.). Ueber einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Oedems. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 7 janv.) — Quelques localisations peu fréquentes de l'œdème aigu circonscrit.

Richartz (H.). Ueber einen Fall von Enterorhœa nervosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.)

Roger (G. H.). Introduction à l'étude de la médecine. 2e éd. In-8°, 741 p. avec fig.

Rosenfeld (F.). Ueber die Methoden zur Grenzbestimmung des Herzens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 janv.) — Les méthodes de topographie cardio-thoracique.

Sagianz (G.). Ueber das Verhalten der Leukocyten bei der Pleuritis; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 9 janv.) — Les leucocytes dans la pleurésie.

Salomoni (A.) et **La Spada**. Intossicazione idatica mortale per colpa di cisti del fegato e versamento nel peritoneo. (*Gazz. degli Osped.*, 3 janv.) — Intoxication mortelle par rupture d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine.

Stevens (W. M.). A note on the tendon reflexes in uræmia. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Swan (J. M.). Mercurial nephritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Vierordt (H.). Kurzer Abriss der Perkussion und Auskultation. 8e éd. In-8°, 82 p. Tubingue.

Ward (S. B.). Lipoma of the intestine. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Weinberger (M.). Ueber eine Thrombose der Vena cava inferior bei schwerer Chlorose mit Heilung, und über den Blutbefund bei Chlorosen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 janv.) — Thrombose de la veine cave inférieure dans un cas grave de chlorose; guérison; hématologie de la chlorose.

West (S.). Physiological or functional albuminuria. (*Lancet*, 16 janv.)

Williams (D. J.). Three cases of abscess of the lung. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janv.) — 3 cas d'abcès du poumon.

MALADIES INFECTIEUSES

Riesman (D.). Desquamation of the skin in typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Rouffiandis. Une épidémie de choléra au Laos. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Rucker (W. C.). The differential diagnosis of typhoid fever in its earliest stages. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — Diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde au début.

Smith (E.). The invasion stage of measles. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.) — La période d'invasion dans la rougeole.

Soper (G. A.). The management of typhoid fever epidemics. (*Med. News*, 2 janv.)

Steele (H. M.). An irregular manifestation of malaria in an infant. (*Yale Med. Journ.*, janv.)

Taruffi (P.). Influenza dell'eresipela sulla tubercolosi chirurgica. (*Policlinico*, 2 janv.)

Verdier. Rapport sur une épidémie [de lapou] au Labé. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Woodward (J. H.). The ocular complications of mumps. (*New York Med. Journ.*, 2 janv.) — Les complications oculaires des oreillons.

Zuppinger (K. A.). Ueber den Wert der Schutzimpfungen gegen Diphtheritis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 janv.) — Valeur des injections préventives de sérum antidiphtérique.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Fraser (E. H.). A case of facial paralysis associated with herpes zoster. (*Lancet*, 2 janv.)

Mai (E.). Ueber gekreuzte Lähmung des Kältesinnes; Beitrag zur Physiologie der Hautsinnesbahnen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Thermo-anesthésie croisée.

Maragliano. La meningite tubercolare dal punto di vista clinico e terapeutico. (*Gazz. degli Osped.*, 10 janv.)

Masselon (R.). La démence précoce. In-16, 202 p. avec fig. Joanin et C[ie].

McCarthy (D. J.). Ein neues spino-musculäres Phänomen bei normalen Personen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 2 janv.)

Meijers (F. S.). Een bijzonder geval van facialis-paralyse. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 janv.)

Nageotte (J.). Sur la nature et la pathogénie des lésions radiculaires de la moelle qui accompagnent les tumeurs cérébrales. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Oppenheim (H.). The diagnostic significance of certain reflexes and tendon-phenomena. (*Med. Record*, 2 janv.)

Ormerod (J. A.). An unusual form of family paralysis. (*Lancet*, 2 janv.)

Pal (J.). Die vasomotorischen Begleiterscheinungen der lanzinierenden Schmerzen und das Alternieren tabischer Krisen. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 janv.) — Complications vaso-motrices des douleurs fulgurantes et alternance des crises tabétiques.

Pick (A.). The localizing diagnostic significance of so-called hemianopic hallucinations, with remarks on bitemporal scintillating scotomata. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Probst (M.). Zur Lehre von der Mikrocephalie und Makrogyrie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.)

Ransohoff. Hautemphysem nach epileptischem Anfall. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.) — Emphysème sous-cutané consécutif à l'attaque d'épilepsie.

Schultze (E.). Bemerkungen zur Paranoiafrage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 et 21 janv.) — Du délire systématisé chronique.

Sikorski (J.). Die russische psychopathische Literatur als Material zur Aufstellung einer neuen klinischen Form, der Idiophrenia paranoides. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — L'idiophrénie paranoïde, nouvelle entité morbide basée sur des recherches dans la littérature psychiatrique russe.

Simmons (C. D.). Acute ascending paralysis, with report of two rapidly fatal cases. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, janv.)

Slansky (S.). Ueber Schreibeangst. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 janv.) — De la graphophobie.

Smith (F.). Hysterical paraplegia in the male. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Sölder (F. von). Ueber den Corneo-mandibularreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 2 janv.)

Stelzner (M[lle] H. F.). Ein atypischer Fall von Bulbärlähmung ohne anatomischen Befund. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Cas atypique de paralysie bulbaire sans lésion appréciable à l'autopsie.

Taylor (James). A case of hemicrania with third nerve paralysis. (*Brit. Journ. of Children's Diseases*, janv.)

Vallon (J.). Abcès du cervelet. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

Vandeputte (F.). Quelques considérations sur l'étude du sang dans les maladies nerveuses; modifications des éléments figurés normaux dans les affections paralytiques. (*Nord méd.*, 15 déc. 1903; 1[er] et 15 janv.)

Viviani (U.). Catalettica guarità mercè l'ipnotismo; contribuzione allo studio della suggestione mentale. In-8°, 54 p. Arezzo.

Weygandt (W.). Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. In-8°, 74 p. Halle. — L'état actuel de nos connaissances sur le crétinisme.

Wherry (J. W.). Results of an experimental treatment of epileptic insanity. (*Amer. Medicine*, 9 janv.)

Wizel (A.). Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einem Imbecillen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Talent remarquable de calculateur chez un faible d'esprit.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Kreibich (K.). Lehrbuch der Hautkrankheiten. In-8°, 481 p. avec fig. Vienne. — Traité des maladies de la peau.

Löwy (K.). Ueber zwei Fälle von Antipyrin-Exanthem. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2.)

Mayer (G.). Ueber die Prognose der Syphilis. In-8°, 87 p. Berlin.

Model (A.). Wieder einmal die Primula obconica. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.) — Dermatose par contact avec la *Primula obconica*.

Neumann (I.). Ueber syphilitische Erkrankung der Wirbelsäule. (*Wien. med. Presse*, 3 janv.) — Syphilis du rachis.

Osler (William). On the visceral manifestations of the erythema group of skin diseases; third paper. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Reiss (W.). Ueber atrophische Formen des Lichen planus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2.)

Wälsch (L.). Ueber Bazillenbefunde bei Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2.)

CHIRURGIE

Geissler. Die Behandlung der Humerusfrakturen im Schwebestreckverband (Aequilibriermethode). (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 9 janv.) — Traitement des fractures de l'humérus par la suspension combinée à l'extension continue.

Gibney (V. P.). Remarks on the management of fractures involving the joints. (*Med. Record*, 9 janv.) — Remarques sur le traitement des fractures intra-articulaires.

Guyot (J.). De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de la plèvre consécutifs à l'opération de l'empyème. (*Arch. de méd. des enfants*, janv.)

Hartmann. Sur quelques faits d'œsophagoscopie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Herman (G. E.). The termination of a case of recurrent mammary cancer treated by oöphorectomy. (*Lancet*, 16 janv.)

King (G.). Perisinusal abscess in the lateral sinus, with metastasis in liver and sterno-clavicular joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.)

Lambret (O.). Un cas d'amputation interscapulo-thoracique. (*Echo méd. du Nord*, 3 janv.)

Latarjet et **Duroux**. Le genou dans la coxalgie. (*Lyon méd.*, 10 et 17 janv.)

Le Fort (R.). Contusion de l'abdomen, laparotomie en pleine péritonite; mort trois heures après; intégrité péritonéale presque complète à l'autopsie. (*Echo méd. du Nord*, 17 janv.)

Loison (E.). Du moment de l'amputation dans la gangrène par lésion artérielle traumatique et dans les écrasements périphériques des membres. (*Marseille méd.*, 1[er] et 15 janv.)

Macdonald (W. G.). Operations in imperative surgery in private houses : a demonstration of surgical technique. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Chirurgie d'urgence à domicile.

Manz (O.). Die chirurgischen Untersuchungsarten. Einführende Vorlesungen über allgemeine chirurgische Diagnostik. 1[re] partie. In-8°, 322 p. avec fig. Iéna. G. Fischer. — Manuel de diagnostic chirurgical.

Marion (G.). Manuel de technique chirurgicale des opérations courantes. 2[e] éd. In-8°, 658 p. avec fig.

Martin (A.). Cholécystostomie pour cholécystite chronique. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 janv.)

Mikulicz (J. von). Zur Pathologie und Therapie des Cardiospasmus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1[er] et 7 janv.)

Mintz (W.). Zur Drainage des Herzbeutels. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 23 janv.) — Drainage du péricarde.

Morison (R.). Abdominal and pelvic surgery. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.)

Neri (F.). Contributo alla conoscenza dei corpi liberi peritoneali. (*Policlinico*, partie chir., XI, 1.)

Neugebauer (F. von). 87 neue Beobachtungen von zufälliger Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Schere, Schwamm, Gazetupfer, Mullkompresse) in der Bauchhöhle, samt einigen anderen unvorhergesehenen Zufällen intra operationem. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 janv.) — 87 cas de corps étrangers oubliés dans l'abdomen au cours d'interventions chirurgicales.

Nicoladoni (C.). Anatomie und Mechanismus der Skoliose. In-4°, 82 p. avec fig. Stuttgart.

Pollard (B.). Carcinoma of the colon and its treatment by colectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 23 janv.)

Reiner (M.). Beiträge zur Therapie der kongenitalen Hüftverrenkung. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 16 janv.) — Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Robertson (E. A.). Mixed anæsthesia, with special reference to the administration of hyoscine hydrobromate before ether. (*Med. Record*, 9 janv.)

Robson (A. W. Mayo). On hour-glass stomach from a personal experience of 23 operations. (*Lancet*, 2 janv.) — 23 interventions chirurgicales sur des estomacs en sablier.

Rochard (E.). Les hernies. In-18, 535 p. avec fig.

Rotter (E.). Zur Herzfreilegung, auch rechts vom Sternum. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Mise à découvert du cœur à droite du sternum.

Salkindsohn. Zur Frage der Catgutsterilisation. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 23 janv.)

Santucci (A.). Sui resultati lontani dell'epatopessia praticata col mio processo. (*Clinica moderna*, 6 janv.)

Schiele. Vier Fälle einseitiger Halswirbelgelenkluxation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 janv.) — Quatre cas de luxation unilatérale des vertèbres cervicales.

Siefert (E.). Ueber die Hirnmetastasen des sogenannten Deciduoma malignum. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Sur les métastases cérébrales du déciduome malin.

Signorelli (A.). Il decubito nell'appendicite. (*Policlinico*, 2 janv.)

Smith (F. J.) et **Moullin** (C. W. M.). A case of acute traumatic cholecystitis. (*Lancet*, 23 janv.)

Statzer (M. von). Traumatisches Aneurysma der Arteria poplitea infolge einer Exostose des Femur. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 janv.) — Anévrysme traumatique de l'artère poplitée, consécutif à une exostose du fémur.

Syme (G. A.). Carcinoma of the duodenum; resection; recovery. (*Lancet*, 16 janv.)

Témoin. Trois observations d'appendicite herniaire avec péritonite. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 24 janv.)

Thorburn (W.). A modified operation of castration. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.)

Traver (A. H.). Cysts of the mesentery. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Vander Veer (A.). The surgical treatment of malignant and non-malignant diseases of the stomach. (*New York Med. Journ.*, 2 janv.)

Villar (F.). Cancer primitif de l'appendice. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 janv.)

Villaret. Ist die Blinddarmentzündung heute häufiger als früher? (*Deutsche med. Wochensch.*, 1[er] janv.) — La typhlite est-elle plus fréquente actuellement que jadis?

Weiss. Complication chirurgicale grave au cours de la fièvre aphteuse. (*Rev. méd. de l'Est*, 1[er] janv.)

UROLOGIE

Posner (C.). Therapie der Harnkrankheiten. 3[e] éd. In-8°, 213 p. avec fig. Berlin. — Traitement des maladies des voies urinaires.

Pousson (A.). Précis des maladies des voies urinaires. 2[e] éd. In-18, 991 p. avec fig.

Prioleau (W. H.). The value of climate in genito-urinary tuberculosis. (*Med. News*, 9 janv.)

Rydygier (L.). Zur intrakapsulären Prostataresektion bei Prostatahypertrophie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 9 janv.)

Thomas (J. L.). A method for anastomosing a severed vas deferens. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janv.)

Vulliet (H.). Quelques remarques sur la chirurgie des voies spermatiques. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Wilson (Thomas). Kelly's method of cystoscopy in the female. (*Lancet*, 9 janv.)

Young (H. H.). Rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'uretère causé par la compression d'une vésicule séminale enflammée. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1[er] janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Hayd (H. E.). Supravaginal amputation for fibroid tumors. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Herman (G. E.). Operative and expectant treatment in ectopic pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 9 janv.)

Kerr (J. M.). Forcible dilatation of the cervix in « accouchement forcé », more especially by means of the Bossi and Frommer dilators. (*Brit. Med. Journ.*, 9 janv.)

Maclaren (R.). On the operative treatment of uterine myomata. (*Brit. Med. Journ.*, 9 janv.)

Meyer (L.). Secundær sutur ved perinæalruptur; centralruptur af perinæum. (*Bibliotek for Læger*, janv.)

Oui (M.). Infection puerpérale et abcès de fixation. (*Echo méd. du Nord*, 10 janv.)

Reich (M.). L'étiologie des affections gynécologiques au XX[e] siècle (en russe). (*Akoucherka*, janv.)

Ricciardelli (A.). Della profilassi ginecologica. (*Gazz. degli Osped.*, 17 janv.)

Rühl (W.). Zur Technik des vaginalen Kaiserschnittes beziehungsweise vorderen Uterus-Scheidenschnittes (Hysterotomia vaginalis anterior). (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 janv.) — Technique de l'opération césarienne vaginale et de la taille utéro-vaginale antérieure.

Stähler (F.). Zwei Fälle von Placenta prævia centralis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Témoin et **Besson** (A.). Hystérectomie totale et subtotale. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 24 janv.)

Thring (E. T.). Abdominal operations during pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 9 janv.)

Ullmann (E.). Ein Fall von wiederholter Tubargravidität. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 janv.) — Un cas de grossesse tubaire répétée.

Van der Hoeven (P. C. T.). De ætiologie der erosies van de portio vaginalis uteri. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 janv.)

Veit (J.). Verschleppung von Zotten und ihre Folgen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 janv.) — Migrations de villosités et leurs suites.

Wetherill (H. G.) et **Hall** (J. N.). Fetal heart murmurs in gravida. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Wilson (W. R.). Tarnier's principle of forceps rotation in occipito-posterior positions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Zantschenko (P. W.). Beitrag zur Frage der abdominal-typhösen Suppuration der Ovarialcysten. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

PÉDIATRIE

Hengge (A.). Pemphigus neonatorum sive contagiosus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Jouk (V.). Traitement du cordon ombilical chez les nouveau-nés (en russe). (*Akoucherka*, janv.)

Kingsford (L.). Tuberculosis of the tonsils in children. (*Lancet*, 9 janv.)

Oppenheim (H.). Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. In-8°, 38 p. Berlin. — Les premiers signes de nervosité chez les enfants.

Potter (Palmer A.). The relation of proteids to edema in marantic children; with urinanalyses in infantile diarrhea. (*Med. News*, 9 janv.)

Prandi (A.). Il dolore appendicolare nella polmonite dei bambini. (*Gazz. degli Osped.*, 3 janv.)

Shaw (H. L. K.). Starch digestion in infancy. (*Albany Med. Ann.*, janv.) — La digestion des amylacés chez les enfants.

Silvestri (E.). Un caso d'incontinenza notturna fecale da ipertrofia delle tonsille. (*Gazz. degli Osped.*, 10 janv.)

Spieler (F.). Ueber akute Skolikoiditis und Perityphlitis im Kindesalter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7, 14 et 21 janv.) — Sur l'appendicite aiguë chez l'enfant.

Steinitz (F.). Ueber den alimentären Einfluss des Fettes auf die renale Ammoniakausscheidung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 23 janv.) — Influence de l'absorption des graisses sur l'élimination de l'ammoniaque par le rein.

Sutherland (G. A.). Intussusception and Henoch's purpura. (*Brit. Journ. of Children's Diseases*, janv.)

Winters (J. E.). Etiology of rheumatism: obscurity, insidiousness, prevention, and management in childhood. (*Med. Record*, 9 janv.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Gellé (G.). Rôle des lésions nasales dans la pathogénie du larmoiement. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Gradle (H.). The efficacy of the treatment of acute purulent otitis by aseptic drainage. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.)

Kretschmann. Die Bedeutung des Ohrschmerzes. In-8°, 12 p. Halle. — La signification de l'otalgie.

Lannois (M.). Otites varicelleuses. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 23 janv.)

Laurens (G.). Chirurgie du sphénoïde. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Lavrand (H.). Tumeur lymphoïde de l'amygdale gauche; morcellement; guérison. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 23 janv.)

Marage (R.). Mesure et développement de l'audition chez les sourds-muets. (*Arch. internation. de laryngol, d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Molinié (J.). Labyrinthite suppurée et abcès cérébelleux. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 2 janv.)

Mouret (J.). Des cavités pneumatiques annexées à l'oreille; cellules pétreuses. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 23 janv.)

Payr (E.). Ueber neuere Methoden zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasenrachenraumes, mit besonderer Berücksichtigung der Kocher'schen osteoplastischen Resektion beider Oberkiefer. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 2.) — Les nouvelles méthodes de traitement chirurgical des tumeurs du naso-pharynx.

Pierre. Les polypes de l'œsophage ou du pharynx laryngé. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Pooley (Th. R.). Case of mastoïditis; sinus thrombosis; pyemia; 2 operations, recovery. (*Med. News*, 16 janv.)

Roth (W.). Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Exsudatform bei der Entzündung der Highmoreshöhle. (*Wien. med. Presse*, 17 janv.) — Sur une variété non encore décrite de sinusite maxillaire.

Rugani (L.). L'ipersalivazione negli stenotici nasali; contributo sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 3 janv.)

Theisen (C. F.). The etiology and diagnosis of ozæna and its relation to pulmonary tuberculosis; a preliminary report. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

Vacher (L.). Note sur l'élargissement de l'échancrure nasale pour aborder le sinus sphénoïdal. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 9 janv.)

Veillard. Laryngite aiguë ulcéreuse; présence dans l'exsudat du bacille fusiforme de Vincent. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Veyrassat. Un cas de luxation des os propres du nez. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Watson (D. Ch.). Pathogenesis of deafness due to chronic non-suppurative middle-ear disease. (*Lancet*, 9 janv.) — Pathogénie de la surdité dans la sclérose de l'oreille moyenne.

Zünd-Burguet (A.). Etude physiologique et pratique sur les troubles externes ou mécaniques de la parole. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Elsner (H. L.). The treatment of the cardiac toxæmia of pneumonia. (*New York Med. Journ.*, 2 janv.)

Froussard. De l'hydrothérapie dans les dyspepsies gastro-intestinales. (*Journ. de physiothérapie*, janv.)

Gerest et **Genairon**. Traitement des pneumonies graves par l'injection d'essence de térébenthine. (*Loire méd.*, janv.)

Hecker. Oertliche Aetzungen bei Diphtherie. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — La cautérisation locale dans la diphtérie.

Lederer (E.). Die Therapie an den österreichischen Universitätskliniken. In-8°, 200 p. Vienne.

Leduc (S.). Frigothérapie précordiale dans la fièvre typhoïde. (*Journ. de physiothérapie*, janv.)

Newajdomski (P. M.). Ueber die Behandlung der Malaria mit subcutanen Chinin-Injectionen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 16 janv.)

Rem-Picci (G.). Osservazioni cliniche sopra l'uso e gli effetti del cacodilato di sodio. (*Policlinico*, 16 janv.)

Williamson (R. T.). The treatment of diabetes mellitus. (*Lancet*, 23 janv.)

Winternitz (W.). Physikalische und diätetische Behandlung des Hydrops. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, déc. 1903 et janv.)

Wulsten. Zum Aderlass. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 janv.) — A propos de la saignée.

ELECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bevan (A. D.). The X-ray as a therapeutic agent, with especial reference to carcinoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.)

Buisson. Etude radiographique des fractures parcellaires de la tête humérale. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 janv.)

Castex (E.). Mesure de la résistance électrique en clinique en appliquant la loi d'Ohm. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 janv.)

Delanglade (E.). De la radiographie dans le diagnostic de la coxalgie au début. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

Leonard (Ch. L.). The diagnostic value of the Röntgen rays. (*Med. News*, 9 janv.)

Picard (F.) et **Girard** (L.). Cas inopérable de tuberculose osseuse guéri par les courants de haute fréquence. (*Cannes méd.*, 15 janv.)

Reymond et **Chanoz** (M.). Traitement par les rayons X d'un épithélioma de la vulve. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 janv.)

Rockwell (A. D.). X-ray dermatitis as influenced by idiosyncrasy. (*Med. Record*, 16 janv.)

Satterlee (F. Le R.). The Röntgen or tri-ultraviolet rays; their nature, applications, and dermatological effects. (*Med. Record*, 16 janv.)

Scholtz (W.). Ueber die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 janv.) — Action physiologique et thérapeutique du radium.

Tracy (S. G.). Radium, induced radioactivity and its therapeutical possibilities. (*New York Med. Journ.*, 9 janv.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Grandin (E.). Les médecins et chirurgiens des aulmosnes patrymonialles et hospitaulx de la ville et fauxbourgs de Tours, puis de l'Hôtel-Dieu depuis l'année 1553 jusqu'au 14 fructidor, an X. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 3 janv.)

Hélot (R.). Un contrat entre Mesmer et Roüelle, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen (1784). (*Rev. méd. de Normandie*, 10 janv.)

Pernet (G.). A note on the antiquity of achondroplasia. (*Brit. Journ. of Children's Diseases*, janv.)

GÉNÉRALITÉS

Kassowitz (M.). Allgemeine Biologie. 3. Band: Stoff- und Kraftwechsel des Tierorganismus. In-8°, 442 p. Vienne. — Les échanges de l'organisme animal.

Kiliani (K.). Chemisches Praktikum für Mediziner. In-8°, 67 p. Munich.

Mesureur (G.). L'assistance médicale à domicile pendant les années 1899, 1900, 1901. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

Vogt (A.). Ein Rückblick auf die Sterblichkeitsverhältnisse in der Schweiz von 1876 bis 1900. (*Zeitsch. f. schweiz. Statistik*, XL, 1.) — La mortalité en Suisse pendant la période 1876-1900.

24e ANNÉE. — N° 11. Vingt centimes le numéro. 16 MARS 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur Michaut est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Emil Villiger est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Th. Ziehen, professeur à la Faculté de médecine de Halle, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. F. Jolly, décédé.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur R. Halben est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur M. W. Hermann est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur Rostovtzev, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur extraordinaire de chirurgie opératoire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Th. Thierfelder, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur Francesco Morano, ancien privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Alexander Davidson, ancien professeur d'anatomie pathologique à University College de Liverpool.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Abt (G.). Le corps thyroïde et la grossesse; quelques cas d'éclampsie et de tétanie.

Barbier (P.). Syphilis de l'estomac.

Baumann (J.). La toux émétisante; son traitement.

Bender (X.). Contribution à l'étude des kystes racémeux de l'ovaire.

Bergeron (A.). Etude critique sur la présence du bacille de Koch dans le sang.

Bergonier (J.). Contribution à l'étude de la loi sanitaire du 15 février 1902.

Boulard (L.). De la respiration stridoreuse chez les nourrissons.

Busquet (H.). Le tremblement physiologique.

Calonne (V.). Associations pathologiques dans la maladie de Raynaud.

Cayrol (A.). Quelques considérations sur le diagnostic de la brièveté du cordon ombilical.

Couderc (R.). Contribution à l'étude de la médication hypotensive et, en particulier, du nitrite de soude.

Devillers (F.-J.). De la nécessité d'une intervention immédiate dans les traumatismes crâniens.

Dodier (R.). Contribution à l'étude de la déchéance des épileptiques.

Donnat (J.). Traitement par l'électricité de certaines formes de métrite.

Duhem (P.). Contribution à l'étude de la folie chez les spirites.

Gauthier (A.). De la luxation des tendons.

Gautier (J.). Traitement chirurgical des ulcérations rebelles de la main.

Izard (H.-P.). Essai anatomique, pathogénique et clinique sur la région utéro-vésicale.

Le Buanec (A.). Essai sur les sarcomes épibulbaires de l'œil.

Ledoux (E.). De l'influence du chloroforme sur le rein; albuminurie et cylindrurie post-chloroformiques.

Lepage. Du traitement local des épistaxis rebelles.

Leroux (R.). Balles dans le sinus maxillaire.

Painetvin (L.). De l'emploi thérapeutique du lavement électrique.

Pfeiffer (Ch.). Essai sur la valeur alimentaire de l'alcool.

Roué (L.). Bromovalérianate de soude; étude chimique, physiologique et thérapeutique.

Sauvan (F.). Contribution à l'étude des cellulites cervicales diffuses septicémiques d'origine buccale.

Thorel (L.). De la compression en thérapeutique cutanée et particulièrement de la compression méthodique.

Valette (P.). La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, élément de diagnostic dans l'hémiplégie syphilitique.

Voisin (R.). Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire (bronchopneumonie et pneumonie).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Ancel (P.) et **Bouin** (P.). La glande interstitielle du testicule des mammifères et sa signification. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

His (W.). Die Entwickelung des menschlichen Gehirns während der ersten Monate. In-8°, 176 p. avec fig. Leipzig. — Développement du cerveau humain pendant les premiers mois [de la vie intra-utérine].

Nägeli. Ueber die Entstehung der basophil gekörnten roten Blutkörperchen. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 fév.) — Histogenèse des hématies nucléées à granulations basophiles.

Smith (G. E.). A note on an exceptional human brain presenting a pithecoid abnormality of the sylvian region. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, janv.) — Cerveau humain avec anomalie pithécoïde de la région sylvienne.

Studnicka (F. K.). O nekterych pseudostrukturách základni hmoty v hyalinni chrupavce. (*Casopis lékaru ceskych*, 30 janv. et 6 fév.) — Sur certains aspects du cartilage dus à des artifices de préparation.

Unna (P. G.). Die wirksamen Bestandteile der polychromen Methylenblaulösung und eine Verbesserung der Spongioplasmafärbung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er fév.) — Principes actifs de la solution de bleu polychrome et perfectionnement du procédé de coloration du spongioplasma.

PHYSIOLOGIE

Baglioni (S.). L'importanza dell'ossigeno nelle funzioni del sistema nervoso centrale. (*Policlinico*, 30 janv.)

Bonne (C.). Sur le rôle respectif des veines ombilicales et vitellines dans la circulation hépatique embryonnaire. (*Lyon méd.*, 24 janv.)

Bönniger (M.). Ueber den Einfluss des Kochsalzes auf die Magenverdauung. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.) — Influence du chlorure de sodium sur la digestion stomacale.

Lewis (Th.). Further observations on the functions of the spleen and other hæmolymph glands. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, janv.) — Nouvelles recherches sur la physiologie de la rate et des autres glandes vasculo-sanguines.

Migliacci (G.). Considerazioni sulla fisiologia del corpo tiroide. (*Gazz. degli Osped.*, 31 janv.)

Réthi (L.). Die sekretorischen Nerven des weichen Gaumens. (*Wien. med. Presse*, 31 janv. et 7 fév.) — Les nerfs sécréteurs du voile du palais.

Seegen. Ueber ein in der Leber vorkommendes, bisher ungekanntes Kohlehydrat. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 fév.) — Sur un hydrocarboné du foie, non encore décrit.

Stoklasa (J.). Die glykolytischen Enzyme im tierischen Gewebe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 fév.) — Les ferments glycolytiques des tissus animaux.

Wolff (A.). Ein Versuch zur Lösung des Glykogenproblems. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Dennis (W. A.). Solitary, or fused, kidney. (*New York Med. Journ.*, 30 janv.) — Rein en fer à cheval.

Ehrlich (L.). Der Ursprung der Plasmazellen. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 2.) — L'origine des cellules plasmatiques.

Fraenkel (J.). Lymphocytosis of the cerebrospinal fluid. (*Med. Record*, 23 janv.)

Hart (C.). Die multiple Fettgewebsnekrose. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.) — Nécrose graisseuse multiple.

Klauber (O.). Ueber Schweissdrüsentumoren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Les tumeurs des glandes sudoripares.

Langemak (O.). Zur Kenntnis der Vorgänge in den Speicheldrüsen nach Verlegung ihres Ausführungsganges. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 2.) — Modifications subies par les glandes salivaires après occlusion du conduit excréteur.

Minervini (R.). Ueber die Ausbildung der Narben. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 2.) — Histogénie des cicatrices.

Schmaus (H.). Grundriss der pathologischen Anatomie. 7e éd. In-8°, 752 p. avec fig. Wiesbaden.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Baldassari (L.) et **Gardini** (A.). Ueber Knochenneubildung nach der Rippenresektion; experimentelle Versuche. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.) — Sur la régénération osseuse après résection costale.

Drucbert (J.) et **Dehon** (M.). Recherches sur l'opothérapie entérique. (*Echo méd. du Nord*, 14 fév.)

Figari (F.). Experimentelle Untersuchungen über die innerliche Darreichung eines Tubercularantitoxins; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 janv.) — Recherches expérimentales sur l'administration interne d'une antitoxine contre la tuberculose.

Ghedini (G.). Sull' azione tossica di alcuni estratti organici; osservazioni anatomiche ed istologiche. (*Riforma med.*, 13 et 20 janv.)

Klapp (R.). Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Wirkung der Nebennierenpräparate. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.) — Recherches expérimentales sur l'action des extraits de capsules surrénales.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bashford (E. F.) et **Murray** (J. A.). The significance of the zoological distribution, the nature of the mitoses, and the transmissibility of cancer. (*Lancet*, 13 fév.)

Bellei (G.). Hämolyse durch Blutplasma und Blutserum. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.) — Hémolyse par le plasma et le sérum sanguins.

Bendix (E.). Ueber Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 fév.) — Rapports de réciprocité entre les sécrétions cutanée et rénale.

Braunstein (A.). Beitrag zur Frage der Glykolyse. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.)

Bunge (G. von). Alkoholismus und Degeneration. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 2.)

Chelmonski (A.). De ce qu'on appelle « refroidissement » en rapport avec la tuberculose. (*Rev. de méd.*, janv.)

Effertz (O.). Tuberkulose, Pocken, Traumatismen, Syphilis unter tropischen Indianern; ein Beitrag zur Lehre der hereditären Immunisierung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 fév.) — La tuberculose, la variole, les traumatismes et la syphilis chez les Indiens des pays tropicaux.

Figari (F.). Antitoxine und Agglutinine im Blut immunisierter Tiere. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 fév.) — Antitoxines et agglutinines du sang des animaux immunisés.

Friedmann (F.). Zur Frage der aktiven Immunisierung gegen Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 janv.)

MÉDECINE

Arneill (J. R.). Cancer of the stomach; a review of cases from the standpoint of diagnosis and medical and surgical treatment. (*Amer. Medicine*, 16 janv.)

Badaloni (G.). La pellagra e sua cura nella provincia di Bologna. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, janv.)

Baduel (C.) et **Siciliano** (L.). Il triangolo paravertebrale di Grocco; ricerche cliniche e sperimentali. (*Riv. critica di clinica medica*, 2, 9 et 16 janv.)

Bjelogolowy (A.). Beitrag zur Frage der Grenzen zwischen Rheumatismus und Pyämie. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 4 et 7 janv.) — Rhumatisme et pyohémie.

Bobovitch (S.). Un cas d'achylie et de péritonite adhésive à la suite d'une contusion de l'abdomen (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 10 et 17 janv.)

Boekelman (W. A.). Punctie van het pericardium bij twee gevallen van pericarditis exsudativa. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 fév.) — 2 cas de ponction pour épanchement péricardique.

Burthe (F.). Cryoscopy of urine; the method of Claude and Balthazard. (*Med. News*, 23 janv.)

Cavazzani (A.). Nuovo metodo di esplorazione dello stomaco : digastroscopia. (*Riv. critica di clinica medica*, 9 janv.)

Costa (S.). La contagiosité de l'ictère. (*Rev. de méd.*, fév.)

Cowan (J. M.). The cardiac muscle. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Delafield (F.). Some groups of kidney disease. (*Med. Record*, 6 fév.) — De quelques maladies du rein.

Devic (E.) et **Bertier** (J.). Hémoptysie mortelle dans un cas de bronchectasie. (*Lyon méd.*, 31 janv.)

Fazio (G.). Sulla origine del fremito e di un tono diastolico sulle medie e piccole arterie nell'insufficienza aortica. (*Gazz. degli Osped.*, 31 janv.)

Ingraldi (V.). Contributo allo studio delle malattie funzionali del cuore. (*Gazz. degli Osped.*, 17 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Aldrich (Ch. J.). The nervous complications and sequelæ of smallpox. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Les complications nerveuses et les séquelles de la variole.

Arneth (J.). Die neutrophilen Leukozyten bei Infektionskrankheiten; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 et 14 janv.)

Bourland (Ph. D.). Chickenpox concurrent with smallpox. (*Med. News*, 2 janv.) — Association de varicelle et de variole.

Calvert (W. J.). Sources of plague. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 janv.) — Etiologie de la peste.

Clarac et **Mainguy**. Epidémie de peste de Majunga en 1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Clarke (F. S.). The early diagnosis of pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 9 janv.) — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Faber (E.). Serumbehandlingens indflydelse paa difterimortaliteten. (*Hospitalstidende*, 13 janv.) — Influence de la sérothérapie sur la mortalité par diphtérie.

Fink (E.). Ueber Lungenschwindsuchtsentstehung und Tuberkulosebekämpfung. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — Sur la pathogénie de la phtisie pulmonaire et la lutte contre la tuberculose.

Flügge (C.). Die Ubiquität der Tuberkelbazillen und die Disposition zur Phthise. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 janv.)

Grosser (P.). Ueber den Zusammenhang von Lungentuberkulose und Trauma. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 8 et 11 fév.) — Rapports entre les traumatismes et la tuberculose pulmonaire.

Hall (J. N.). An unusual form of tuberculous disease of the chest. (*Amer. Medicine*, 16 janv.) — Forme insolite de la phtisie pulmonaire.

Heanley (C. M.). Agglutination and sedimentation in human glanders. (*Lancet*, 6 fév.) — Agglutination et précipitation dans les oreillons.

Ito (S.). Ueber primäre Darm- und Gaumentonsillentuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 janv.) — Sur la tuberculose primitive de l'intestin et des amygdales.

Jürgens. Untersuchungen über die Ruhr. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.) — Recherches sur la dysenterie.

Schanz (F.). Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 janv.) — Etiologie des maladies infectieuses.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Andersson (J. A.). Ett fall af myotonia congenita. (*Hygiea*, janv.) — Un cas de maladie de Thomsen.

Babinski (J.). Sur la transformation du régime des réflexes cutanés dans les affections du système pyramidal. (*Rev. neurol.*, 30 janv.)

Bär (J.). Ueber akute Polymyositis. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 janv.)

Barker (L. F.). Description of brain and spinal cord in hereditary ataxia. In-4°, 50 p. avec planches. Londres.

Bienfait (A.). Un cas particulier de paralysie faciale. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Biller (J. G.). A clinical study of epilepsy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 janv.)

Binswanger (O.). Die Hysterie. In-8°, 954 p. avec fig. Vienne.

Brasch (M.). Dystrophia muscularis progressiva bei Mutter und Kind. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 janv.) — Dystrophie musculaire progressive chez la mère et l'enfant.

Bridier (H.). Lésions du cervelet dans quelques formes d'aliénation mentale. (*Lyon méd.*, 24 janv.)

Brissaud (E.) et **Brécy**. Neuromyélite optique aiguë. (*Rev. neurol.*, 30 janv.)

Burr (Ch. W.) et **Pfahler** (G. E.). Thrombosis of the midcerebral artery causing aphasia and hemiplegia; remarks on cerebral skiagraphy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Thrombose de l'artère cérébrale moyenne avec aphasie et hémiplégie consécutives; notes sur la radioscopie intracrânienne.

Calabrese (A.). Paralisi radicolare inferiore del plesso brachiale ed aneurisma arterio-venoso succlavio. (*Gazz. internazion. di med.*, 10 janv.)

Crothers (T. D.). Pathology of inebriety. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 janv.) — Pathologie de l'ivresse.

Dana (Ch. L.) et **Hastings** (F. W.). On cytodiagnosis in nervous diseases, with a description of the technique of cell-diagnosis. (*Med. Record*, 23 janv.)

Dejerine (J.) et **Egger** (Max). Les troubles objectifs de la sensibilité dans l'acroparesthésie et leur topographie radiculaire. (*Rev. neurol.*, 30 janv.)

De Lollis (O.). Sindrome di Brown-Séquard. (*Gazz. degli Osped.*, 7 fév.)

Erb (W.). Syphilis und Tabes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4, 11, 18 et 25 janv.)

Erben (S.). Ueber die geläufigste Form der traumatischen Neurose. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 janv.) — La forme la plus commune de la névrose traumatique.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Beadles (F. H.). Prevention of the spread of ringworm. (*Med. News*, 23 janv.) — Prophylaxie de la teigne tondante.

Dalous. Les accidents syphilitiques pendant le tabes. (*Rev. de méd.*, janv.)

Ehrmann (S.). Zur Pathologie der syphilitischen Initialsklerose des Penis: Ueber die Blut- und Lymphgefässe, ihre Injektion, über Lymphangitis indurativa und Bubonuli. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2.)

Fox (T. C.) et **Macleod** (J. M. H.). On a case of Paget's disease of the umbilicus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév.)

Gräffner. Verirrte Zähne in der Nase als Nebenbefund bei kongenitaler Lues. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 janv.) — Dents aberrantes des fosses nasales dans un cas de syphilis congénitale.

Grosz (K.). Ein Fall von gleichzeitig gummöser und papulöser Syphilis. (*Wien. med. Presse*, 14 fév.) — Syphilis caractérisée par la concomitance de gommes et de papules.

Herbsmann (I.). Quelques points obscurs dans la doctrine actuelle de la syphilis (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 17 et 24 janv.)

Okmiansky (K.). Le favus dans l'armée (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Pick (L.). Ueber Hidradenoma und Adenoma hidradenoides. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 2.)

CHIRURGIE

Arkhipov (A.). Thrombose du sinus transverse et de la veine jugulaire interne (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 1.)

Balch (F. G.). Some cases of intussusception. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 janv.)

Barnes (F. L.). Appendicitis; some remarks on its pathology, diagnosis and treatment. (*Texas Med. Journ.*, janv.)

Bax et **Pauchet** (V.). Cancer de l'œsophage; gastrostomie continente; survie de dix-huit mois; hémorrhagie œsophagienne due à une communication avec l'oreillette droite. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Bayer (F.). Statistisches über Splenektomie und Mitteilung eines Falles von Milzexstirpation wegen idiopathischer Hypertrophie. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.) — Etude statistique sur la splénectomie; un cas de splénectomie pour hypertrophie essentielle.

Bayerthal. Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.) — Traitement chirurgical de la syphilis cérébrale.

Belz (A.). Zur Technik der Resectio appendicis. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 30 janv.)

Bereznégovsky (N.). Contribution à l'étude de la staphylococcie aiguë (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 1.)

Bergmann (E. von). Actinomycose oder Osteomyelitis des Oberschenkels? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 janv.) — Actinomycose ou ostéomyélite de la cuisse?

Bernard (J.). Brûlure étendue traitée par les bains tièdes et les pansements fréquents; pas de complications intestinales. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Betagh (G.). Frattura longitudinale della testa del radio, simulante una lussazione posteriore; artrotomia; guarigione. (*Policlinico*, 30 janv.)

Bittorf (A.). Die akuten und chronischen umschriebenen Entzündungen des Dickdarms speziell der Flexura sigmoidea. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 janv.) — Colite et sigmoïdite circonscrites à l'état aigu et chronique.

Borchardt (M.). Schussverletzung des Pankreas und akute hämorrhagische Pankreatitis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 et 25 janv.) — Pancréatite hémorrhagique aiguë consécutive à une plaie du pancréas par arme à feu.

Bruneau (A.) et **Condo de Satriano** (H.). Des fibromes du cordon spermatique. (*Rev. de chir.*, janv.)

Chrétien. Hernie inguinale appendiculaire dépourvue de sac; résection de l'appendice. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 14 fév.)

Cize (Josefa). Vysledky pri lécent aktinomykosy. (*Casopis lékaru ceskych*, 6 et 13 fév.) — Résultats du traitement chirurgical dans l'actinomycose.

Clark (J. G.) et **Norris** (Ch. C.). Peritoneal saline infusions in abdominal operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 janv.)

Coley (W. B.). Amputation at the hip-joint for sarcoma, with a report of seven cases, without mortality; subsequent history of patients. (*Amer. Medicine*, 9 janv.) — Désarticulation de la hanche pour sarcome; 7 cas sans décès; résultats éloignés.

Damianos (N.). Beiträge zur operativen Behandlung der Tuberkulose des Ellbogengelenks. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.) — Traitement chirurgical de la tuberculose du coude.

Deaver (J. B.). Gastroenterostomy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

De Francesco (D.). Di una nuova plastica della linea alba. (*Gazz. degli Osped.*, 31 janv.)

Delore (X.) et **Leriche** (R.). Note sur un cancer de l'estomac simulant l'ulcère; périgastrite adhésive, insuffisance de la libération des adhérences et de la gastro-entéro-anastomose. (*Rev. de chir.*, janv.)

Drehmann. Zur Technik der Sehnenüberpflanzung bei Quadricepslähmung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 janv.) — Technique des transplantations tendineuses dans la paralysie du muscle quadriceps.

Duval (P.). L'amputation ostéoplastique de jambe à lambeau postérieur; résultats éloignés. (*Rev. de chir.*, janv.)

Ehrich (E.). Ueber retroperitoneale Lage der Milz; zugleich ein Beitrag zur Splenopexie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.) — La situation rétro-péritonéale de la rate au point de vue de la splénopexie.

Fabris (F.). Contributo alla chirurgia dello stomaco (10 gastroenterostomie). (*Gazz. degli Osped.*, 24 janv.)

Faltin (R.). Kasuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie des Volvulus des Cæcum. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.)

Fedorov (S.). Contribution à la chirurgie des voies biliaires (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 janv.)

Ferren (F.). Di un caso di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel. (*Gazz. degli Osped.*, 24 janv.)

Fournier (C.). Gastro-entérostomie pour un cas très net de sténose fibreuse du pylore. (*Picardie méd.*, fév.)

Frazier (Ch. H.). A discussion of the surgery of the tumors of the brain, with a résumé of the operative records of four craniotomies. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Sur l'intervention chirurgicale pour tumeur du cerveau; relation de quatre cas de trépanation.

Gerson (K.). Die Behandlung von Gelenkverletzungen mittels Extension und Massage. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 30 janv.) — Traitement des traumatismes articulaires par l'extension continue et le massage.

Giannettasio (N.). Sulla sterilizzazione del catgut col metodo di Claudius. (*Gazz. degli Osped.*, 7 fév.)

Gray (F. D.). Practical points on hernia. (*Med. Record*, 6 fév.)

Vander Veer (A. et E. A.). 4 cases of gangrene. (*Albany Med. Ann.*, janv.)

UROLOGIE

Albarran. Die Hämaturie. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 1.)

Barling (G.). Prostatic enlargement and its treatment by Freyer's method. (*Brit. Med. Journ.*, 30 janv.)

Carlier. Les rétrécissements cicatriciels de l'urèthre. (*Echo méd. du Nord*, 31 janv.)

Cumston (Ch. G.). The surgical treatment of acquired incontinence of urine in women. (*Med. News*, 16 janv.) — Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire acquise chez la femme.

Edmunds (Ch. W.). Observations on the quantity of day and night urine. (*New York Med. Journ.*, 6 fév.) — Sur la quantité d'urine excrétée pendant le jour et pendant la nuit.

Frisch (A. von) et **Zuckerkandl** (O.). Handbuch der Urologie. T. Ier. In-8°, 780 p. avec fig. Vienne. A. Hölder.

Gröber (A.). Ein Fall von Indigurie mit Auftreten von Indigorot im frisch gelassenen Harn. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.)

Robinson (H. B.). Intraperitoneal rupture of the bladder in a girl, aged five years, with separation of the right os pubis at its epiphyseal lines; abdominal section; suturing of the bladder; recovery. (*Lancet*, 23 janv.) — Rupture intrapéritonéale de la vessie chez une petite fille de cinq ans; décollement épiphysaire du pubis; laparotomie; suture de la vessie; guérison.

OPHTALMOLOGIE

Ball (J. M.). Influence of resection of the cervical sympathetic in optic nerve atrophy, hydrophthalmos and exophthalmic goiter. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 janv.)

Bessonnet (R.). Glaucome et pression artérielle; le traitement du glaucome par le strophantus. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 14 fév.)

Brandès. Contribution à l'étude des hémorrhagies juvéniles récidivantes de la rétine et du corps vitré. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, janv.)

Burnett (S. M.). Circumcorneal hypertrophy (vernal conjunctivitis) in the negro. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Fish (H. M.). Frontal sinusitis a cause of accommodation paresis. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, fév.)

Gallemaerts. Sur le catarrhe printanier, traitement par l'électrolyse. (*Policlinique*, 1er fév.)

Hirschberg (J.). Beiträge zur Prognose der bösartigen Aderhautgeschwülste. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 janv. et 1er fév.) — Pronostic des tumeurs malignes de la choroïde.

Le Roux (H.). Un cas d'énophtalmie traumatique. (*Année méd. de Caen*, janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Azwanger (R.). Seltene Entstehungsart eines zentralen Dammrisses. (*Wien. med. Presse*, 31 janv.) — Cause rare de rupture centrale du périnée.

Baisch (K.). Ueber den Wert der Gummihandschuhe bei manueller Plazentarlösung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 fév.) — Utilité des gants de caoutchouc dans le décollement manuel du placenta.

Birnbaum (R.). Blasenmole bei einem Zwillingsei und Luteinzellen-Verlagerung in einem Blasenmolen-Ovarium. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Môle vésiculaire dans une grossesse gémellaire et migration des cellules à lutéine dans un cas de môle vésiculaire ovarique.

Bluhm (Agnes). Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma labii majoris. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 1.)

Blumreich (L.). Experimente zur Frage nach den Ursachen des Geburtseintrittes. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 1.) — Recherches expérimentales sur les causes de l'accouchement.

Bondi (J.). Ueber den Einfluss gynäkologischer Operationen auf die Menstruation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 janv.) — Influence des opérations gynécologiques sur la menstruation.

Bué (V.). Influence des tumeurs fibreuses de l'utérus sur la grossesse. (*Nord méd.*, 1er fév.)

Bugge (O.). Et tilfælde af extrauterint svangerskab med fuldbaaret eller paa det nærmste fuldbaaret foster, opereret ca. 3 1/2 maaned efter fosterets död. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.) — Grossesse extra-utérine avec fœtus à terme; opération trois mois et demi après la mort du fœtus.

Condamin (R.). Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires et grossesse. (*Lyon méd.*, 14 fév.)

Czyzewicz (A.). Ein Fall von ausgetragener Extrauterin-Schwangerschaft mit lebendem Kinde. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 janv.) — Cas de grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant.

Dawes (Spencer L.). A plea for the rational administration of chloroform as a routine measure in labor. (*Albany Med. Ann.*, janv.) — Emploi systématique du chloroforme pendant le travail.

Deaver (J. B.). Abdominal versus vaginal hysterectomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Devic (E.) et **Gallavardin** (L.). Sur un cas de fibromyome de l'utérus avec généralisation viscérale; nouvelle contribution à l'étude du léiomyome malin. (*Rev. de chir.*, janv.)

Dienst (A.). Ueber den Verbreitungsweg des Eklampsiegiftes bei der Mutter und ihrer Leibesfrucht. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Sur les voies de propagation des toxines de l'éclampsie, chez la mère et le fœtus.

Feis (O.). Ueber das Rezidiviren einer chronischen Peri- und Parametritis im Anschluss an einen Unfall. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, janv.) — Cellulite pelvienne chronique ayant récidivé à la suite d'un accident.

PÉDIATRIE

Ansaloni. La lutte contre la mortalité infantile. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 31 janv.)

Ausset (E.). La pleurésie purulente chez l'enfant; symptômes; diagnostic; traitement. (*Echo méd. du Nord*, 31 janv.)

Brecelj (A. P.). Ueber einen pseudodiphtherischen Symptomencomplex bei Neugeborenen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 1.) — Syndrome simulant la diphtérie chez le nouveau-né.

Brudzinski (J.). Slów kilka o nerce wedrujacej u dzieci z powodu przypadku wrzekomej nerki wedrujacej u chlopca. (*Gaz. lekarska*, 16 janv.) — Quelques remarques sur le rein mobile chez l'enfant.

Brüning (H.). Therapeutisches Vademecum für die Kinderpraxis. In-8°, 136 p. Leipzig.

Edsall (D. L.) et **Fife** (Ch. A.). Concerning the accuracy of percentage modification of milk for infants. (*New York Med. Journ.*, 9 et 16 janv.)

Fedele (N.). Intorno alla « produzione sottolinguale » o « morboso del Riga » o « malattia del Fede ». (*Pediatria*, fév.)

Feer (E.). Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter, insbesondere über den « Ekzemtod ». (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 janv.) — La mort subite chez les enfants et, en particulier, la « mort par eczéma ».

Figueira (F.). A proposito da variola nas creanças. (*Brazil-medico*, 15 janv.) — La variole chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Baldwin (Kate W.). Shall we operate on deformed septa in cases of atrophic rhinitis? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 janv.) — Faut-il opérer les déviations de la cloison dans le coryza atrophique?

Bókay (J. von). Neuere Beiträge zur örtlichen Behandlung der Druckgeschwüre des Kehlkopfes. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 2.) — Traitement local des ulcérations laryngées dues à la compression.

Boyd (F. D.). Acute otitis media; the necessity of an early diagnosis and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.)

Chimansky (E.). Contribution à l'étude des hémorrhagies mortelles de l'oreille moyenne (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Collier (M.). On latent or intermittent nasal obstruction. (*Lancet*, 13 fév.)

Davis (G. G.). Ludwig's angina. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Francis (A.). Asthma in relation to the nose; notes on 402 cases. In-8°, 140 p. Londres. — L'asthme dans ses rapports avec le nez.

Friedrich (E. P.). Anatomische Befunde bei Labyrinththeiterungen; vorläufige Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 fév.) — Recherches anatomo-pathologiques sur les suppurations du labyrinthe.

Gleason (E. B.). Rapid tracheotomies. (*Med. Bull.*, janv.)

Hammond (Ph.). Some recent experiences with chronic suppurations of the ear. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.) — Quelques nouvelles observations sur les suppurations chroniques de l'oreille.

HYGIÈNE

Bigot (A.). Sur le choix de l'emplacement des cimetières. (*Année méd. de Caen*, janv.)

Diamandi (N.). La lutte contre la tuberculose dans l'armée russe (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Dupuy (J.-T.). La peste; étude critique des moyens prophylactiques actuels. In-18, 166 p.

Fokker (A. P.). Bestrijding der tuberculose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 janv.) — La lutte contre la tuberculose.

Goloubintzev (P.). La ration alimentaire du soldat (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Kalinovsky (N.). Les causes de la persistance de la furonculose dans l'armée russe (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Kinyoun (J. J.). The prophylaxis of plague. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 et 23 janv.) — La prophylaxie de la peste.

Kobler (G.). Die Impfung in Bosnien und der Hercegovina und der Einfluss auf das Vorkommen der Blattern in diesen Ländern. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 janv.) — La vaccination en Bosnie et en Herzégovine; son influence sur la morbidité variolique dans ces pays.

Liebreich (O.). Die Verwendung von Formalin zur Konservierung von Nahrungsmitteln. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — Sur l'emploi du formol pour la conservation des aliments.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bandaline. L'emploi des cacodylates contre la chorée de Sydenham, la paralysie agitante, la neurasthénie et le diabète (en russe). (*Prakt. Vratch*, 10, 24 et 31 janv.)

Baudouin (F.). La cure de déchloruration dans l'ascite cirrhotique. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 7 fév.)

Baylin. Les injections interstitielles de teinture d'iode dans le goitre. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 janv.)

Caussin. Un nouveau cas d'éclampsie traitée par les inhalations de chloroforme et suivie de guérison; 29 accès. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Chrétien (H.). Le sérum de Trunecek. (*Poitou méd.*, janv.)

Gathmann (H.). An unusual case of potassium iodide idiosyncrasy. (*Med. Record*, 30 janv.) — Observation rare d'idiosyncrasie à l'égard de l'iodure de potassium.

Hennequin. L'effleurage dans les suites de phlébite. (*Poitou méd.*, janv.)

Jordán von Szentgyörgy (F.). Nachträgliche Bemerkungen zur abortiven Behandlung der Tonsillitiden. (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 et 31 janv.) — Traitement abortif de l'amygdalite.

Maher (S. J.). Some investigations of a bacterial treatment of tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 2, 9, 16, 23 et 30 janv.)

Morison (A.). The efficient treatment of cardiac failure. (*Lancet*, 30 janv.) — Le traitement de l'asystolie.

Neumann. Podophyllin bei der Behandlung Wurmkranker. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 janv.) — La podophylline contre l'ankylostomiase.

Oppenheim (M.). Das Wasserstoffsuperoxyd in der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 janv.) — L'eau oxygénée comme agent thérapeutique dans les affections cutanées et vénériennes.

24e ANNÉE. — N° 12. Vingt centimes le numéro. 23 MARS 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Ernst Bumm, professeur à la Faculté de médecine de Halle, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. A. Gusserow, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Salvatore Levi-Catellani est nommé privatdocent de chirurgie et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Karl Schleip est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Gênes. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Raffaele Vivante (*hygiène*); Carlo Ferrai (*médecine légale*).

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Paul Strömer est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — MM. les docteurs Erwin Kehrer et Fritz Kermauner sont nommés privatdocenten d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur Lapinsky, privatdocent de neurologie et de psychiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur J. H. Rille, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur honoraire ordinaire.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Umberto Baccarani est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Raffaele Minervini, privatdocent à la Faculté de médecine de Gênes, est nommé privatdocent de pathologie externe.

Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Noè Scalinci (*ophtalmologie*); Anacleto Romano (*électrothérapie*).

Faculté de médecine de Pavie. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires Innocente Clivio (*obstétrique et gynécologie*); Manfredi Albanese (*matière médicale et pharmacologie expérimentale*).

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Giuseppe Vannini (*pathologie interne*); Ernesto Guaruaccio (*oto-rhino-laryngologie*).

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Siegmund von Schumacher est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur Oskar Polano (de Hambourg) est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Alglave (P.). Etude sur le traitement chirurgical de la tuberculose du segment iléo-cæcal de l'intestin.

Barbier (J.). Contribution à l'étude des bronchites fétides.

Bernadicou (H.). Contribution à l'étude des rapports symptomatiques entre le tabes et l'hystérie.

Bonnenfant (M.). Du rôle étiologique de la tuberculose dans l'asphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités (syndrome de Raynaud).

Céard (L.). Essai sur les vomissements avec acétonémie.

Coohy de Moncan (G.). Contribution à l'étude des stigmates de la criminalité : l'œil et la vision chez les criminels.

Desmolins (F.). Néphrorrhaphie; résultats nombreux et éloignés.

Galvin (H.). Etude sur quelques échecs de basiotripsie.

Gautrelet (J.). Etude expérimentale sur l'hyperthermie.

Herrenschmidt (A.). Carcinomes pavimenteux du corps thyroïde; interprétation par la théorie des tumeurs d'origine basale.

Houdard (G.). Troubles dyspeptiques et lithiase biliaire.

Houée (A.). Contribution à l'étude de la maladie de Dercum (adipose douloureuse généralisée).

Ichard (J.). Traitement des cancers des premières voies respiratoires par l'adrénaline en applications locales.

Khouzam (K.). Du soubresaut dans les fractures de jambe.

Labadie-Lagrave (G.). Des hernies par glissement du gros intestin et, en particulier, de leur traitement.

Lanceplaine (R.). Etude sur les télangiectasies essentielles.

Lebreton (P.). Contribution à l'étude des glandes bulbo-uréthrales et de leurs maladies.

Métayer (M.). Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive.

Perquis (J.). Contribution à l'étude de la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques (recherche par le procédé de Castellani modifié).

Perrotte (L.). Le bleu de méthylène dans les entérites et, en particulier, dans l'entérite des tuberculeux.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Alezais. Varices de l'intestin grêle. (*Marseille méd.*, 1er fév.)

Opie (E. L.). The occurrence of cells with eosinophile granulation and their relation to nutrition. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Présence des cellules à granulations éosinophiles et leur rapport avec la nutrition.

Ribbert (H.). Geschwulstlehre. In-8°, 662 p. avec fig. Bonn. — Les tumeurs.

Störk (O.). Zur Pathologie des gastro-intestinalen adenoiden Gewebes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 janv.) — Anatomie pathologique du tissu lymphoïde du tube gastro-intestinal.

Unna (P. G.). Die X-Zellen des spitzen Kondyloms. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.) — Les cellules X du condylome aigu.

Weeks (J. E.). Pathology of the cervical sympathetic. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 janv.)

Wells (H. G.) et **Scott** (L. O.). The pathological anatomy of « paratyphoid fever »; report of a fatal case with bacteriological findings. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.)

Whitfield (A.). On the plasma-cell, the « small round cell », and the cells of chronic inflammation in general; a survey of recent literature, with the results of some further observation and experiment. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv. et fév.) — Sur la cellule plasmatique, le globule du pus et les cellules de l'inflammation chronique en général.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Fibiger (J.) et **Jensen** (C. O.). Uebertragung der Tuberculose des Menschen auf das Rind; 2. Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 et 15 fév.) — Transmission de la tuberculose humaine aux bovidés.

Lamb (G.) et **Hunter** (W. K.). On the action of venoms of different species of poisonous snakes on the nervous system. (*Lancet*, 2 janv.) — Action du venin de différentes espèces de serpents venimeux sur le système nerveux.

Lépine (R.) et **Boulud**. Sur l'absence d'hyperglycémie dans la glycosurie uranique. (*Rev. de méd.*, janv.)

Procházka (F.). Endocarditis experimentalis. (*Sbornik klinicky*, V, 2.)

Thévenot (L.). Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde. (*Rev. de chir.*, fév.)

Wolff (B.). Ueber experimentelle Erzeugung von Hydramnion. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 1.) — Production expérimentale de l'hydramnios.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Gottstein (A.). Die neuesten Arbeiten über Immunisierung gegen Tuberculose. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — Les recherches récentes sur l'immunisation contre la tuberculose.

Kose (O.). O glykolyse. (*Casopis lékaru ceskych*, 2 janv.) — De la glycolyse dans ses rapports avec le diabète sucré.

Kraus (F.). Ueber die Frage der Zuckerbildung aus Eiweiss im diabetischen Organismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 janv.) — L'organisme diabétique élabore-t-il de la glycose aux dépens des substances albuminoïdes?

Ledderhose (G.). Ueber die Regeneration der unterbundenen Saphena. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.) — Régénération de la veine saphène après ligature de cette veine.

Ligorio (E.). Deviazione laterale della terza falange del mignolo in più membri di una famiglia. (*Clinica moderna*, 13 janv.) — Déviation latérale de la phalangette du petit doigt chez plusieurs membres d'une même famille.

Manwaring (W. H.). The action of certain salts on the complement in immune serum. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.) — Action de certains sels sur les substances complémentaires dans les sérums bactéricides.

Martin (S.). Manual of general pathology. In-8°, 522 p. avec fig. Londres.

Mazzeo (P.). Importanza della fagocitosi nella difesa dell' organismo dalla infezione difterica. (*Gazz. internazion. di med.*, 10 fév.)

Mikhnov (S.). Du pouvoir curatif de la nature (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 janv.)

MÉDECINE

Calvo (A.). Ueber die Eiweisskörper des Urins bei Nierenkranken und Gesunden, mit besonderer Berücksichtigung des durch Essigsäure ausfällbaren Eiweisskörpers. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.) — Sur les albuminoïdes urinaires chez l'homme sain et chez les sujets atteints de maladies du rein, notamment au point de vue des albuminoïdes que précipite l'acide acétique.

Demarest (F. C.). A case of primary carcinoma of the lung diagnosed from the expectoration. (*Med. Record*, 16 janv.) — Cancer primitif du poumon diagnostiqué par l'examen des crachats.

Fränkel (S.). Praktischer Leitfaden der qualitativen und quantitativen Harnanalyse (nebst Analyse des Magensaftes). In-8°, 88 p. avec planches. Wiesbaden. — Technique de l'analyse chimique des urines et du suc gastrique.

Galli (G.). Beitrag zur Lehre von den musikalischen Herzgeräuschen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 janv.) — Sur la théorie des bruits musicaux du cœur.

Gross (O.). Ein Todesfall infolge von latentem Aneurysma arteriæ vertebralis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 janv.) — Mort par anévrysme latent de l'artère vertébrale.

Gueier (V.). Contribution à l'étude de l'hémophilie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 1.)

Hamman (L. V.). The blood in acute leukæmia. (*Amer. Medicine*, 23 janv.) — Le sang dans la leucémie aiguë.

Heitler (M.). Ueber Pulsveränderung beim Schliessen und Oeffnen der Augen. (*Wien. med. Presse*, 7 fév.) — Variations du pouls au moment de l'ouverture et de l'occlusion des paupières.

Hoffmann (R.). Ueber das Verschwinden der Leberdämpfung infolge von Dickdarmüberlagerung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 et 11 fév.) — Disparition de la matité hépatique par interposition du gros intestin.

Holtzer. Die Zuckerkrankheit, ihr Wesen und ihre Behandlung, nebst 400 Kochrezepten. In-8°, 192 p. Charlottenbourg. — Le diabète.

Kirikov (N.). Contribution à la pathogénie des cirrhoses biliaires hypertrophiques du foie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 janv.)

Kitaïev (Th.). Contribution à l'étude des névroses sécrétoires dépressives de l'estomac (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 janv.)

Korányi (A. von). Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie in ihrer klinischen Anwendung. In-8°, 40 p. Berlin. L. Simion. — Principes scientifiques et applications cliniques de la cryoscopie.

Krokiewicz (A.). Dwa przypadki choroby Hodgkin'a (pseudoleucaemia). (*Gaz. lekarska*, 9 et 16 janv.) — 2 cas de maladie de Hodgkin.

Labougle. Au sujet d'un bruit de piaulement du cœur. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 fév.)

MALADIES INFECTIEUSES

Daddi (G.). Sulla presenza del bacillo di Eberth nell'escreato dei tifosi. (*Riv. critica di clinica medica*, 23 janv.) — Sur la présence du bacille d'Eberth dans les crachats des typhoïdiques.

Gergő (E.). Ueber den endogenen Entwicklungsgang der Malaria-Parasiten auf Grund beobachteter Fälle. (*Pest. med.-chir. Presse*, 7, 14, 21 et 28 fév., 6 et 20 mars.)

Kreissl (B.). Klinische Erfahrungen über die Gruber-Widal'sche Reaktion. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 fév.)

Le Goïc (V.). Association de fièvre scarlatine et de fièvre typhoïde. (*Rev. de méd.*, janv.)

Lerch (O.). Malaria followed by interstitial nephritis and peripheral neuritis. (*Amer. Medicine*, 16 janv.) — Un cas de néphrite interstitielle et de névrite périphérique d'origine paludéenne.

Libman (E.). Notes on the Widal reaction : the question of dilution; the influence of jaundice. (*Med. News*, 30 janv.)

Mallory (F. B.). Scarlet fever ; protozoon-like bodies found in 4 cases. (*Journ. of Med. Research*, janv.)

Martinelli (A.). Una epidemia da colibacillo. (*Riforma med.*, 6 janv.)

McLaughlin (J. W.). The controlling influence of environment in epidemic infectious diseases. (*Texas Med. Journ.*, janv.)

Menzer (A.). Die Behandlung der Lungenschwindsucht durch Bekämpfung der Mischinfektion. In-8°, 87 p. avec graphiques. Berlin. G. Reimer. — Traitement de la tuberculose par la lutte contre les infections mixtes.

Meyer (J.). Ueber das Ficker'sche Typhusdiagnosticum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alexander (A.). Ein Fall von Recurrenslähmung bei Mitralstenose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 fév.) — Paralysie récurrentielle dans le rétrécissement mitral.

Erlenmeyer (A.). Zur Behandlung der cerebralen Arteriosklerose im Beginn. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er et 4 fév.) — Traitement de l'artériosclérose cérébrale au début.

Eshner (A. A.). A fatal case of chorea complicated by endocarditis, pericarditis and nephritis. (*Med. News*, 30 janv.) — Cas mortel de chorée compliqué d'endocardite, de péricardite et de néphrite.

Fargues (E.). Nature et curabilité des affections parasyphilitiques et spécialement du tabes et de la paralysie générale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 et 30 janv.)

Fränkel (J.) et **Onuf** (B.). Congenital intrauterine poliomyelitis and neuritis; the question of their occurrence and influence upon so-called congenital deformities. (*Amer. Medicine*, 16 janv.)

Freund (W. A.). Ueber Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau. In-8°, 40 p. avec fig. Berlin. — Sur la neurasthénie hystérique et l'hystérie chez la femme.

Fuchs (A.). Ein Reflex im Gesichte. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 2 janv.) — Un réflexe facial.

Gaupp (R.). Die Prognose der progressiven Paralyse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 janv.)

Gould (G. M.). The history and etiology of « migraine ». (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 et 23 janv.)

Greidenberg (B.). Les injections salées dans le traitement des maladies mentales (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 janv.)

Grocco (P.). Note sui sintomi cardiaci del morbo di Basedow. (*Riv. critica di clinica medica*, 2 janv.)

Hansell (H. F.). Hallucinations of vision. (*Amer. Medicine*, 16 janv.)

Hassin (G. B.). Contributions to the Obersteiner-Redlich theory of tabes dorsalis. (*Med. Record*, 30 janv.)

Hautefeuille et **Théry**. Méningite suppurée causée par le *Micrococcus tetragenes albus*. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Hoppe (F.). Ein Fall von Psychose in Folge multipler Gehirntumoren. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.) — Psychose chez un malade atteint de tumeurs multiples du cerveau.

Jansky (J.). Theorie o podstate hysterie. (*Casopis lékaru ceskych*, 16 et 23 janv.) — Evolution des théories sur la pathogénie de l'hystérie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Hynes (E. J.). Iodide rash in a syphilitic patient resembling a variolous eruption. (*Lancet*, 13 fév.) — Exanthème iodique varioliforme chez un syphilitique.

Klinger (B.). Atypischer Fall von Psoriasis vulgaris diffusa, durch Kakodylinjectionen geheilt. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 janv.) — Cas atypique de psoriasis vulgaire diffus, guéri par des injections cacodyliques.

Kopytowski (W.). Zur pathologischen Anatomie des Herpes progenitalis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2 et 3.)

Körner (O.). Ueber den Herpes zoster oticus (Herpes an der Ohrmuschel mit Lähmung des Nervus acusticus und des Nervus facialis). (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Zona otique; herpès du pavillon de l'oreille avec paralysie des nerfs acoustique et facial.

Kothe (R.). Zur Lehre von den Talgdrüsengeschwülsten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2 et 3.) — Sur les tumeurs sébacées.

Kraus (A.). Zur Frage der metastatischen Lymphdrüsenerkrankung beim Rhinosklerom. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 3.) — Infection métastatique des ganglions lymphatiques dans le rhinosclérome.

Miller (C. J.). Gonorrhea in women. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, fév.) — La blennorrhagie chez la femme.

PARASITOLOGIE

Bastian (H. C.). Note on the probable mode of infection by the socalled Filaria perstans, and on the probability that this organism really belongs to the genus Tylenchus (Bastian). (*Lancet*, 30 janv.)

Coppez (H.). Un cas d'actinomycose orbitaire. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, janv.)

Hynek (K.). Ankylostomiasis v Cechách. (*Casopis lékaru ceskych*, 2 janv.) — Sur l'ankylostomiase en Bohême.

Lelean (P. S.). Notes on myiasis. (*Brit. Med. Journ.*, 30 janv.)

Ligorio (E.). Ascaridiasi a forma tifoidea. (*Gazz. degli Osped.*, 31 janv.)

Low (G. C.). Filaria perstans and the suggestion that it belongs to the genus Tylenchus (Bastian). (*Lancet*, 13 fév.) — Comme quoi la *Filaria perstans* fait probablement partie du genre *Tylenchus* (Bastian).

Nardi (M.). Contributo alla cura dell'echinococco epatico. (*Clinica moderna*, 20 janv.)

Novy (F. G.) et **McNeal** (W. J.). On the cultivation of Trypanosoma Brucei. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.)

Rivière (A.) et **Thévenot** (L.). L'actinomycose de l'oreille. (*Rev. de chir.*, janv.)

Wilson (L. B.) et **Chowning** (W. M.). Studies in pyroplasmosis hominis (« spotted fever » or « tick fever » of the Rocky Mountains). (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.)

CHIRURGIE

Genersich (A. von). Die verschiedenen Richtungen in der Asepsis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 10 et 17 janv.) — Les différentes tendances en technique aseptique.

Grünbaum (R.). Arthritis gonorrhoica und Trauma. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, janv.)

Grüning (E.). Orbital cellulitis; empyema of the ethmoid cells and the frontal sinus; abscess of the frontal lobe; pneumococcæmia; death. (*Med. Record*, 6 fév.)

Guibal (P.). Ulcère perforé de l'estomac; intervention; guérison; considérations sur le drainage dans les péritonites. (*Rev. de chir.*, fév.)

Guibé (M.). Fractures de la cavité cotyloïde par enfoncement. (*Rev. de chir.*, janv.)

Harte (R. H.) et **Ashhurst** (A. P. C.). Intestinal perforation in typhoid fever. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Heiking (E.). Traitement chirurgical des épanchements purulents du péricarde (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3, 10, 17, 24 et 31 janv.)

Heinatz (V.). L'anesthésie locale par l'emploi combiné d'adrénaline et de cocaïne (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 17 et 24 janv.)

Henle. Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 janv.) — Technique de l'hyperémie artificielle.

Hevesi (J.). Sehnenüberpflanzung und Sehnenplastik bei Muskellähmungen und Contracturen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 17, 24 et 31 janv., 7, 14, 21 et 28 fév.) — Greffe et autoplastie tendineuses dans les paralysies et les contractures musculaires.

Hilgenreiner (H.). Bericht über 828 operativ behandelte Hernien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.)

Hoffa (A.). Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kniegelenkserkrankungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 et 11 janv.) — Pathologie et traitement des affections articulaires du genou.

Holmes (B.). Echinococcus cyst of the liver; with report of a case with operation and recovery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 janv.) — Kyste hydatique du foie, avec relation d'un cas opéré et guéri.

Honsell (B.). Ueber die Abscesse des Spatium prævesicale (Retzii). (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.)

Horsley (J. S.). Fracture dislocation of the spine. (*Amer. Medicine*, 23 janv.)

Humpstone (O. P.). Unusual sequela of a submammary hypodermoclysis. (*Med. Record*, 6 fév.)

Hurpy et **Cerné** (A.). Luxation simultanée en avant et en haut du semi-lunaire et du scaphoïde. (*Normandie méd.*, 1er fév.)

Jakins (P.). Notes on a case of otitic cerebellar abscess; extradural abscess; trephining middle and posterior fossæ; recovery. (*Lancet*, 30 janv.)

Karas (S. R. von). Zur Kasuistik der im Anfalle operierten Appendicitisfälle. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 janv.) — Cas d'appendicite opérés à chaud.

Keefe (J. W.). A new method for performing intestinal anastomosis. (*Med. News*, 30 janv.) — Nouveau procédé d'anastomose intestinale.

Keetley (C. R. B.). Old unreduced dislocations of the shoulder-joint, including five hitherto unpublished cases of operative treatment, in one of which gold plate was buried for 40 days. (*Lancet*, 23 janv.) — La luxation ancienne de l'épaule, avec cinq observations d'intervention chirurgicale; prothèse dans un cas au moyen d'une plaque en or laissée en place pendant quarante jours.

Kelling (G.). Ein sicheres Verfahren der Jejunostomie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 6 fév.) — Procédé sûr de jéjunostomie.

Krukenberg (H.). Cholecystenterostomie mit Bildung eines künstlichen Gallenganges. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 6 fév.) — Cholécystentérostomie avec création d'un conduit excréteur.

Krynski (L.). W sprawie powstawania i leczenia opadniecia nerki (nephroptosis, ren mobilis, ren migrans). (*Gaz. lekarska*, 2 et 9 janv.)

Küster (H.). Eine eigenartige bindegewebige Neubildung der Hohlhand. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.) — Sur une néoplasie du tissu conjonctif de la paume de la main.

Le Fort (R.). Syncope mortelle non chloroformique; massage du cœur, rappel momentané des contractions cardiaques. (*Echo méd. du Nord*, 7 fév.)

Levison (Ch. G.). Lipoma arborescens tuberculosum of the knee joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 janv.) — Lipome arborescent tuberculeux du genou.

Lieblein (V.). Zur Casuistik der Fremdkörper der Speiseröhre. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 janv.) — 3 observations de corps étrangers de l'œsophage.

Loison (E.). Procédé actuel de cure opératoire des hernies inguinales. (*Marseille méd.*, 1er fév.)

Malapert (P.) et **Morichau-Beauchant** (R.). Des angiomes du sein. (*Rev. de chir.*, fév.)

Manouvriez. Sur la prétendue origine atavique de l'achondroplasie. (*Echo méd. du Nord*, 14 fév.)

Maydl (K.). O vrozeném vysokém stavu lopatky. (*Sbornik klinicky*, V, 2.) — Sur la position élevée de l'omoplate.

Menoni (C.). Contributo clinico all'uso del catgut all'iodio in chirurgia. (*Gazz. degli Osped.*, 7 fév.)

Miles (A.) et **Carr** (J. C.). Notes of a case of traumatic hæmatorrhachis of the upper dorsal region. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

UROLOGIE

Karo (W.). Zur Frage der functionellen Nierendiagnostik. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 1.) — Du diagnostic fonctionnel des reins.

Kholtzov (B.). La valeur respective des divers procédés de traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate, et leurs indications (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 janv.)

Kreps (M.). Zur Therapie der Anuria calculosa; zur Pathologie der Reflexanurie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 janv.)

Lucke (R.). Die Bedeutung des Abschlusses der hinteren Harnröhre gegen die vordere für die Praxis der urethralen Injektionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.) — Importance de la séparation entre les portions antérieure et postérieure de l'urèthre au point de vue de la pratique des injections dans le canal.

Morris (R. S.). Ein Fall von hämorrhagischen Niereninfarkten. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 janv.) — Un cas d'infarctus hémorrhagiques des deux reins.

OPHTALMOLOGIE

Michel (J. von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (33. Jahrgang, 1902). 2e partie. In-8°, p. 401 à 771, avec tableaux. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1902.

Painblan et **Vasseur** (A.). Un cas de paralysie variolique du moteur oculaire externe. (*Echo méd. du Nord*, 14 fév.)

Peyrot. Kérato-conjonctivite par projection de venin. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Rochtchevsky (S.). Contribution à l'étude du traitement de quelques affections oculaires par les bains de mer (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 janv.)

Rogman. Kyste orbitaire et microphtalmie. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Roy (Dunbar). A case of spontaneous prolapse of both lacrymal glands; review of the literature. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — Prolapsus spontané bilatéral des glandes lacrymales.

Stanculeano (G.) et **Costin** (N.). Deux observations de colobome des paupières. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Van Duyse. Exophtalmie pulsatile par « pseudo-anévrysme » (fibrosarcome muqueux, cystique). (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Fleck (G.). Myom und Herzerkrankung in ihren genetischen Beziehungen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 1.) — Les corps fibreux et les cardiopathies au point de vue de leurs rapports de cause à effet.

Gross (G.). Six nouvelles observations d'hématométrie latérale dans les utérus doubles. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, janv.)

Guérard (H. A. von). Sind Ventrifixur und Vaginifixur bei Frauen in gebärfähigem Alter zu verwerfen? (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Faut-il rejeter l'hystéropexie vaginale ou abdominale chez la femme pendant la période de procréation?

Häberlin. Die idiopathische akute Pyelitis bei Schwangeren. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 fév.) — La pyélite essentielle aiguë de la grossesse.

Heil (K.). Beitrag zur Ovariotomie in der Schwangerschaft (als Fortsetzung der Orgler-Gräfe'schen Statistik). (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.) — Etudes sur l'ovariotomie chez les femmes enceintes (faisant suite à la statistique d'Orgler-Gräfe).

Heyer (H. H.) et **Lee** (H. M.). A report of 2 cases of ectopic gestation and a case of intestinal obstruction due to Meckel's diverticulum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Hofmeier. Ueber üble Folgen der tiefen Zervixeinschnitte bei der Geburt. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.) — Inconvénients des incisions profondes pratiquées sur le col pendant l'accouchement.

Horrocks (P.). Puerperal sepsis. (*Brit. Med. Journ.*, 13 fév.)

Hörschelmann (E.). Ueber die Formalinbehandlung der puerperalen Sepsis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 6 fév.) — Le formol contre l'infection puerpérale.

Indemans (J. W. M.). Spoeddilatatie volgens Bonnaire. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 janv.) — Dilatation rapide du col d'après la méthode de Bonnaire.

Jaworski (J.). Przyczynek kliniczny do przebiegu ciazy zasniadowej (mola hydatidosa), oraz stosunek tejze do nabloniaków kosmówki (chorioepiteliomatów). (*Gaz. lekarska*, 2 janv.) — Contribution clinique à l'étude de l'évolution des môles hydatiformes et des chorio-épithéliomes.

Kehrer (E.). Zum Geburtsmechanismus bei Hydrencephalocele sagittalis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Le mécanisme de l'accouchement dans l'hydrencéphalie sagittale.

Kolotinsky (V.). Inversion complète de l'utérus provoquée par un énorme fibrome; opération (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 janv.)

Krönig. Weitere Erfahrungen zur abdominellen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Labhardt (A.). Ueber die Komplikation der Schwangerschaft mit Perityphlitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 fév.) — Sur la grossesse compliquée d'appendicite.

Landau (L.). Zum klinischen Verhalten des Epithelioma chorioektodermale. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 fév.) — Signes cliniques du déciduome.

PÉDIATRIE

Frölich (Th.). Om empyem i barnealderen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.) — L'empyème infantile.

Fullerton (R.). Respiratory spasm followed by cessation of breathing in a recently-born child. (*Brit. Med. Journ.*, 16 janv.) — Spasme de la glotte chez un nouveau-né.

Halipré (A.). Catarrhe suffocant chez un enfant de deux ans; enveloppements froids; guérison. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 fév.)

Hamburger (F.). Biologisches zur Säuglingsernährung. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 janv.) — L'alimentation du nourrisson au point de vue biologique.

Kobryner (Matylda). Przypadek plasawicy, powiklany histerya u dziecka. (*Kronika lekarska*, 1er janv.) — Chorée compliquée d'hystérie chez une petite fille.

Martinez Vargas. Semiotecnia en la infancia. (*Medicina de los niños*, janv.)

Mori (M.). Ueber den sogenannten Hikan (Xerosis conjunctivæ infantum ev. Keratomalacie); 2. Mitteilung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 2.)

Pease (H. D.) et **Shaw** (H. L. K.). The etiology of the summer diarrheas of children and of dysentery of bacterial origin. (*Albany Med. Ann.*, janv.) — Etiologie de la diarrhée estivale des enfants et de la dysenterie d'origine bactérienne.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Jürgens (E.). Ein Fall von Ozaena mit tötlichem Ausgange. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 6 fév.) — Ozène avec issue fatale.

King (Gordon). Some observations of the treatment of accessory sinus disease. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, fév.) — Traitement des affections des cavités accessoires du nez.

Klauber (O.). Ueber tötliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 fév.) — Hémorrhagies mortelles consécutives à la trachéotomie.

Koller (C.). Scarlatinal panotitis; exfoliation of a portion of the labyrinth; radical operation. (*Med. Record*, 30 janv.)

Lermoyez (M.). De la guérison spontanée de l'empyème vrai du sinus maxillaire. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janv.)

Milligan (W.). The etiology and treatment of suppuration of the labyrinth. (*Lancet*, 13 fév.)

Möller (Y.). Quelques remarques sur l'emploi de l'adrénaline dans la chirurgie nasale. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janv.)

Préobrajensky (S.). 9 cas de corps étrangers du nez et de rhinolites (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 et 10 janv.)

Preysing (H.). Otitis media der Säuglinge; bacteriologische und anatomische Studien. In-8°, 66 p. avec planches. Wiesbaden. — L'otite moyenne chez le nourrisson.

HYGIÈNE

Maduro (M. L.). The sanitary needs of Panama. (*New York Med. Journ.*, 6 fév.) — Les travaux d'assainissement nécessaires dans la République de Panama.

Newsholme (A.). The relation of the medical practitioner to preventive measures against tuberculosis. (*Lancet*, 30 janv.)

Nikolsky (V.). Un essai de lutte contre la malaria (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Ogg (T. A. W.). Some observations regarding the special circumstances of cases of lead poisoning occurring amongst workers in whitelead factories. (*Lancet*, 2 janv.) — Particularités de certains cas d'intoxication saturnine chez des ouvriers de fabriques de blanc de céruse.

Oliver (Th.). Industrial diseases due to certain poisonous fumes or gases (phosphorus, sulphuretted hydrogen, carbon monoxide). In-8°, 24 p. Londres. Sherratt et Hughes.

Paschkis (H.). Zur Hygiene des Tabakrauchens. (*Wien. med. Presse*, 24 janv.) — Hygiène des fumeurs.

Puterman (J.). Ueber die Beeinflussung des Zirkulationssystems durch die Schulexamina. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 fév.) — Influence des examens scolaires sur l'état de la circulation.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brossard. Rupture du tissu pulmonaire chez un enfant nouveau-né, victime d'une strangulation à la main. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 14 fév.)

Brouardel (P.). Intoxication chronique par le plomb. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Chapin (J. B.). The consideration of the epileptic by the courts. (*Albany Med. Ann.*, fév.) — Les épileptiques en justice.

Cohen (S.). Can our procedures for the judicial determination of the cause of death be bettered? (*Amer. Medicine*, 9 janv.) — Peut-on améliorer nos moyens de déterminer la cause de la mort au point de vue médico-légal?

Cumston (Ch. G.). The medico-legal aspects of autoabortion. (*Amer. Medicine*, 30 janv.)

Kolbe (E.). Ueber Senfvergiftung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 fév.) — Intoxication par la moutarde.

Lappner (A.). Serodiagnostic in medicina legala. (*Thèse de Jassy.*)

Rogers (L.). The physiological action and antidotes of snake venoms, with a practical method of treatment of snake bites. (*Lancet*, 6 fév.) — L'action physiologique et les antidotes du venin de serpent; procédé simple de traitement des morsures de serpent.

Scheven (O.). Ein eigenartiger Fall von Kohlenoxydvergiftung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 fév.) — Un cas singulier d'intoxication oxycarbonée.

Truc (H.), **Delord** (E.) et **Chavernac** (P.). Nouvelles recherches sur les stigmates oculaires de la criminalité; examen des détenus de la maison centrale de Nîmes. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Vincent (G. F.). Acute septic colitis due to milk poisoning. (*Brit. Med. Journ.*, 6 fév.) — Colite infectieuse aiguë due à un empoisonnement par du lait.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

De Rossi (S.). La cura del periodo iniziale della nefrite acuta col metodo del Baccelli. (*Policlinico*, partie méd., XI, 2.)

Penzoldt (F.). Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung. 6e éd. In-8°, XXIV-379 p. Iéna. — Traité de thérapeutique clinique.

Power (D'Arcy). Notes on an ineffectual treatment of cancer, being a record of three cases injected with Dr Otto Schmidt's serum. (*Brit. Med. Journ.*, 6 fév.)

Rojansky (V.). Les bains chauds dans le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 1.)

Scarenzio (A.). La giusta portata delle obbiezioni avanzate contro le iniezioni intramuscolari di calomelano nella cura della sifilide. (*Gazz. internazion. di med.*, 30 janv.)

Schnurpfeil (K.). Lécení ileu atropinem. (*Casopis lékaru ceskych*, 16 et 23 janv.) — Le traitement de l'obstruction intestinale par l'atropine.

Silvestri (T.). Terapia della pleurite sierosa primitiva. (*Clinica moderna*, 27 janv.)

Voïtzékhovsky (N.). Un nouveau procédé de traitement du bouton d'Orient (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Wagner (M.). Zur Behandlung des Magengeschwürs. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 et 12 janv.) — Traitement de l'ulcère de l'estomac.

BACTÉRIOLOGIE

Almkvist (J.). Om difteri - och pseudodifteribacillens förhaallande till Pfeifer's specifika immunitetsreaktion. (*Hygiea*, janv.) — Comment se comportent les bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques à l'égard de la réaction de Pfeifer.

Anzilotti (G.). Notizie cliniche e bacteriologiche su alcuni casi di suppurazioni date dal diplococco di Fränkel. (*Clinica moderna*, 13 et 20 janv.)

Fränkel (E.). Ueber den histologischen und kulturellen Nachweis der Typhusbazillen im Blut und in Leichenorganen. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.) — Recherche histologique et bactériologique du bacille d'Eberth dans le sang et dans les viscères du cadavre.

Kaufmann (R.) et **Schlesinger** (W.). Ueber einige biologische Eigenschaften der « langen » Milchsäurebazillen im Mageninhalte. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 30 janv.) — Sur certaines propriétés biologiques des bacilles « longs » de la fermentation lactique du contenu stomacal.

Mayer (Martin). Weitere Versuche zur Darstellung spezifischer Substanzen aus Bakterien : Cholerabazillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 janv.) — Expériences en vue d'isoler les substances spécifiques du bacille du choléra.

Morgenroth (J.). Ambozeptortheorie und Kälteversuch. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 fév.) — La théorie des ambocepteurs et l'action du froid.

24e ANNÉE. — No 13. **Vingt centimes le numéro.** 30 MARS 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Ausset, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Luigi Lucatello, professeur extraordinaire de pathologie interne, est nommé professeur ordinaire.

M. le docteur Riccardo Avanzi est nommé privatdocent d'odontologie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Ercole Pusateri, privatdocent à la Faculté de médecine de Pavie, est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Parme. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Francesco Marimò (*neurologie et psychiatrie*); Giuseppe Felice Gardenghi (*hygiène*).

Faculté de médecine de Rostock. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Gustav Ricker, privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Francesco Simonelli est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Middlesex Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur W. V. Bonney est nommé lecteur d'obstétrique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Abadie (R.). Des propriétés physiques, biologiques et thérapeutiques de la lumière et de ses applications à la dermatologie.

Bouquerel (H.). Etude statistique sur 72 appendicites opérées à l'hôpital Saint-Louis (avril 1902-décembre 1903).

Bruneau (P.-A.-J.). Du nanisme mitral.

Bruzon (P.). La médecine et les religions.

Chauvin (L.). Séméiologie de l'hypohéma chez les iritiques.

Cornillot (Ch.). De la perte de mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux.

Coudert (E.). Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire.

Degonville (G.). Sarcomes primitifs de la clavicule.

De la Coûture (A.). Bourbon-l'Archambault et ses thermes.

Devaux (G.). De l'ictère acholurique dans la néphrite interstitielle.

Druhen (M.). Législation comparée des accidents du travail au point de vue médical.

Durozoy (D.). La tuberculose au village : ce qu'elle est, pourquoi elle est, comment la combattre.

Gaultier (R.). Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine (méthode Lancereaux-Paulesco).

Gauthier (F.). Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage; rôle du spasme.

Katzenelenbogen (E.). Cancer simultané des deux seins.

Laborde (E.). Les spasmes de l'intestin d'origine génitale chez la femme.

Lanos (Mme E.). De la cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant.

Le Berre (E.). Contribution à l'étude de la botryomicose.

Le Lorier (V.). Contribution à l'étude de l'aménorrhée primitive.

Lippmann (A.). Le microbisme biliaire normal et pathologique.

Pautré (M.). Des propriétés cholagogues du fiel de bœuf; de son efficacité dans l'ictère catarrhal du chien; de ses applications au traitement de la lithiase biliaire.

Privat de Fortunié (J.). Etude sur les délires post-partum envisagés spécialement au point de vue de la pathogénie.

Roujas (H.). La maladie du sommeil.

Servant (E.). Traitement orthopédique de la fracture de Dupuytren récente.

Sourdin (A.). Accidents causés au niveau du membre supérieur par des piqûres d'arêtes de poissons.

Vermersch (H.). Considérations hygiéniques sur la filature de laine.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Moraczewski (W. von). Ueber Ausscheidung von Oxalsäure, Indican und Aceton bei Diabetes unter dem Einfluss der Nahrung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.) — Influence de l'alimentation sur l'élimination de l'acide oxalique, de l'indican et de l'acétone dans le diabète.

Nourney. Bakterielle Immunität und Tuberkulin. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 28 janv.)

Osler (W.). Ochronosis : the pigmentation of cartilages, sclerotics and skin in alkaptonuria. (*Lancet*, 2 janv.)

Ougrumov (P.). Des altérations chimiques dans l'organisme des animaux provenant d'ascendants épuisés par la faim (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 janv.)

Portis (M. M.). Experimental study of thyrotoxic serum. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.)

Shiga (K.). Ueber active Immunisierung von Menschen gegen den Typhusbacillus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 janv.) — L'immunisation active de l'homme contre le bacille de la fièvre typhoïde.

Spangaro (S.). Intorno all'azione battericida del sangue puro, del sangue splasmato, del plasma e del siero dei colombi normali ed immunizzati verso il bacillo del carbonchio antrace; contributo alla fisiologia del sangue ed alla conoscenza della immunità e della immunizzazione. (*Riforma med.*, 6 janv.)

Stephan (B. H.). Tuberculose en erfelijkheid. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 janv.) — Tuberculose et hérédité.

Varanini (M.) et **Ferrari** (G. C.). Il ricambio organico della scrofolosi. (*Pediatria*, janv.)

MÉDECINE

Landsteiner (K.). Ueber das Sarkom der Gallenblase. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 fév.) — Sur le sarcome de la vésicule biliaire.

Leclerc. La leucémie aiguë; à propos d'un cas de leucémie à marche rapide. (*Lyon méd.*, 14 fév.)

Lepeut. Entérite muco-membraneuse; diagnostic et traitement. (*Picardie méd.*, fév.)

Lilienthal (H.). A simple and accurate method of examining the stools for gallstones and other solid bodies. (*Med. Record*, 9 janv.) — Procédé simple et précis pour la recherche des calculs biliaires et autres corps solides dans les matières fécales.

Lorentzen (G.). Om undersögelse af slim i afföringen. (*Hospitalstidende*, 20 janv.) — Recherches sur la présence de mucosités dans les fèces.

Maragliano. Un caso di ernia pleurica. (*Gazz. degli Osped.*, 7 fév.)

McCrae (Th.). Arthritis deformans; the report of a series of 110 cases from the Johns Hopkins Hospital. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2, 9 et 16 janv.)

Merrins (E. M.). The pathology and treatment of osteoarthritis. (*Med. News*, 23 janv.)

Mertens (V. E.). Ueber Versuche zur Serumdiagnose des Karzinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 fév.) — Recherches sur le sérodiagnostic du cancer.

Mitulescu (J.). Beiträge zum Studium der Hämatologie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 fév.)

Mladejovsky (V.). Diabetes. (*Casopis lékaru ceskych*, 9, 16, 23 et 30 janv. et 6 fév.)

Neisser (E.) et **Derlin** (L.). Ueber Lipämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.)

Norström (G.). Some modern views of gastro-intestinal troubles and their treatment by massage. (*Med. Record*, 6 fév.)

Ortenberg (P.). Un cas d'idiosyncrasie à l'égard de la viande (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Prettin et **Leibkind**. Kann durch Glasblasen ein Lungenemphysem erzeugt werden? (*Münch. med. Wochensch.*, 9 fév.) — Le soufflage du verre peut-il déterminer l'emphysème pulmonaire?

Prym (O.). Zur Messung des Drucks im rechten Vorhof nach Gärtner. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 janv.) — Mensuration de la pression sanguine dans l'oreillette droite par le procédé de Gärtner.

Quincke (H.) et **Gross** (A.). Ueber einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Oedems. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 7 janv.) — Sur quelques localisations rares de l'œdème circonscrit aigu.

Reale (G.). Lo spasmo vasale. (*Gazz. degli Osped.*, 24 janv.)

Ritchie (W. T.). On the etiology of fibrinous bronchitis. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Rudinger (C.). Befund von « langen » Milchsäurebazillen im Harne bei einem Falle von Carcinoma ventriculi. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 6 fév.) — Bacilles « longs » de la fermentation lactique dans l'urine d'un malade atteint de cancer de l'estomac.

Russell (J. W.). A contribution to the after-history of gastric ulcer. (*Lancet*, 30 janv.) — Suites éloignées du traitement de l'ulcère de l'estomac.

Savory (H.). A case of acute lymphatic leukæmia. (*Lancet*, 6 fév.)

Schell (J. T.). Diagnosis of gall-bladder diseases. (*Med. News*, 9 janv.) — Diagnostic des affections de la vésicule biliaire.

Shoemaker (J. V.). Arthritis deformans. (*Med. Bull.*, janv.)

Stewart (W.). Notes of a case of hæmorrhagic pericarditis associated with the presence of Bacillus coli communis; paracentesis; recovery. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Stone (A. K.). Cardiac displacement. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 janv.)

Strauss (H.). Ueber röhrenförmige Ausstossung der Speiseröhrenschleimhaut und stenosirende Pylorus-Hypertrophie nach Salzsäurevergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 janv.) — Expulsion d'un grand cylindre de la muqueuse œsophagienne avec hypertrophie sténosante du pylore, consécutive à un empoisonnement par l'acide chlorhydrique.

Swan (J. M.). A case of extensive arteriosclerosis simulating aneurysm of the arch of the aorta. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.) — Cas d'artériosclérose étendue simulant l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

Tedeschi (G.). L'esame funzionale dello stomaco. (*Gazz. internazion. di med.*, 15 déc. 1903 et 10 janv.)

Wachenheim (F. L.). The hemorrhagic diseases and their allies in the light of modern pathology. (*Med. News*, 16 janv.) — Les maladies hémorrhagipares et les affections analogues d'après les conceptions de la pathologie moderne.

Weber (F. Parkes). Reaction with perchloride of iron in the urine of grave cases of hepatic cirrhosis. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janv.) — La réaction au perchlorure de fer donnée par l'urine dans les cas graves de cirrhose hépatique.

Wright (A. E.). On certain new methods of blood examination with some indications of their clinical importance. (*Lancet*, 23 janv.) — De quelques nouvelles méthodes d'examen du sang et de leur valeur au point de vue clinique.

Zuber (B.). Ueber einen noch nie beschriebenen Fall von hochgradiger, angeborener Erweiterung der Arteria pulmonalis in toto. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 1.) — Sur une variété non encore décrite de dilatation congénitale du tronc de l'artère pulmonaire.

MALADIES INFECTIEUSES

Michelazzi (A.). L'importanza della ricerca batteriologica nella diagnosi clinica della difterite. (*Policlinico*, partie méd., XI, 2.)

Monnier (U.). De la rougeole ecchymotique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 fév.)

Moriarta (D. C.). The treatment of diphtheria. (*Albany Med. Ann.*, fév.)

Müller (O.). Beobachtungen über Koplik'sche Flecke, Diazoreaktion und Fieber bei Masern. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.) — Remarques sur le signe de Koplik, la diazoréaction et la fièvre dans la rougeole.

Munson (E. L.). The movement of plague in the Philippine Islands. (*Med. Record*, 30 janv.) — La peste aux Philippines.

Notter (J. L.). Spread and distribution of infectious diseases : spread of typhoid fever, dysentery, and allied diseases among large communities, with special reference to military life in tropical and sub-tropical countries. In-8°, 18 p. Londres. Sherratt et Hughes. — Propagation et dissémination des maladies infectieuses.

Oppenheimer (K.). Ueber Lungenschwindsuchtsentstehung; ein Versuch zur Widerlegung der von Behring'schen These. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 fév.) — Sur l'étiologie de la phtisie pulmonaire; réfutation de la théorie de von Behring.

Paschal (F.). The differential diagnosis between yellow fever, dengue fever, malarial fever, and acute yellow atrophy of the liver. (*Texas Med. Journ.*, janv.) — Diagnostic différentiel entre la fièvre jaune, la dengue, le paludisme et l'atrophie jaune aiguë du foie.

Pottenger (F. M.). The relation of early diagnosis and treatment to the prevention of tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 16 janv.) — Diagnostic et traitement précoces de la tuberculose, au point de vue de la prophylaxie de cette affection.

Schwab (Th.). Zwei Fälle von ausgedehnten Ulzerationsprozessen an Mund und Genitalien, hervorgerufen durch Diphtheriebazillen (subakute Haut- und Schleimhaut-Diphtherie). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2.) — Deux cas d'ulcérations étendues de la bouche et des organes génitaux, dues au bacille de la diphtérie.

Steiner (W. R.). A case of typhoid fever presenting an arterial complication, probably an arteritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Sterling (S.). Ueber die prognostische Bedeutung der konstanten Pulsbeschleunigung im Verlauf der Lungentuberkulose, zugleich ein Beitrag zur Klassifikation dieses Leidens. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.) — Valeur pronostique de l'accélération continue du pouls au cours de la tuberculose pulmonaire.

Tchérepnine (S.). La caractéristique de l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi à Saint-Pétersbourg en 1902-1903 (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3, 10 et 17 janv.)

Tcherno-Schwarz (B.). Le diagnostic bactériologique de la diphtérie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 janv.)

Tchistovitch (N.) et **Chestakova** (O.). Des altérations morphologiques du sang dans la rubéole (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 janv.)

Trevithick (E.). Note on the method of demonstrating tubercle bacilli in the urine. (*Brit. Med. Journ.*, 2 janv.) — Sur un procédé de recherche des bacilles de la tuberculose dans l'urine.

Unterberger (S.). Tuberkulose, Schwindsucht, Sanatorien. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 30 janv.) — Tuberculose, phtisie, sanatoria.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Kidd (P.). A case of Adams-Stokes disease (persistent slow pulse with epileptiform fits). (*Lancet*, 13 fév.)

Knapp (A.). Ein Fall von motorischer und sensibler Hemiparese durch Revolverschussverletzung des Gehirns. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 janv.) — Un cas d'hémiparésie motrice et sensitive consécutive à une lésion du cerveau par coup de revolver.

Kreibich (K.). Ueber Hautreflex. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 fév.) — Sur les réflexes cutanés.

Leszynsky (W. M.). Report of a case of brain tumor involving the right lateral ventricle. (*Med. Record*, 30 janv.) — Tumeur cérébrale ayant envahi le ventricule latéral droit.

Löwenfeld (L.). Die psychischen Zwangserscheinungen. In-8°, 568 p. Wiesbaden. — Les obsessions.

Masing (E.). Zur Anwendung der Lumbalpunktion bei Hirntumoren. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 janv.) — Ponction lombaire dans les tumeurs du cerveau.

McCaskey (G. W.). Relationship of epilepsy to chronic gastro-intestinal disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 janv.)

Meinertz (J.). Zur Casuistik der Myokymie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.)

Meyer (E.). Ueber cytodiagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er fév.)

Moll van Charante (G. H.). Een bijzonder geval van facialis-paralyse. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 janv.) — Cas singulier de paralysie faciale.

Mouratoff (W. A.). Contribution à l'étude de la démence catatonique. (*Arch. de neurol.*, janv.)

Müller (G.). Ein Fall von Unfall-Hysterie nach Schenkelhalsbruch auf suggestiver Grundlage. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, janv.) — Hystérie par suggestion à la suite d'une fracture du col du fémur.

Niccolò (M.). Sopra un caso di tumore cerebrale. (*Gazz. degli Osped.*, 24 janv.)

Obersteiner (H.). Arbeiten aus dem neurologischen Institute (Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems) an der Wiener Universität. T. X. In-8°, 498 p. avec fig. Vienne.

Pascoletti (S.). Coma epilettico simulante un attacco di apoplessia cerebrale. (*Gazz. degli Osped.*, 31 janv.)

Pelnár (J.). Dva pripady mozeckovych nádoru s autopsii. (*Casopis lékaru ceskych*, 2 janv.) — Hémi-asynergie d'origine cérébelleuse avec autopsie.

Pic (A.) et **Bonnamour** (S.). Des troubles médullaires de l'artériosclérose ; la parésie spasmodique des athéromateux. (*Rev. de méd.*, janv. et fév.)

Poli (C.). Due casi di emiplegia faringo-laringea associata ad altre turbe nervose. (*Policlinico*, partie méd., XI, 2.)

Popoff (S.). Ueber amnestische Aphasie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.)

Pressey (A. J.). Report of 10 cases of morphinism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 janv.) — 10 cas de morphinomanie.

Räcke. Das Verhalten der Sprache in epileptischen Verwirrtheitszuständen. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 fév.) — Etat de la parole dans la confusion mentale des épileptiques.

Raymond (F.). Tumeur cérébrale avec abolition des réflexes tendineux. (*Arch. de neurol.*, janv.)

Savill (Th. D.). Hysterical skin symptoms and eruptions. (*Lancet*, 30 janv.) — Manifestations cutanées d'origine hystérique.

Sawyer (J.). Insomnia; its cause and cure. In-8°, 66 p. Londres.

Sieber (E.). Tezká polyneuritis s príznaky vyhradne motorickymi puvodu arsenového. (*Casopis lékaru ceskych*, 9 janv.) — Un cas de névrite arsenicale avec prédominance des symptômes moteurs.

Soesman (F. J.). Een geval van vermoedelijke atrophia cerebelli op arterio-sclerotischem boden. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 fév.) — Un cas d'atrophie probable du cervelet d'origine artériosclérotique.

Sollier (P.). Théorie physiologique de l'hystérie. (*Journ. de neurol.*, 5 janv.)

Soukhanov (S.). Sur les états d'obsession par contraste dans la mélancolie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 janv.)

Verger (H.). Essai de classification de quelques névralgies faciales par les injections de cocaïne *loco dolenti*. (*Rev. de méd.*, janv. et fév.)

Waugh (W. F.). Seasickness. (*Med. News*, 9 janv.) — Mal de mer.

Weber (F. Parkes). A case of erythromelalgia, illustrating its relation to Raynaud's symptomcomplex : « diffusion » of the phenomena during the period of exacerbation. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév.)

Yanniris (M.). L'aliénation mentale en Grèce; étude statistique. (*Ann. méd.-psychol.*, janv.-fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Lang. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Band : Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. In-8°, 399 p. avec fig. Wiesbaden. — Traité des maladies vénériennes.

Oppenheim (M.). Ueber eine eigentümliche Form der Hautatrophie bei Lepra (Dermatitis atrophicans leprosa universalis). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2.)

Schein (M.). Das Wachstum der Haare in der Achselhöhle und der angeborene Defekt der Brustmuskeln. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 3.) — La croissance des poils axillaires et l'absence congénitale des muscles pectoraux.

Schücking (A.). Hochgradige Hautverfärbung nach Injektion von Nebennierenextrakt. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 fév.) — Coloration [bleue] intense de la peau après injection d'extrait surrénal.

Selitzky (A.). De la curabilité du favus (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Spiegler (E.). Ueber die wissenschaftlichen Grundlagen der Kosmetik. (*Wien. med. Presse*, 10 janv.)

Tomasczewski (E.). Ueber Quecksilberexantheme und Quecksilberidiosynkrasie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 5-6.) — Sur les exanthèmes hydrargyriques et l'idiosyncrasie à l'égard du mercure.

Van Harlingen (A.). A case of seborrhœa nigricans (black mask of the face). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Watson (Chalmers). Keratosis pilaris, with special reference to the vascular changes in the skin. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv.)

Welander (E.). Insonte oberflächliche (Ano-) Genitalgeschwüre bei Frauen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 3.) — Ulcérations superficielles non vénériennes de la région (ano-)génitale chez la femme.

CHIRURGIE

Kisch (J.). Ueber das Genu recurvatum osteomyeliticum. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.)

Monguidi (C.). Rendiconto statistico dell'Ospedale maggiore di Parma (2° riparto chirurgico) per il triennio 1901-1903. In-8°, 24 p. Parme.

Mori (A.). Un altro caso di cirrosi epatica con ernia ombelicale curato chirurgicamente. (*Gazz. degli Osped.*, 24 janv.)

Moszkowicz. Ein Frühsymptom der schweren Fälle von Perityphlitis; vorläufige Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 janv.) — Un signe précoce de la pérityphlite grave.

Neck. Ueber operativ behandelte Fälle von Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.) — Traitement chirurgical de la perforation de la vésicule biliaire (contenant des calculs) dans la cavité abdominale.

Nikonov (S.). Un cas d'appendicite perforante avec hémorrhagie abondante dans la cavité abdominale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 janv.)

Oberst. Das Aneurysma der Subclavia. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.) — L'anévrysme de l'artère sous-clavière.

Oppenheim (A.). Perityphlitis, Peritonitis, Meteorismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er fév.)

Paton (E. P.). The surgical treatment of perigastric adhesions. (*Lancet*, 6 fév.) — Le traitement chirurgical des adhérences périgastriques.

Pearce (F. S.) et **Buckley** (A. C.). Carcinoma of spine and meninges secondary to cancer of the breast. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 janv.) — Métastases du rachis et des méninges dans le cancer du sein.

Pel (P. K.). De behandeling der perityphlitis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 13 fév.) — Traitement de l'appendicite.

Pölzl (Anna). Ueber ein kongenitales Amputationsneurom. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 fév.)

Pond (E. M.). Early operations in abdominal troubles. (*Med. Record*, 23 janv.) — Opérations précoces dans les affections abdominales.

Powers (Ch. A.). Interscapulo-thoracic amputation for sarcoma. (*Med. News*, 23 janv.)

Pozzan (E.). Amputazione interscapulo-toracica per ferita da strappamento dell'arto superiore. (*Gazz. degli Osped.*, 7 fév.)

Prutz (W.) et **Ellinger** (A.). Ueber die Folgen der Darmgegenschaltung; 2. Mitteilung; zugleich ein Beitrag zur Frage der sogenannten Antiperistaltik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 2.)

Reich (A.). Ueber Leukocytenzählungen und deren Verwertbarkeit bei chirurgischen Affektionen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.) — La numération des leucocytes et son utilité dans les affections chirurgicales.

Rome (R.). Excision of tuberculous mass from liver. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Résection d'une masse tuberculeuse du foie.

Rostovtzev (M.). Les hernies de l'appendice vermiculaire (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3 janv.)

Rotgans (J.). Het klinische beeld der appendicitis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 janv.) — Le tableau clinique de l'appendicite.

Roth (H.). Acute suppurative thyroiditis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Sauerbruch (F.). Ueber die Ausschaltung der schädlichen Wirkung des Pneumothorax bei intrathorakalen Operationen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 13 fév.) — Elimination de l'influence nocive du pneumothorax dans les opérations intra-thoraciques.

Schiele (G. W.). Dauermagensonde bei Striktur der Speiseröhre. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 fév.) — La sonde à demeure dans le rétrécissement œsophagien.

Schlatter (C.). Meniscusluxationen des Kniegelenks. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Luxation des ménisques articulaires du genou.

Schopf (F.). Wann soll ein verletztes Glied amputiert werden? (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 fév.) — Quand faut-il amputer un membre blessé?

Scott (J. A.). A case of purulent pericarditis, secondary to pneumonia, with operation and recovery. (*New York Med. Journ.*, 30 janv.)

Sebor (J.). O diagnostickém vyznamu leukocytosy pri perityflitide a nekterych gynaekologickych affekcich. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 et 20 fév.) — Valeur diagnostique de la leucocytose dans l'appendicite.

Sikemeier (E W.). Bijdrage tot de kennis van de desinfectie der huid. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 janv.) — Désinfection de la peau.

Smith (E. Noble). Management of lateral curvature of the spine, stooping, and development of chest in phthisis. In-8°, 142 p. Londres. — Traitement de la déviation latérale du rachis chez les phtisiques.

Spanton (W. D.). Some practical points associated with appendicitis. (*Brit. Med. Journ.*, 6 fév.)

Spiller (W. G.). A report of five cases of tumor of the brain, with operation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — 5 observations de tumeurs du cerveau avec opération.

Starck (H.). Bericht über ösophagoskopische Diagnostik. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 fév.) — L'œsophagoscopie.

Steiner (L.). Ueber einen Fall von Mitbewegung der Sonde synchron den Atembewegungen bei Oesophagus-Karzinom. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 fév.) — Mouvements synchrones communiqués à la sonde par la respiration dans un cas de cancer de l'œsophage.

Stern (M J.). The diagnosis and treatment of gallstones. (*Amer. Medicine*, 30 janv.) — Diagnostic et traitement de la lithiase biliaire.

Taylor (W. J.). Report of a case of tumor of the brain, an endothelioma of the dura; operation; recovery; death in 108 days from recurrence of the disease. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Endothéliome de la dure-mère; opération; guérison; mort 108 jours après par récidive.

Tzitrine (M.). Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen avec prolapsus de l'épiploon (en russe). (*Prakt. Vratch*, 31 janv.)

Vogel (K.). Zur Pathologie und Therapie der Luxatio coxae congenita. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Launois (P.-E.) et **Mulon** (P.). Etude sur l'hypophyse humaine à la fin de la gestation. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, janv.)

Lawrie (J. M.). Remarks on 5 successful hysterectomies for fibroid disease in one family. (*Brit. Med. Journ.*, 13 fév.) — 5 cas d'hystérectomie, suivis de guérison, pour corps fibreux dans une même famille.

Lecène (P.). Sur la présence de tissu thyroïdien dans la paroi des kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, janv.)

Lee (G. H.). Some observations on the anatomy, physiology and repair of the pelvic floor. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, fév.) — L'anatomie, la physiologie et la reconstitution du plancher pelvien.

Lvov (I.). Traitement des métrorrhagies de la ménopause (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3 et 10 janv.)

Maly (G. W.). Beitrag zur Frage der Nachteile der Ventrofixatio uteri. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 janv.) — Inconvénients de l'hystéropexie abdominale.

Marchand (F.). Ueber Verdoppelung der Vagina bei einfachem Uterus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 fév.) — Cloison vaginale avec utérus unique.

Meyer-Wirz. Klinische Studie über Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 1.)

Ostrcil (A.). Rektifikace oblicejovych poloh zevnimi hmaty. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 et 20 fév.) — La rectification de la présentation de la face par les manœuvres externes.

Pettazzi (A.). Vomiti gravidici; guarigione con glicerolato di ittiolo. (*Policlinico*, 6 fév.)

Phillips (J.). A case of ovarian « fibroid » tumour removed by posterior colpotomy; subsequent pregnancy. (*Lancet*, 6 fév.) — Ablation d'une tumeur fibroïde de l'ovaire par la colpotomie postérieure; grossesse ultérieure.

Queisner (A. H.). Aetiologie und Therapie des Puerperalfiebers. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Richardson (M. H.). Intermittent hydronephrosis; uterine fibroid. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 janv.)

Rosenfeld (W.). Isolierte Ruptur des Sphincter ani externus intra partum. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 janv.)

Roubal (R.). Erysipelas puerperale. (*Casopis lékaru ceskych*, 30 janv.)

Schäffer (O.). Ergebnisse hämatologischer Untersuchungen für die Aetiologie und Pathologie der Senkung der weiblichen Genitalien. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 1.) — Recherches hématologiques sur l'étiologie et la pathologie du prolapsus génital de la femme.

Schallehn. Zur mikroskopischen Diagnose der Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Le diagnostic microscopique de la grossesse.

Steidl (K.). Zur Alexander-Adams'schen Operation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Stewart (D. H.). An antiseptic toilet for the hands and vulva. (*Med. Record*, 30 janv.) — Désinfection des mains et de la vulve.

Storer (M.). On some questions relative to extra-uterine pregnancy, with especial reference to tubal abortion. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 7 janv.)

Swain (J.). 50 consecutive intra-abdominal operations on the ovaries, Fallopian tubes, and broad ligaments. (*Brit. Med. Journ.*, 13 fév.) — 50 laparotomies pour affections des ovaires, des trompes et des ligaments larges.

Sweeny (T. H.). Ovaro-hysterectomy (Porro). (*Brit. Med. Journ.*, 13 fév.)

Tzeidler (G.). L'occlusion intestinale aiguë dans ses rapports avec les affections des organes génitaux de la femme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 janv.)

Unterberger. Supravaginale Amputation des myomatösen Uterus wegen Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Amputation sus-vaginale de l'utérus myomateux gravide.

Völker (H.). Tetanie in der Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Tétanie et grossesse.

Weber (C.). Ein abgerissener Kopf im Parametrium. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 fév.) — Pénétration, dans le ligament large, de la tête fœtale après arrachement.

Werneck (F.). Tratamento das fistulas vesico-vaginaes. (*Brazil-medico*, 1er et 8 janv.)

Westphal. Eklampsie und vaginaler Kaiserschnitt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 fév.) — Eclampsie et opération césarienne vaginale.

Wetherill (H. G.). Intrauterine flushing and drainage for infection : the passing of the curet and douche. (*Amer. Medicine*, 30 janv.) — Irrigations et drainage intra-utérins dans l'infection de l'utérus; emploi de la curette et de la douche.

Willson (R. N.). The significance of urinanalysis in pregnancy, with especial reference to eclampsia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Valeur de l'analyse des urines pendant la grossesse, notamment dans l'éclampsie.

Winckel (F. von). Handbuch der Geburtshülfe. T. Ier, 2e partie. In-8°, p. 659 à 1301, avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Traité d'obstétrique.

Wormser (E.). Zur modernen Lehre von der Eklampsie. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Les théories modernes sur l'éclampsie.

PÉDIATRIE

Fedele (N.). Intorno alla « produzione sottolinguale » o « morboso del Riga » o « malattia del Fede ». (*Pédiatria*, janv.)

Ritter (G. von). Zur Kenntnis der progressiven spinalen Muskelatrophie im frühen Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 2.) — Sur la paralysie spinale progressive de la première enfance.

Rothschild (H. de). Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge. T. Ier. In-8°, XXVI-756 p. avec fig.

Siegert (F.). Beiträge zur Lehre von der Rachitis : Natürliche Ernährung und Rachitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 2.)

Sill (E. M.). Infantile bronchitis. (*New York Med. Journ.*, 6 fév.)

Thomas (W.). On congenital occlusion of the œsophagus. (*Lancet*, 6 fév.)

Thümer (C. A.). Zur Behandlung der diphtherischen Stenosen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 2.) — Traitement des rétrécissements post-diphtéritiques [du larynx].

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Royet. Du danger des aspirations de liquides par le nez. (*Lyon méd.*, 24 janv.)

Shambaugh (G. E.). The distribution of blood vessels in the labyrinth of the ear. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 janv.) — Les vaisseaux sanguins du labyrinthe.

Snow (S. F.). The great value of drainage and ice in the early stages of mastoiditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 janv.) — Valeur du drainage et des applications de glace au début de la mastoïdite.

Tuixans (J.). Influencia de la hipertrofia de las amigdalas en el crecimiento. (*Medicina de los niños*, janv.) — Influence de l'hypertrophie des amygdales sur la croissance.

Turner (A. L.). A contribution to the pathology of « bone cysts » in the accessory sinuses of the nose. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct., nov. et déc. 1903 et janv.) — Les kystes osseux dans les cavités accessoires du nez.

Voïatchek (V.). De la résection sous-muqueuse de la cloison nasale (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, janv.)

Zuppinger (K. A.). Ueber Laryngitis aphthosa. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 fév.)

Zwillinger (H.). Ueber die Beziehungen der hyperplastischen Rachentonsille zum Stottern. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 fév.) — Rapports de l'hypertrophie des amygdales avec le bégaiement.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Albers-Schönberg. Der diagnostische Wert der Röntgenuntersuchungen für die innere Medizin. In-8°, 30 p. Berlin. — Valeur diagnostique de la radioscopie en médecine interne.

Bergonié. Effets des rayons X dans le cancer du sein. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 fév.)

Bordier (H.). Efficacité de la galvano-faradisation dans le traitement de la constipation habituelle et de l'entérocolite muco-membraneuse. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 fév.)

Eck (A.). Traitement de l'insuffisance du myocarde par des bains avec courant interrompu sinusoïdal triphasé (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 janv.)

Exner (A.). Ueber die Behandlung von Oesophaguskarzinomen mit Radiumstrahlen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 janv.)

Ferrannini (L.). La cataforesi come metodo di cura locale nelle malattie di stomaco; nota preventiva. (*Riforma med.*, 6 janv.)

Pauchet (V.). Radiographie d'un hallux valgus double opéré trois ans auparavant; aspect normal du pied par régénération des têtes métatarsiennes réséquées. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Sorgo (J.). Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit reflektiertem Sonnenlichte; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 janv.) — Héliothérapie de la laryngite tuberculeuse.

Tracy (S. G.). Thorium : a radio-active substance with therapeutical possibilities. (*Med. Record*, 23 janv.)

Vale (F. P.). A brief note on the X-ray treatment of glandular tuberculosis. (*Med. News*, 30 janv.) — Radiothérapie contre l'adénite tuberculeuse.

GÉNÉRALITÉS

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XX, fasc. 3. In-8°, p. 387 à 572, avec fig. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Gulick (L. H.). The bicycle as a therapeutic agent. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 janv.)

Kühn (O.). Medizinisches aus der altfranzösischen Dichtung. In-8°, 147 p. Breslau.

24e ANNÉE. — N° 14. **Vingt centimes le numéro.** 6 AVRIL 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro est exclusivement consacré à la Littérature médicale.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Boutron, pharmacien supérieur de 1re classe, est nommé professeur de pharmacie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur L. Korczynski, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Bruno Henneberg, privatdocent d'anatomie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Karl Wernicke, professeur à la Faculté de médecine de Breslau, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Th. Ziehen.

M. le docteur A. Siegert, privatdocent à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur extraordinaire de pédiatrie.

Faculté de médecine de Tubingue. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les privatdocenten Hugo Lüthje (*médecine interne*), Bernhard Honsell (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Daniele Bajardi, professeur extraordinaire de pathologie externe, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Ernst Finger, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, en remplacement de M. I. Neumann, démissionnaire.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Carlo Tonarelli (*pathologie externe*); Giuseppe Guicciardi (*obstétrique et gynécologie*).

Université de Cambridge. — M. le docteur H. K. Anderson est nommé lecteur de physiologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

PHYSIOLOGIE

Albarran (J.). Recherches sur le fonctionnement normal comparé des deux reins. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 janv.)

Bonnier (P.). Le sens des attitudes. In-8°, 121 p.

Cavazzani (E.). Il nucleone nei centri nervosi. (*Gazz. degli Osped.*, 14 fév.)

Kimura (T.). Untersuchungen der menschlichen Blasengalle. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — Recherches sur la bile vésiculaire de l'homme.

Morawitz (P.). Beiträge zur Kenntnis der Blutgerinnung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 1-2, 3-4 et 5-6.) — Sur la coagulation du sang.

Seegen (J.). Die Zuckerbildung in der Leber unter Alkohol. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 fév.) — La glycogénie hépatique sous l'influence de l'alcool.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Baumgarten (P. von). Arbeiten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bacteriologie aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Tübingen. T. IV, 3e fasc. In-8°, p. 229 à 422, avec fig. Leipzig.

Francesohini (G.). Contributo alla istologia patologica del cordone ombelicale nella sifilide. (*Gazz. degli Osped.*, 28 fév.)

Grohé (B.). Die elastischen Fasern bei der Knochenregeneration. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Les fibres élastiques dans la régénération osseuse.

Hallé (N.) et **Motz** (B.). Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er et 15 déc. 1902; 1er et 15 avril 1903; 1er et 15 fév.)

Hansemann (von). Das gleichzeitige Vorkommen verschiedenartiger Geschwülste bei derselben Person. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 3.) — De l'existence simultanée de plusieurs tumeurs différentes chez le même individu.

Hirtz (E.), **Delamare** (G.) et **Génevrier** (J.). Recherches sur un cas de leucémie aiguë (lymphadénie avec oligolymphocytémie, hépatosplénomégalie). (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Kahiden (C. von) et **Gierke** (E.). Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate. 7e éd. In-8°, 199 p. Iéna.

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (Jahrgang 1902). In-8°, 713 p. Wiesbaden. — Progrès de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique de l'homme et des animaux pendant l'année 1902.

Paris (A.) et **Salomon** (M.). Etude histologique des organes hématopoïétiques chez l'enfant syphilitique héréditaire. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Siewert (A. K.). Ueber einen Fall von Bronchiectasie bei einem Patienten mit Situs inversus viscerum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 fév.) — Un cas de bronchectasie [congénitale] avec transposition des viscères.

Störk (O.). Melano-Sarkomatosis Piae matris. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 fév.)

Thoinot et **Delamare** (G.). Cancer du sein avec métastases hypophysaires, para-hypophysaires et osseuses (crânio-fémorales). (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Tripier (R.). Traité d'anatomie pathologique générale. In-8°, 1015 p. avec fig.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Achard (Ch.) et **Gaillard** (L.). Rétention locale des chlorures provoquée par l'injection d'autres substances. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Friedberger (E.). Ueber die Intensität der Choleraamboceptorenbildung beim Kaninchen unter dem Einflusse der Alkoholisirung und der Mischimpfung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 mars.) — Influence de l'alcool et de l'infection mixte sur la production des anticorps dans le choléra du lapin.

Garbarini (E.). L'esclusione dell'intestino; contributo sperimentale. (*Morgagni*, janv. et fév.)

Gilbert (A.) et **Lion** (G.). Note sur l'athérome artériel expérimental. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Heinz (R.). Handbuch der experimentellen Pathologie und Pharmakologie. T. Ier, 1re partie. In-8°, 479 p. avec fig. Iéna.

Link (R.). Wird bei Kaninchen und Meerschweinchen experimentell hervorgerufene Tuberkulose durch Injektionen von Hundeblutserum beeinflusst? (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — La tuberculose expérimentale provoquée chez le lapin et le cobaye est-elle influencée par des injections de sérum sanguin de chien?

Lœper (M.) et **Crouzon** (O.). L'action de l'adrénaline sur le sang. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Héricourt (J.). Les frontières de la maladie; maladies latentes et maladies atténuées. In-8°, 285 p. E. Flammarion.

Kraus (R.) et **Lipschütz** (B.). Ueber Bakterienhämolysine und Antihämolysine; 4. Mitteilung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 1.)

Kullmann. Ueber Hämolyse durch Carcinomextracte; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 fév.) — Hémolyse par extraits cancéreux.

Lang (G.). Beobachtungen über die Wasserausscheidung durch Haut und Lungen unter dem Einflusse des Fiebers und einiger anderer Faktoren. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — Recherches sur la perspiration cutanée et pulmonaire sous l'influence de la fièvre et de quelques autres facteurs.

Manuilow (A.). Die Mortalität in Folge von Krebsleiden in den Petersburger städtischen Hospitälern für die Jahre 1890-1900. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 1.) — La mortalité par cancer dans les hôpitaux municipaux de Saint-Pétersbourg de 1890 à 1900.

MÉDECINE

Benedict (A. L.). A new method of gastric proteolysis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Bouveret (L.). Néphrite aiguë; rapide résorption des œdèmes avec éclampsie. (*Lyon méd.*, 21 fév.)

Curlo (G.). Sopra un caso di leucemia subacuta. (*Gazz. degli Osped.*, 14 fév.)

Dawe (F. S.) et **Austin** (E. C.). 70 cases of lobar pneumonia: an analysis of the clinical features and postmortem changes. (*Lancet*, 20 fév.)

Forsyth (A.). Cæcal concretions. (*Lancet*, 20 fév.)

Froussard. L'entérocolite muco-membraneuse. In-12, 104 p. A. Maloine.

Gemmel. Einige bemerkenswerte Fälle von Gicht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 7 mars.) — Quelques cas remarquables de goutte.

Gross (A.). Ueber Angina ulcero-membranosa. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.)

Heller (A.). Ueber ein traumatisches Aortenaneurysma und traumatische Insuffizienz der Aortenklappen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — Anévrysme traumatique de l'aorte et insuffisance des valvules aortiques d'origine traumatique.

Hering (H. E.). Ueber kontinuirliche Herzbigeminie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — Du rythme couplé du cœur à l'état permanent.

Högerstedt (A.). La technique du dosage de l'albumine dans l'urine et dans d'autres liquides d'après le procédé de Brandberg (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 janv.)

Kemp (R. C.). Fluorescin in transillumination of the stomach. (*New York Med. Journ.*, 13 fév.)

Knöpfelmacher (W.). Alimentäre Glykosurie und Myxödem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 mars.)

Lenhartz (H.). Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. 4e éd. In-8°, 377 p. avec fig. Berlin. J. Springer. — Manuel clinique de microscopie et de chimie.

Mayer (A.). Ueber die Menge des Rhodans im menschlichen Speichel und Harn bei Gesunden und in einigen Krankheitszuständen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — Sur la quantité de sulfocyanure contenue dans la salive et l'urine à l'état normal et dans quelques états pathologiques.

Maylard (A. E.). Congenital narrowness of the pyloric orifice a cause of chronic gastric disease in the adult. (*Brit. Med. Journ.*, 20 fév.) — Le rétrécissement congénital du pylore comme cause d'affection chronique de l'estomac chez l'adulte.

McCrae (J.), **Fyshe** (J. C.) et **Ainley** (W. E.). Acute lobar pneumonia: an analysis of 486 cases, and of 100 autopsies. (*Amer. Medicine*, 23 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bandi (I.). Klinisch-experimentelle Studien über die Aetiologie und Pathogenesis des gelben Fiebers. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 1.) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie de la fièvre jaune.

Beckmann (H.). Das Eindringen der Tuberkulose und ihre rationelle Bekämpfung, nebst kritischen Bemerkungen zu E. von Behring's Tuberkulosebekämpfung. In-8°, 47 p. Berlin. — La porte d'entrée de la tuberculose et la lutte contre cette maladie infectieuse; considérations critiques sur le procédé préconisé dans ce but par M. von Behring.

Collie (A.). Infectivity of enteric fever. In-8°, 48 p. Londres.

Dupuy (J. T.). La fièvre jaune; étude basée sur des observations personnelles. In-18, 85 p. avec graphiques.

Jürgens. Zur Aetiologie und Pathogenese des Abdominaltyphus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 1-2.)

Meira (R.). Un caso grave de dysenteria; cura. (*Gazeta clinica*, fév.)

Ostaptchouk (V.). Contagion naturelle par la malaria dans un hôpital au mois de novembre (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 janv.)

Piatkowski (S.). Lykopodium und Tuberkelbazillen im Sputum. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 13 fév.)

Priefer. Aetiologie, Incubationszeit und klinische Krankheitserscheinungen bei einer Typhusepidemie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 1.)

Rüdel (O.). Das Schleimhautexanthem der Masern. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mars.) — L'énanthème de la rougeole.

Ruhemann (J.). Die endemische (sporadische) Influenza in epidemiologischer, klinischer und bakteriologischer Beziehung. (*Wien. Klinik*, janv. et fév.)

Schlüter (R.). Ueber den diagnostischen Wert der Tuberkulinreaktion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 fév.) — Valeur diagnostique de la tuberculine.

Zinno (A.). La peste à Naples en 1901; recherches historico-critiques, cliniques et expérimentales. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bernhardt (M.). Ueber einige seltener vorkommende peripherische Lähmungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 mars.) — Sur quelques paralysies périphériques rares.

Bouchaud. Un cas de tétanos céphalique avec diplégie faciale. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

Brüning (H.). Ueber angeborenen, halbseitigen Riesenwuchs. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mars.) — Gigantisme congénital unilatéral.

Bureau (G.). Un cas de lipomatose symétrique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 fév.)

Frank (K.). Zur Kenntnis der Chorea chronica progressiva. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 mars.)

Ganser. Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Sur les états crépusculaires de nature hystérique.

Gordon (A.). Contribution to the study of « spondylose rhizomélique ». (*Med. Record*, 13 fév.)

Heveroch (A.). Zvláštní typ degenerovanosti. (*Casopis lékaru ceskych*, 20 fév.) — Un cas de dégénérescence mentale.

Hrach. Ueber einen Fall von angeborener neurotischer Hemiatrophie. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 fév.) — Un cas d'hémiatrophie congénitale d'origine névropathique.

Lannois (M.) et **Porot** (A.). Sur les hémispasmes de la face; hémispasme facial vrai; hémispasme facial hystérique. (*Lyon méd.*, 7 fév.)

Ortali (C.). Sugli equivalenti epilettici. (*Gazz. degli Osped.*, 24 janv.)

Vogt (R.). Degenerative grændsetilstande. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.) — Les états de dégénérescence [mentale].

Zelensky (R.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques du cerveau (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bloch (I.). Das erste Auftreten der Syphilis (Lustseuche) in der europäischen Kulturwelt. In-8°, 35 p. Iéna. — La première apparition de la syphilis dans l'Europe civilisée.

Bureau (M. et G.). Syphilis maligne précoce. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 fév.)

Hermann (J.). Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung ohne Quecksilber. 2e éd. In-8°, 165 p. Leipzig. — Les maladies vénériennes et leur traitement sans mercure.

Hochsinger (C.). Studien über die hereditäre Syphilis. 2. Teil : Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis. In-8°, 567 p. avec fig. Vienne. — Lésions osseuses et troubles moteurs dans la syphilis congénitale précoce.

Horand (R.). L'agent pathogène de la syphilis est un hémoprotiste. (*Lyon méd.*, 21 fév.)

Jacob (F. H.). Notes on the etiology of lupus and on cases treated by the X rays and Finsen light. (*Lancet*, 20 fév.)

CHIRURGIE

Amberg (H.). Ein Fall von Skolikoiditis perforativa in einer Schenkelhernie und dessen Beziehungen zur Enteroptose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — Appendicite avec perforation dans un cas de hernie crurale et ses rapports avec l'entéroptose.

Andreoli (I.). Cisti multiloculare del pancreas guarita con l'estirpazione totale; calcolosi pancreatica. (*Policlinico*, 20 fév.)

Arregger (J.). Beitrag zur Kenntnis der zentralen Luxation des Oberschenkels im Hüftgelenk. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 5-6.) — Sur la luxation coxo-fémorale centrale.

Bakes (J.). Zur Frage der mechanischen Netzverlagerungen bei Trendelenburg'scher Position. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Les déplacements de l'épiploon dans la position de Trendelenburg.

Bastianelli (P.). Strozzamento acuto di anse del tenue attraverso ad una fessura congenita del mesocolon trasverso essendo il colon trasverso in retroposizione; laparotomia; guarigione. (*Policlinico*, partie chir., XI, 2.) — Etranglement d'une anse de l'intestin grêle dans une fente congénitale du mésocôlon transverse; laparotomie; guérison.

Bayer (E.). Zur Kasuistik und operativen Behandlung der Bauchhöhlenteratome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Casuistique et traitement chirurgical des tératomes abdominaux.

Bockenheimer (Ph.). Der Nervus facialis in Beziehung zur Chirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Anatomie chirurgicale du nerf facial.

Bogoljuboff (W.). Experimentelle Untersuchung über die Anastomosenbildung an den ableitenden Samenwegen; 2. Mitteilung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Recherches expérimentales sur l'anastomose des voies spermatiques.

Chavannaz (G.) et **Guérin**. Lithiase vésiculaire; cholécystectomie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 fév.)

Dietel. Die Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Deckung der Tibiasägefläche mit der Achillessehne. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 5-6.) — Moignons d'amputation utilisables, obtenus en recouvrant la surface de section du tibia par le tendon d'Achille.

Eastman (J. R.). Treatment by direct dilatation of cicatricial œsophageal stricture. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Ekehorn (G.). Die anatomische Form des Volvulus und Darmverschlusses bei beweglichem Cœcocolon ascendens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Sur la variété anatomique du volvulus et de l'occlusion intestinale en cas de mobilité du côlon ascendant.

English (T. C.). The after-effects of head injuries. (*Lancet*, 20 et 27 fév. et 5 mars.) — Suites éloignées des traumatismes de la tête.

Fischl (L.). Typhlitis nach Amputation des Wurmfortsatzes. (*Prag. med. Wochensch.*, 18 fév.) — Typhlite après appendicectomie.

Haberer (H.). Anwendung und Resultate der seit April 1901 an Professor von Eiselsberg's Klinik in Wien ausgeführten lateralen Entero-Anastomosen, nebst einem Anhang über die seit derselben Zeit ausgeführten totalen Darmausschaltungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Technique et résultats des opérations d'entéro-anastomose latérale pratiquées à la clinique de M. von Eiselsberg à Vienne depuis avril 1901; remarques sur les exclusions totales de l'intestin exécutées depuis la même époque.

Halstead (A. E.). Diverticula of the œsophagus. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Hartmann (O.). Ueber einige ösophagoskopische Fälle. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 5-6.) — Sur quelques faits d'œsophagoscopie.

Haubold (H. A.). Operative removal of a tumor of the liver; report of a case of resection of the liver for gumma; cholecystectomy. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Résection du foie pour gomme; cholécystectomie.

Heidenhain (L.). Trepanation unter Lokalanästhesie und Trennung der Galea ohne Blutung. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 5 mars.) — Trépanation avec anesthésie locale et division de l'aponévrose épicrânienne sans hémorrhagie.

Hejda. Narkosa inhalacni. (*Casopis lékaru ceskych*, 27 fév. et 5 mars.) — L'anesthésie générale par inhalation.

Hotchkiss (L. W.). Partial enterocele. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Le pincement latéral de l'intestin.

Kehr (H.). Die Hepato-Cholangio-Enterostomie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 20 fév.)

Terrier (F.) et **Lecène** (P.). Un nouveau cas de kyste juxta-intestinal. (*Rev. de chir.*, fév.)

Thomson (A.) et **Miles** (A.). Manual of surgery. T. Ier. In-8°, 794 p. avec fig. Londres.

Valicourt (de). Observation d'une brûlure étendue du deuxième degré suivie de complications intestinales; guérison; note sur le traitement des brûlures superficielles. (*Gaz. méd. de Picardie*, janv.)

Weber (F.). Traitement opératoire des prolapsus du rectum (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 et 17 janv.)

Whitehead (A. L.). An unusual case of cerebral abscess; bilateral temporo-sphenoidal abscess; operations; recovery. (*Lancet*, 13 fév.)

Wilbert (M. I.). A comparative study of fractures of the extremities. (*Amer. Medicine*, 23 janv.)

Winselmann. Erleichternde Operationen bei unheilbaren Krebskranken. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 fév.) — Opérations palliatives pour cancer inopérable.

Wohl (M.). Ueber Alkoholverbände. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 fév.) — Pansements à l'alcool.

Wood (F. C.). The mixed tumors of the salivary glands. (*Ann. of Surgery*, janv. et fév.)

UROLOGIE

Dehon. Précautions relatives à la récolte des urines en vue de l'analyse chimique, histologique et bactériologique. (*Echo méd. du Nord*, 21 fév.)

Edebohls (G. M.). Nierendekapsulation, Nephrokapsektomie (Edebohls) und Nephrolysis (Rovsing). (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 20 fév.)

Englisch (J.). Ueber eingelagerte und eingesackte Steine der Harnröhre. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Calculs enchâtonnés de l'urèthre.

Heusner (L.). Ein Fall von Prostatotomia infrapubica. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 27 fév.)

Moynihan (B. G. A.). On removal, after suprapubic cystotomy, of the prostate and of the prostatic urethra for senile enlargement of the prostate. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Prostatectomie transvésicale pour hypertrophie sénile de la prostate.

Perez (G.). Sul trattamento chirurgico delle nefriti con speciale riguardo alle cosidette nefralgie e nefralgie ematuriche essenziali. (*Policlinico*, partie chir., XI, 1 et 3.)

Stoker (Sir Thornley). Observations on suprapubic prostatectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 30 janv.)

Strauss (A.). Die epiduralen Injektionen und ihre Anwendung, insbesondere bei Krankheiten der Harnwege. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — Les injections épidurales et leur emploi dans les affections des voies urinaires.

Wechselmann (W.). Ueber Dermoidcysten und paraurethrale Gänge der Genitoperinealraphe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXVIII, 1-2.) — Kystes dermoïdes et conduits para-uréthraux du raphé génito-périnéal.

Zelenski (T.). Zur Aetiologie der Cystitis im Kindesalter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 fév.) — Etiologie de la cystite chez l'enfant.

OPHTALMOLOGIE

Gonin. Lésions oculaires causées par la foudre. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Pfister (J.). Die gegenwärtigen Kenntnisse der Linsenernährung und der Katarakt-Entstehung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Etat actuel de nos connaissances sur la nutrition du cristallin et sur la pathogénie de la cataracte.

Snell (S.). On removal of the crystalline lens in high degrees of myopia, as illustrated in 60 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 27 fév.) — 60 cas d'excision du cristallin pour myopie forte.

Terson. Tuberculose oculaire, suites très éloignées de l'excision d'un tubercule de l'iris. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Velhagen. Ueber die Papillombildung auf der Conjunctiva. In-8°, 24 p. avec fig. Halle.

Wilder (W. H.). The influence of resection of the cervical sympathetic ganglia in glaucoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 et 13 fév.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abraham (O.). Zur Hefetherapie der weiblichen Gonorrhöe. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 fév.) — La levure contre la blennorrhagie de la femme.

Albeck (V.). Ueber die subchorialen Cysten. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 1.) — Sur les kystes placentaires sous-choriaux.

Bäcker (J.). Ruptur der Symphysis während der Geburt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 fév.) — Rupture de la symphyse pendant l'accouchement.

Bluhm (Agnes). Ueber einen Fall von Kastration wegen Molimina menstrualia nach Hysterektomie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Castration pour phénomènes menstruels après hystérectomie.

Bucura (C. J.). Vagitus uterinus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 fév.) — Sur le vagissement intra-utérin.

Budberg (R. von). Ist das Oedem der Vulva während der Geburt ein natürliches Schutzmittel für den Damm oder steigert es gar die Gefahr des Zerreissens? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 fév.) — L'œdème de la vulve pendant le travail concourt-il à la protection du périnée ou bien en augmente-t-il les dangers de rupture?

Campione (F.). Altre tre cesaree Porro in donne osteomalaciche (madri e feti viventi). (*Arch. di ostet. e ginecol.*, janv.)

Eversmann (J.). Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 fév.) — Traitement des ruptures récentes du périnée.

Gürber (A.) et **Grünbaum** (D.). Ueber das Vorkommen von Lävulose im Fruchtwasser. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mars.) — Présence de lévulose dans le liquide amniotique.

Hahn (W.). Zur Frage der Widerstandsfähigkeit des Fötus gegen Erkrankungen der Mutter. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 mars.) — Sur la résistance du fœtus à l'égard des maladies de la mère.

Nebesky (O.). Zur Kasuistik der Bauchhöhlenschwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 fév.) — Observations de grossesse extra-utérine abdominale.

Oehlschläger. Gegen das Erbrechen Schwangerer. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 fév.) — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

Polano (O.). Ueber Pseudoendotheliome des Eierstocks. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 1.) — Les pseudo-endothéliomes de l'ovaire.

Regnoli (A.). Alcune considerazioni sulla operazione cesarea-vaginale (isterocervicotomia) ed una sua nuova applicazione. (*Policlinico*, partie chir., XI, 2.)

Ribemont-Dessaignes (A.) et **Lepage** (G.). Précis d'obstétrique. 6e éd. In-8°, 1423 p. avec fig.

PÉDIATRIE

Biedert (Ch. C.). Some observations on the occurrence of nephritis in infancy. (*Amer. Medicine*, 6 fév.)

Dauber. Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 fév.)

De Garmo (W. B.). Hernia in young children. (*Med. Record*, 13 fév.) — Les hernies chez les enfants en bas âge.

Dessau (S. H.). The antiseptic treatment of pneumonia in infants and children. (*Med. Record*, 13 fév.)

Friedemann (H.). Kephalhämatom älterer Kinder. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mars.)

Gordon (A.). Myxedema complicated with diabetes mellitus occurring in two children; effect of thyroid extract upon both diseases; remarks on the pathogenesis of diabetes. (*Amer. Medicine*, 6 fév.) — 2 cas de myxœdème avec diabète sucré traités par les préparations thyroïdiennes.

Hohlfeld (M.). Zur Pathologie der Nieren bei den Magendarmerkrankungen des Säuglings; 2. Teil. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — Pathologie des reins dans les affections gastro intestinales des nourrissons.

Kintzing (P.). Operation for the radical cure of inguinal hernia in young children. (*Amer. Medicine*, 16 janv.)

Neter (E.) et **Röder** (H.). Ueber die Hautkrankheiten im Säuglingsalter und ihre Behandlung. (*Berlin. Klinik*, mars.) — Les maladies cutanées des nourrissons et leur traitement.

Pick (A.). Ueber einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. In-8°, 28 p. Halle. — Sur quelques psycho-névroses importantes de l'enfance.

Popper (R.). Ueber die Wirkung des Kochens auf die Eiweissstoffe der Kuhmilch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 1.) — Influence de l'ébullition sur les albuminoïdes du lait de vache.

Sobel (J.). Enlargement of the phalanges in rickets. (*Med. News*, 13 fév.) — L'hypertrophie des phalanges chez les rachitiques.

Texier (V.). Des abcès rétro-pharyngiens chez le nourrisson; six observations. (*Gaz. méd. de Nantes*, 13 et 20 fév.)

Trischitta (V.). Febbre gastro-intestinale della seconda infanzia. (*Gazz. degli Osped.*, 14 fév.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Dieu. Spasmes laryngés et pseudophobie au cours du coryza hypertrophique. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 21 fév.)

Etiévant. Obstruction nasale et incontinence d'urine. In-8°, 11 p. Lyon.

Fein (J.). Das angeborene Kehlkopfdiaphragma. In-8°, 67 p. avec fig. Berlin. — Diaphragme congénital du larynx.

Fliess (H.). Die Behandlung der Ozaena mit Hartparaffininjectionen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 mars.) — Le traitement de l'ozène par les injections de paraffine.

Le Bec et **Réal**. A propos de la laryngectomie. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janv.)

Manhenke. Ein Fall von Pyämie nach Operation eines Nasenrachenpolypen. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 fév.) — Pyohémie consécutive à une intervention pour polype nasopharyngien.

Nélaton (C.) et **Ombrédanne** (L.). La rhinoplastie. In-4°, 438 p. avec fig.

HYGIÈNE

Bomstein (I.). La cryoscopie du lait et sa valeur pratique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 janv.)

Flügge (C.). Zur Bekämpfung der Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 fév.) — A propos de la lutte contre la tuberculose.

Monod (H.). La santé publique (législation sanitaire de la France). In-8°, 374 p. Hachette et Cie.

Volante (G.). L'igiene del minatore. In-8°, 25 p. Domodossola.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brazil (V.). Da serumtherapia no envenenamento ophidico. (*Brazil-medico*, 15 et 22 janv.)

Fewson (von). Nierenverletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15, 18 et 22 fév.) — Les blessures du rein au point de vue médico-légal.

Hauser (G.). Ueber einige Erfahrungen bei Anwendung der serodiagnostischen Methode für gerichtliche Blutuntersuchungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 fév.) — Emploi du sérodiagnostic pour l'examen du sang en médecine légale.

Kramer (A.). Was leistet Kali hypermanganicum als Morphiumantidot? (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 13 fév.) — Le permanganate de potasse comme antidote de la morphine.

Marx (H.) et **Ehrnrooth** (E.). Eine einfache Methode zur forensischen Unterscheidung von Menschen- und Säugetierblut; 1. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 fév.) — Procédé simple et applicable en médecine légale pour la différenciation du sang de l'homme d'avec celui des mammifères.

Price (J. W.) et **L'Engle** (E. M.). A fatal case of poisoning with oil of gaultheria. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Empoisonnement mortel par l'essence de gaulthérie.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Arndt (G.). Das Eserin in der Behandlung der postoperativen Darmparalyse. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 mars.) — L'ésérine contre l'atonie intestinale post-opératoire.

Bum (A.). Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege. 3e partie. In-8°, p. 961 à 1448, avec fig. Vienne.

Chandler (S.). Trunecek's serum. (*New York Med. Journ.*, 13 fév.)

Coley (Th. L.). The dietetic treatment of arteriosclerosis. (*Med. News*, 13 fév.)

Drouin et **Langevin**. Un cas de tétanos traité par les injections intra-rachidiennes et paranerveuses de sérum antitétanique. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 21 fév.)

Gauducheau (A.). Sur le lavage antiseptique de l'intestin; 4e mémoire. In-8°, 19 p. Hanoï.

Lane (W. A.). An effectual means of dealing with the conditions of chronic obstruction of the large bowel, resulting from the adhesions which develop in consequence of chronic constipation. (*Lancet*, 2 janv.) — Traitement de l'obstruction chronique du gros intestin due à des adhérences chez des constipés chroniques.

Lemoine (G.). Saignée veineuse ou phlébotomie. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Lipowski (J.). Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Begründung und Technik. 2e éd. In-8°, 284 p. Berlin. J. Springer. — Eléments de thérapeutique médicale.

Mackie (F. P.). The use of antistreptococcic serum in the treatment of scarlet fever and of diphtheria. (*Lancet*, 20 fév.)

Meyer (E.). Beitrag zur medicamentösen Behandlung von Neuralgien und Myalgien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 fév.)

Petruschky (J.). Koch's Tuberkulin und seine Anwendung beim Menschen. (*Berlin. Klinik*, fév.) — La tuberculine de Koch et ses applications chez l'homme.

Rochester (D.). Treatment of pneumonia. (*Med. News*, 13 fév.)

Zaoussaïlov (M.). Traitement de la chorée par le salicylate de soude (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 fév.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Chardin (Ch.). Précis d'électricité médicale. In-12, 835 p. avec fig.

Coley (W. B.). Late results of X-ray treatment of sarcoma. (*Med. News*, 6 fév.) — Résultats éloignés de la radiothérapie du sarcome.

Dennett (D. C.). Radiotherapy. (*Med. Record*, 13 fév.)

Exner (A.). Ueber die Art der Rückbildung von Karzinommetastasen unter der Einwirkung der Radiumstrahlen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 fév.) — Sur le mécanisme de la régression des métastases cancéreuses sous l'influence des radiations du radium.

Inglis (J.). Radium and radiant energy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 fév.)

Mann (L.). Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. In-8°, XXV-161 p. avec fig. Vienne.

Neisser (A.) et **Halberstädter**. Mitteilungen über Lichtbehandlung nach Dreyer. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 fév.) — Sur la photothérapie par le procédé de Dreyer.

Williams (F. H.). Some of the physical properties and medical uses of radium salts; with report of 42 cases treated by pure radium bromide. (*Med. News*, 6 fév.) — Les propriétés physiques et les applications médicales des sels de radium.

BACTÉRIOLOGIE

Angelici (G.). I bacilli fusiformi di Vincent-Miller nell'uomo e negli animali. (*Policlinico*, 20 fév.)

Hesse (G.). Beiträge zur Herstellung von Nährböden und zur Bakterienzüchtung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 1.) — Préparation des milieux de culture et cultures microbiennes.

Lehmann (K. B.) et **Neumann** (R. O.). Atlas und Grundriss der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. 3e éd. 2 vol. In-8°, 623 p. avec planches. Munich.

Néviadomsky (P.). Contribution au diagnostic différentiel entre le bacille de la tuberculose et le bacille du smegma (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 1.)

Prescott (S. C.) et **Baker** (S. K.). On some cultural relations and antagonisms of Bacillus coli and Houston's sewage streptococci; with a method for the detection and separation of these microorganisms in polluted waters. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.)

Schottelius. Bakteriologische Untersuchungen über Masernkonjunktivitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mars.) — Recherches bactériologiques sur la conjonctivite morbilleuse.

Schottmüller (H.). Zur Aetiologie der akuten Gastroenteritis (Cholera nostras); zugleich ein Beitrag über die Beziehungen des B. enteritidis Gärtner zum B. paratyphosus alcalifaciens (oder Typus B). (*Münch. med. Wochensch.*, 16 et 23 fév.)

Sovinsky (Z.). La toxine du bacille du chancre mou (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 janv.)

Weaver (G. H.). Agglutination of streptococci, especially those cultivated from cases of scarlatina, by human sera. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.)

Winslow (C. A.) et **Belcher** (D. M.). Changes in the bacterial flora of sewage during storage. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Bruchon (H.). Un médecin cogouverneur de Besançon au XVIIe siècle; étude sur Jean Garinet (1575-1657). In-8°, 23 p. Besançon.

Croisier. La chirurgie crânienne à l'époque néolithique. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 31 janv.)

Kuhn. La quinine dans les affections puerpérales; Alphonse Leroy et l'ancienne Maternité de Rouen. (*Normandie méd.*, 1er fév.)

Unger (L.). Das Kinderbuch des Bartholomäus Metlinger (1457-1476); ein Beitrag zur Geschichte der Kinderheilkunde im Mittelalter. In-8°, 45 p. Vienne. — La pédiatrie de B. Metlinger; contribution à l'histoire de la pédiatrie au moyen âge.

Zaudy. Kriegschirurgisches aus der Zeit des Grossen Kurfürsten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — La chirurgie de guerre au temps du Grand Electeur.

24e ANNÉE. — N° 15. Vingt centimes le numéro. 13 AVRIL 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Heinrich Haike est nommé privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Ulisse Gardini, privatdocent à la Faculté de médecine de Modène, est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur O. Witzel, professeur extraordinaire de chirurgie, est nommé professeur honoraire ordinaire.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Arthur Keller est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Gaetano Cutore est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Angelo Cipollino est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Paul Stolper, privatdocent de médecine légale, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Johann Veit, professeur à la Faculté de médecine d'Erlangen, est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. E. Bumm.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Hermann Kaposi est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur A. Iarotsky, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Alexander Lasoursky (*neurologie et psychiatrie*); Boris Slovtzov (*chimie physiologique*).

Queen's College de Belfast. — M. le docteur Thomas Houston est nommé lecteur de médecine légale.

College of Physicians and Surgeons de New York. — M. le docteur Gorham Bacon, professeur à Cornell University Medical College, est nommé professeur d'otologie, en remplacement de M. A. H. Buck, démissionnaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La loi française ne défend pas à un médecin autorisé à pratiquer en France en vertu d'un diplôme délivré par une Faculté étrangère, ou à un dentiste pourvu d'un titre étranger et exerçant régulièrement sur le territoire français, de faire précéder ou suivre son nom du titre de « docteur ».

En 1898, la Cour de cassation de France a décidé que l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine était inapplicable à l'officier de santé qui prend le titre de docteur en médecine, c'est-à-dire que l'usurpation du titre de docteur par un officier de santé ne constitue pas un délit. L'article susindiqué ne vise donc que ceux qui, autorisés à exercer la médecine en France, en vertu du droit acquis leur appartenant lors de la mise en vigueur de la loi de 1892 et étant munis d'un diplôme de docteur en médecine étranger, prennent le titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère. Il reçoit également son application à l'égard des dentistes et des sages-femmes qui, munis du diplôme de docteur étranger, prennent le titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère.

Mais comme en matière pénale tout est de droit étroit, c'est au texte même de l'article 20 qu'il faut se reporter pour apprécier les conditions du délit. Or, voici ce que porte cet article : « Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère. » Le projet primitif portait simplement : « quiconque a fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur »; c'est au cours de la discussion devant la Chambre des députés que l'expression de « docteur » fut remplacée par celle de « docteur en médecine », sur la remarque qu'il existait en France d'autres grades de docteur délivrés par l'Etat, dont les titulaires pourraient se trouver dans une situation aggravante au cas où ils seraient l'objet de poursuites pour exercice illégal de la médecine. Toutefois, cette crainte était pour ainsi dire chimérique, attendu que le texte était complété par ce membre de phrase « à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français », qui disparut dans la discussion devant le Sénat où il fut remplacé par celui-ci : « sans en indiquer l'origine étrangère ».

Ainsi donc, aux termes de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, pour qu'il y ait condamnation, il faut que le délinquant se soit servi du titre de « docteur en médecine » et qu'il n'ait pas indiqué l'origine étrangère de son diplôme. D'où il suit que quiconque exerce légalement une des branches de l'art de guérir ne commet pas de délit, s'il fait précéder ou suivre son nom du mot de « docteur » seul. On en trouve la preuve dans un arrêt que la Cour d'appel de Paris a rendu le 16 janvier 1904 dans une poursuite correctionnelle intentée par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France contre M. X..., dentiste, pour avoir contrevenu aux dispositions de la loi du 30 novembre 1892 (Voir *Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. CCXXXIV), en apposant à la porte de la maison où il exerce sa profession une plaque portant cette simple mention : « Le Dr X... de Philadelphie. » Ce dentiste avait été condamné en première instance, mais la Cour, se basant sur les motifs suivants, l'a déchargé des condamnations tant pénales que civiles contre lui prononcées :

« Considérant que, si la loi du 30 novembre 1892 impose à toute personne qui se livre à l'exercice de la médecine, en vertu d'un diplôme délivré par une Faculté étrangère, l'obligation de faire connaître l'origine du diplôme dont elle se prévaut, il y a lieu de constater que l'article 20 de ladite loi n'exige cette indication que de celui-là seul qui fait usage du titre de docteur en médecine; que l'infraction à cette prescription, nettement précisée par le texte législatif, peut seule constituer un délit;

» Que les travaux préparatoires de la loi susvisée ne peuvent laisser aucun doute à cet égard; qu'il ressort, en effet, de ces documents, que les mots « en médecine » ont été rétablis dans le texte définitif, sur les observations du commissaire du gouvernement, alors que le texte de la commission de la Chambre des députés ne contenait que le mot de « docteur » seul;

» Qu'à la suite d'une discussion portant sur le même point spécial, le Sénat maintint la rédaction de la Chambre; qu'il suit de là que celui-là seul commet un délit qui fait usage du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère;

» Considérant que X... s'est borné à mettre sur la plaque indicatrice de sa profession : « Docteur X..., de Philadelphie »; qu'il n'a point usurpé le titre de docteur en médecine;

» Considérant, au surplus, que si l'on examine la mention, telle qu'elle figure sur la plaque, elle indique d'une manière suffisante l'origine étrangère du titre en vertu duquel X... exerce sa profession. »

Cette solution interprétative de la loi sur l'exercice de la médecine est nouvelle, et c'est pour cette raison que nous la signalons à nos lecteurs. Le syndicat des chirurgiens-dentistes de France ne s'est pas pourvu en cassation contre l'arrêt ci-dessus reproduit, parce qu'il est certain que le pourvoi aurait été rejeté.

On peut donc conclure que l'article 20 n'a aucune portée et reste inefficace, attendu que dans la pratique on ne fait généralement pas précéder ou suivre son nom de l'expression « docteur en médecine », mais simplement du mot « docteur ».

Pareille situation ne se serait pas produite, si le projet de loi sur l'exercice de la médecine, au lieu d'émaner seulement de l'initiative gouvernementale ou parlementaire, avait été soumis à l'examen préalable du Conseil d'Etat, comme cela se pratiquait pour toutes les lois sous les précédents régimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

MÉDECINE

Albu (A.) et **Calvo** (A.). Ueber die Ausscheidung von gelösten Eiweisskörpern in den Fäces und ihre Verwertung zur Erkennung von Functionsstörungen des Darms. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 1-2.) — Présence, dans les fèces, d'albuminoïdes solubles et son importance au point de vue du diagnostic des troubles fonctionnels de l'intestin.

Baumann (E. P.). A criticism of the value of Hammerschlag's method in clinical estimations of the specific gravity of the blood. (*Brit. Med. Journ.*, 27 fév.) — Sur la valeur du procédé de Hammerschlag pour évaluer, en clinique, le poids spécifique du sang.

Bendersky (I.). Etude clinique de la microgastrie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 28 fév.)

Bruno (A.). L'infantilismo. (*Gazz. degli Osped.*, 6 mars.)

Burt (S. S.). Diagnosis and treatment of thoracic aneurysm. (*Amer. Medicine*, 27 fév.)

Campanella (G.). Il valore uroclinico dell' indicano. (*Gazz. degli Osped.*, 31 janv.)

Carrière (G.). Végétations adénoïdes; albuminurie. (*Nord méd.*, 1er mars.)

Högerstedt (A.). Zur Technik der klinischen Eiweissbestimmung in Harn und anderen Flüssigkeiten nach Brandberg. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 20 fév.) — La technique du dosage de l'albumine dans l'urine et dans d'autres liquides d'après le procédé de Brandberg.

Moraczewski (W. von). Ueber die Stickstoff- und Ammoniakausscheidung bei mangelhaften Gallensekretionen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 fév.) — L'élimination de l'azote et de l'ammoniaque dans l'hypocholie.

Moraes (F.). Notas sobre a gastro-enterite. (*Brazil-medico*, 22 janv.)

Osswald (A.). Ueber akute Leukämie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mars.)

Pártos (A.). Ueber rheumatische Muskelatrophie im Gefolge von Gelenksrheumatismus und deren Behandlung. (*Wien. med. Presse*, 6 mars.) — L'atrophie musculaire consécutive au rhumatisme articulaire aigu et son traitement.

Pertzev (K.). Un cas de maladie de Weil avec complication rare (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 31 janv. et 7 fév.)

Petrina (Th.). Zur Diagnose der angeborenen Pulmonalstenose und Persistenz des Ductus Botalli. (*Prag. med. Wochensch.*, 25 fév.) — Diagnostic du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et de la persistance du canal artériel de Botal.

Ramus (C.). Diabetes and obscure physiology. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 fév.)

Sticker (G.). Die Palpation des Abdomens im warmen Bade. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 5 mars.) — La palpation abdominale au bain chaud.

Trautmann (H.). Wie verhalten sich die klinischen Affectionen : Fleischvergiftung und Paratyphus zu einander? (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 1.) — Rapports réciproques du botulisme et de la fièvre paratyphoïde.

Türk (W.). Beiträge zur Kenntnis des Symptomenbildes : Polycythämie mit Milztumor und « Zyanose ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 et 18 fév.) — Sur le syndrome constitué par de la polycythémie, une hypertrophie de la rate et de la cyanose.

Vallette (P.). Un cas de tétanie, d'origine gastrique, chez un adulte. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Wiggin (F. H.). Abdominal pain of intestinal origin. (*Med. News*, 13 fév.) — Sur la douleur abdominale d'origine intestinale.

Wilcox (R. W.). Purinemia : a clinical study. (*Amer. Medicine*, 6 fév.)

Ziveri (A.). Sopra un caso di albuminuria ortostatica. (*Policlinico*, 13 fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bartels (M.). Zur Frage der Regeneration der Nervenfasern in den Herden der multiplen Sklerose. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — Sur la régénération des fibres nerveuses dans les foyers de la sclérose en plaques.

Kräpelin (E.). Psychiatrie. II. Band : Klinische Psychiatrie. 7e éd. In-8o, 892 p. avec fig. Leipzig.

Kutner (R.). Hemiplegia alternans superior (Störung der räumlichen Orientirung des Körpers). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.)

Liepmann (H.). Ueber Ideenflucht; Begriffsbestimmung und psychologische Analyse. In-8o, 84 p. Halle. — Le flux des idées.

Lundborg (H.). Ist Unverricht's sogenannte familiäre Myoklonie eine klinische Entität, welche in der Nosologie berechtigt ist? (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.) — La myoclonie familiale d'Unverricht constitue-t-elle une entité morbide ayant droit de cité en nosologie?

Mann (M.). Beiträge zur Lehre über die Rindenepilepsie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 mars.) — Sur l'épilepsie d'origine corticale.

Marandon de Montyel (E.). Obsessions et impulsions. (*Arch. d'anthropol. crim.*, fév.)

Pelnár (J.). Obrna svalu brisnich prevázne na jedné strane a obrna svalu zásobenych n. cruralis a obturatorius téze strany; obraz prudké infekcní neuritidy v príslusnych nervech. (*Casopis lékaru ceskych*, 20 fév.) — Hémiparésie de la paroi abdominale; paralysie des nerfs crural et obturateur; névrite infectieuse aiguë.

Pick (A.). Zur Pathologie des Ich-Bewusstseins; Studie aus der allgemeinen Psychopathologie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 1.) — Les troubles du sentiment du moi.

Spitzmüller (W.). Ein Fall von Neurofibromatose. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 fév. et 5 mars.)

Westenhöffer (M.). Pachymeningitis carcinomatosa haemorrhagica interna productiva mit Colibacillosis agonalis. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 2.)

Westphal (A.). Ueber Bewegungserscheinungen an gelähmten Augenmuskeln in einem Fall von Korsakow'scher Psychose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 fév.) — Sur les phénomènes moteurs présentés par les muscles paralysés de l'œil dans la maladie de Korsakov.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Piazza-Taormina (G.). Sul valore patogenetico del bacillo di Hansen nel cosidetto « pemfigo », nelle macchie emorragiche e nella necrosi secca della lebbra anestesica. (*Morgagni*, fév.)

Pospischill (D.). Ein neues, als selbständig erkanntes akutes Exanthem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 fév.) — Sur un exanthème aigu constituant une entité morbide non encore décrite.

Sabouraud (R.). Maladies du cuir chevelu. T. II : les maladies desquamatives (pityriasis et alopécies pelliculaires). In-8°, 715 p. avec fig.

Scarenzio (A.). La cura precoce della sifilide nei dispensarii celtici. (*Gazz. internazion. di med.*, 29 fév.)

Scholtz (W.). Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes. In-8°, 144 p. avec fig. Iéna. — Pathologie et traitement de la blennorrhagie chez l'homme.

Wróblewski (W.). Wyciecie migdalka, zajetego wrzodem syfilitycznym pierwotnym. (*Gaz. lekarska*, 2 janv.) — Excision de l'amygdale atteinte de chancre syphilitique.

PARASITOLOGIE

Leishman (W. B.). Note on the nature of the parasitic bodies found in tropical splenomegaly. (*Brit. Med. Journ.*, 6 fév.) — Sur la nature des éléments parasitaires trouvés dans la splénomégalie tropicale.

Moore (J. T.). The occurrence of Tænia nana in Texas (the first, or at least the second, reported case in North America). (*Med. News*, 6 fév.)

Moysés de Menezes. Contribuição ao estudo da uncinariose; penetração da larva da uncinaria (ankylostoma duodenale) através da pelle. (*Brazil-medico*, 1er fév.)

Plaut (H. C.). Beitrag zur systematischen Stellung der Dermatomykosenerreger. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.) — Classification des agents pathogènes des mycoses cutanées.

Rhoads (Th. L.). Abscess of the liver, caused by Distomum sinense of the intrahepatic bile ducts. (*Amer. Medicine*, 6 fév.) — Abcès du foie dû à la présence du *Distomum sinense* dans les voies biliaires intra-hépatiques.

CHIRURGIE

Anzilotti (G.). Sopra uno speciale metodo di tenoplastica. (*Clinica moderna*, 24 fév.)

Ardouin (P.). Enorme angiome de la paroi abdominale; ablation; guérison. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Ashton (W. E.). A new technic in operations for appendicitis. (*Amer. Medicine*, 27 fév.)

Ausin (J.). Die Chirurgie des Magenkarzinoms. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 27 fév.) — La chirurgie du cancer de l'estomac.

Barbat (J. H.). Strangulated femoral hernia containing appendix. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 fév.) — 2 cas de hernie crurale étranglée avec présence de l'appendice dans le sac.

Barten (E.). Zur Aethertropfnarkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — L'anesthésie par l'éther administré goutte à goutte.

Berdach (J.). Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Luxation der Handgelenke. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 fév.) — Sur la luxation traumatique du poignet.

Bogdanik (J.). Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode. (*Wien. med. Presse*, 28 fév.) — Nouveau procédé de résection tibio-tarsienne.

Branham (J. H.). Suture of the omentum to the parietal peritoneum (epiplopexy) for ascites. (*Med. News*, 5 mars.) — Sur l'opération de Talma.

Braun (W.). Zur Pathologie und Therapie des Darmverschlusses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Pathologie et traitement de l'occlusion intestinale.

Brewer (G. E.). Common duct stone associated with acute septic cholangitis. (*Med. Record*, 20 fév.) — Calcul du canal cholédoque dans un cas d'angiocholite infectieuse aiguë.

Bulkeley (F. S.). The treatment of cervical adenitis. (*Amer. Medicine*, 27 fév.)

Cullen (Th. S.). Tuberculous stricture of the ascending colon, with sudden total obstruction of the bowel; perforation of the intestine; removal of the cæcum and half the ascending colon; recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Rétrécissement tuberculeux du côlon ascendant avec occlusion aiguë et perforation de l'intestin; résection du cæcum et de la moitié du côlon ascendant; guérison.

Dambrin (C.). Etiologie et mécanisme des lésions de l'intestin dans les contusions abdominales. (*Rev. de chir.*, mars.)

Krogius (A.). Zur operativen Behandlung der habituellen Luxation der Kniescheibe. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 5 mars.) — Traitement chirurgical de la luxation habituelle de la rotule.

Le Breton (P.). Personal experiences with the administration of nitrous oxide and oxygen for prolonged anæsthesia. (*New York Med. Journ.*, 13 fév.) — Sur l'administration du protoxyde d'azote et de l'oxygène pour produire l'anesthésie prolongée.

Lima (A. de). Luxação irreductivel da articulação coxo-femoral; arthrotomia; resecção da cabeça do femur; cura. (*Gazeta clinica*, fév.)

Malapert. Récidive ganglionnaire tardive d'un épithélioma du dos de la main. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 14 fév.)

Marcuse (J.). Ueber die Bedeutung des Etappenverbandes in der Behandlung der seitlichen Rückgratsverkrümmungen, besonders der habituellen Skoliose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 3-4.)

Martina (A.). Exstirpation eines Beckenmelanomes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 5-6.) — Ablation d'un mélanome pelvien.

Mikhnovsky (A.). Contribution à l'étude du transport des blessés; un cas de rupture traumatique du foie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 31 janv.)

Mosetig-Moorhof (von). Erfahrungen mit der Jodoformknochenplombe. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 5-6.) — Le plombage iodoformé des os.

Moty. Les appendicites latentes. (*Echo méd. du Nord*, 21 fév.)

Moullin (C. M.). The subsequent history of 18 patients upon whom gastric operations had been performed. (*Brit. Med. Journ.*, 20 fév.) — Résultats éloignés de 18 opérations sur l'estomac.

Moynihan (B. G. A.). Hour-glass stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 20 fév.) — L'estomac en sablier.

Müller (A.). Ein Fall von Pneumokokkenpyocele. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 fév.) — Abcès du scrotum à pneumocoque.

Novikov (A.). Où faut-il chercher des points de repère pour le diagnostic des tumeurs de la cavité abdominale (en russe)? (*Vratcheb. Gaz.*, 7 fév.)

Oehler (R.). Behandlung chirurgischer Tuberculosen durch Freilegung und mit örtlicher Tuberculinanwendung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 5 mars.) — Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'incision et l'application locale de tuberculine.

Owen (E.). The treatment of appendix-abscess in the recto-vesical pouch. (*Brit. Med. Journ.*, 20 fév.) — Le traitement des abcès du cul-de-sac recto-vésical d'origine appendiculaire.

Parlavecchio (G.). Risultati sperimentali di un nuovo processo per le anastomosi laterali asettiche. (*Policlinico*, 13 fév.)

Pond (A. M.). Postoperative intestinal obstruction. (*Amer. Medicine*, 30 janv.)

Prokop (F.). Vzácny prípad zúmyslného sebezranení pyje. (*Casopis lékaru ceskych*, 27 fév.) — Sur un cas d'automutilation de la verge.

Quervain (F. de). Die akute, nicht eiterige Thyreoiditis, und die Beteiligung der Schilddrüse an akuten Intoxikationen und Infektionen überhaupt. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 2e supplément.) — La thyroïdite aiguë non suppurée et la participation du corps thyroïde aux intoxications et infections aiguës en général.

Ranzi (E.) et **Sultan** (C.). Zur Frage der Enderfolge der Uranoplastik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Résultats éloignés des opérations plastiques sur le palais.

Schmidlechner (K.). Sarcoma omenti fusicellulare. (*Pest. med.-chir. Presse*, 6 mars.)

Schwyzer (A.). On bronchoscopy, with report of a case in which a foreign body was removed from the right lower lobe of a lung through a bronchoscope. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Extraction, à l'aide du bronchoscope, d'un corps étranger du lobe droit inférieur du poumon.

Sulli (G.). Sul comportamento del peritoneo verso gli agenti esterni in alcune lesioni violente dell' addome. (*Gazz. degli Osped.*, 14 fév.)

Suter (F. A.). Ueber eine praktische Sehnennaht. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 3.) — Procédé simple de suture tendineuse.

Tillmanns (H.). Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie, einschliesslich der modernen Operations- und Verbandslehre. 9e éd. T. Ier. In-8°, 814 p. avec fig. Leipzig. — Traité de chirurgie.

Ullmann (E.). Ueber Appendicitis. (*Wien. med. Presse*, 21 et 28 fév.)

Voronov (A.). Le traitement des fractures de la rotule par la suture osseuse à ciel ouvert (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 fév.)

Wagener (J. H.). Een geval van borstkanker bij den man. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 fév.) — Un cas de cancer du sein chez l'homme.

Weiss. De la chirurgie conservatrice dans les grands écrasements des membres. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.)

White (Sinclair). Five consecutive cases of perforated gastric ulcer treated by excision. (*Brit. Med. Journ.*, 20 fév.)

Wilms. Zentrale Luxation des Schenkelkopfes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 5-6.) — Luxation coxo-fémorale centrale.

Winslow (K.). The aponeuroses the supporting structures of the abdominal wall; their approximation for the prevention and cure of hernia. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Valeur des aponévroses comme éléments de solidité de la paroi abdominale; manière de les rapprocher dans le traitement préventif et curatif des hernies.

Zeller. Zur Exstirpation der Beckengeschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXI, 5-6.) — L'ablation des tumeurs pelviennes.

UROLOGIE

Escat. Prostatectomie transvésicale; calcul et hypertrophie prostatique. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Grouzdev (V.). Contribution au traitement des fistules vésicales chez la femme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 janv.)

Ingianni (G.). Cateterismo dell' uretere in un caso di genicolatura di questo condotto e ritenzione renale. (*Policlinico*, partie chir., XI, 2.)

Kreissl (F.). The conservative treatment of some surgical diseases of the renal pelvis and the ureter by the ureter-cystoscope. (*New York Med. Journ.*, 13 fév.) — Traitement conservateur de quelques affections chirurgicales du bassinet du rein et de l'uretère au moyen de l'urétéro-cystoscopie.

Nicolich. Un procédé très simple pour obtenir dans quelques cas la séparation de l'urine des deux reins. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 janv.)

Quincke (H.). Zur Pathologie der Harnorgane. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — Pathologie des organes urinaires.

Swiatecki (J.). Ueber eine Modifikation der aseptischen Kathetereinführung. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 20 fév.) — Manuel opératoire du cathétérisme aseptique de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Alleman (L. A. W.). The retinal symptoms of vascular degeneration. (*Amer. Medicine*, 20 fév.) — Les signes rétiniens de la dégénérescence des vaisseaux.

Bachauer (J.). Ueber Stauungspapille nach Schädelkontusion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 fév.) — Stase papillaire consécutive à une contusion du crâne.

Brav (A.). Postdiphtheritic paralysis of accommodation. (*New York Med. Journ.*, 5 mars.)

Cavazzani (E.). Intorno ad una sostanza fosforata nel vitreo e nell'acqueo. (*Gazz. degli Osped.*, 21 fév.) — Sur une substance phosphorée du corps vitré et de l'humeur aqueuse.

Chaillous (J.). Contribution à l'étude de la conjonctivite infectieuse de Parinaud. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Evans (J.). Injuries to the eyes in relation to the Workmen's Compensation Act. (*Brit. Med Journ.*, 27 fév.) — Les lésions de l'œil au point de vue de l'indemnité pour accidents du travail.

Fish (H. M.). Frontal sinusitis and ophthalmoplegia interna partialis. (*New York Med. Journ.*, 27 fév.)

Gamble (W. E). A contribution to the study of visual disturbances in brain injury. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 janv.) — Sur les troubles de la vision consécutifs aux traumatismes du cerveau.

Guiot. Choroïdite intra-utérine cataracte; secondaire. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Herford (E). Ueber artificielle Augenentzündungen. In-8°, 47 p. Halle.

Roosa (D J). A case of choroidal inflammation, with permanent loss of vision, caused by excessive use of the eyes during a comparatively short period of time. (*Med. Record*, 20 fév.) — Un cas de choroïdite avec amaurose définitive due à un effort visuel excessif pendant un laps de temps relativement court.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Andrews (F. T.). Statistical notes on causes of salpingitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Baatz (P.). Dauerresultate der Prolaps- und Retroflexionsoperationen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Résultats éloignés des opérations pour prolapsus et rétroflexion.

Balachev (A.). Sténoses du vagin dans la pratique obstétricale et interventions qu'elles nécessitent (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Chidichimo (F.). Contrazione uterina e centri motori dell' utero. (*Arch. ital. di ginecol.*, janv.)

Delestre (M.). De l'avortement. In-8°, 170 p. A. Joanin et Cie.

Dickinson (R. L.). « Urethral labia », or « urethral hymen » pathologic structures, due to repeated traction. (*Amer. Medicine*, 27 fév.)

Legueu (F.). De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité. In-8°, 32 p. Rouen.

Queirel. Laparotomie et grossesse. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Sippel (A.). Ueber Vagitus uterinus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 fév.) — Sur le vagissement intra-utérin.

Vogel (G.). Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 fév.) — Traitement des ruptures récentes du périnée.

Wegscheider (M.). Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. In-8°, 27 p. Halle. — L'accouchement prématuré artificiel dans la pratique.

Weinbrenner. Ueber interstitielle Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 1.) — Sur la grossesse extra-utérine interstitielle.

Westerveld (H. W.). Over spoeddilatatie volgens Bonnaire. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 fév.) — Dilatation rapide du col utérin d'après la méthode de Bonnaire.

Winter (G.). Die wissenschaftlichen Grundlagen der conservativen Myomoperation. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 1.)

Zeldovitch. Péritonites diffuses, provoquées par des affections des organes génitaux chez la femme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 janv.)

Zúñiga (M.). Medicina legal y tratamiento del embarazo prolongado. (*Gaceta méd. de Costa Rica*, déc. 1903 et janv.) — La grossesse prolongée au point de vue médico-légal.

PÉDIATRIE

Aronheim. Ein Fall von willkürlicher Verrenkung beider Kniegelenke bei einem 1 Jahr alten Mädchen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — Luxation récidivante des deux genoux chez une petite fille âgée d'un an.

Ashby (H.). A case of scurvy in an infant fed on municipal « humanized » sterilized milk. (*Brit. Med. Journ.*, 27 fév.) — Un cas de scorbut chez un enfant nourri avec du lait humanisé stérilisé.

Barsky (J.). Case of tetany. (*Med. News*, 20 fév.)

Beck (C.). Ein Beitrag zur Tetanie, im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 3.)

Beilby (G. E.). Enuresis. (*Amer. Medicine*, 5 mars.) — Incontinence nocturne d'urine.

Cardamatis (J.-P.). Alimentation de l'enfant du premier âge et particulièrement de l'enfant atteint d'une affection gastro-entérique par le babeurre. (*Arch. de méd. des enfants*, fév.)

Cautley (E.). Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (*Lancet*, 5 mars.)

Cavatorti (P.). Il dolore appendicolare nella polmonite dei bambini. (*Gazz. degli Osped.*, 28 fév.) — L'appendicalgie dans la pneumonie des enfants.

Combe. L'auto-intoxication intestinale. (*Arch. de méd. des enfants*, janv. et fév.)

Cotes-Preedy (D.). A case of gangrene of the right foot occurring in the newly born. (*Lancet*, 27 fév.) — Un cas de gangrène du pied droit chez un nouveau-né.

Crisafi (D.). Ricerche e considerazioni cliniche sulla quantità di NaCl contenuta nel liquido cefalo-rachideo di bambini malati. (*Morgagni*, janv.)

Ebbell (B.). Rakit paa Madagaskar. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Le rachitisme à Madagascar.

Fedorov (P.). La lutte contre la mortalité infantile (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 31 janv., 7 et 14 fév.)

Howland (J.). The pathological anatomy of Shiga bacillus infection of the intestines in infants. (*Med. News*, 5 mars.)

Illoway (H.). Thrush. (*Med. News*, 27 fév.) — Le muguet.

Kilmer (T. W.). Hæmatoma of the sternocleidomastoid muscle. (*Med. Record*, 27 fév.)

Lane (W. A.). On the treatment of cleft palate. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — Traitement de la fissure palatine.

TÉRATOLOGIE

Katchkatchev (A.). Un cas d'absence du cubitus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 fév.)

Klug (F.). Recherches sur un « alabyrinthique » (Labyrinthlosen). (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janv.)

Neugebauer (F. von). Mann oder Weib? 6 eigene Beobachtungen von Scheinzwittertum und « erreur de sexe » aus dem Jahre 1903. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 janv.)

Porochine (M.). Sympus apus (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Zienetz (M.). Situs viscerum inversus universalis (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 fév.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Beck (Carl). The utilization of the lower lip in rhinoplasty; a new procedure. (*Med. News*, 5 mars.) — Nouveau procédé de rhinoplastie à l'aide d'un lambeau formé avec la lèvre inférieure.

Grazzi (V.). Sulle vegetazioni adenoidi in generale e più particolarmente sui loro rapporti colle otopatie. (*Clinica moderna*, 27 janv., 3, 10 et 17 fév.)

Habs. Ein Fall von totaler Rhinoplastik aus dem Arm. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — Rhinoplastie totale à l'aide d'un lambeau prélevé sur la peau du bras.

Okounev (B.). Les mouvements involontaires de la tête comme expression d'une affection isolée d'un des canaux semi-circulaires chez l'homme. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Padula (F.). Laringectomia alla Durante; stato anatomico degli organi della deglutizione quando si debba asportare anche l'osso joide. (*Policlinico*, 27 fév.)

Picot. Sur un cas de laryngo-typhus. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 fév.)

Royet. Des soudures de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du pharynx, causes des otites sclérosantes progressives et de symptômes de vertige; des effets favorables de leur suppression dans la thérapeutique de ces affections, de la dernière en particulier. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Stephanovsky (Th.). La myringotomie en vue d'améliorer l'ouïe dans les otites moyennes chroniques (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 21 et 28 fév.)

Vincent (H.). Recherches sur l'étiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse primitive; étude clinique et bactériologique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

HYGIÈNE

Bertillon (J.). L'alcoolisme et les moyens de le combattre jugés par l'expérience. In-8°, 236 p. V. Lecoffre.

Cristiani (H.) et **De Michelis** (G.). Etude expérimentale de l'action bactério-fixatrice et bactéricide du goudron et du pétrole répandus sur les routes. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Larine (E.). De la vaccination des jeunes soldats (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Sergent (E.). Essai de campagne antipaludique selon la méthode de Koch (lac de Grand-Lieu, 1903). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Stephens (J. W.). The antimalarial operations at Mian Mir (Punjab). (*Lancet*, 5 mars.)

Yvert (A.). Hygiène des rues. In-16, 344 p.

Zaoussaïlov (M.). Sur l'emploi de la formaline pour la désinfection des objets d'après le procédé de Voges (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 21 fév.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Beck (Carl). The medico-legal aspect of accidents caused by the Röntgen rays. (*Med. Record*, 20 fév.)

Brouardel (P.). Malformation des organes génitaux de la femme; y a-t-il lieu de reconnaître l'existence d'un troisième sexe? (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Morache (G.). Naissance et mort (étude de socio-biologie et de médecine légale). In-16, 277 p.

Stalberg (S.). A case of accidental poisoning by an unknown quantity of atropine sulphate; recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Un cas d'empoisonnement accidentel par une dose non connue de sulfate d'atropine; guérison.

Vanysek (R.). Prispevek ke kasuistice chronické otravy sírouhlikem. (*Sbornik klinicky*, V, 3.) — Sur l'intoxication par le sulfure de carbone.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Allen (Ch. W.). High-frequency currents in the treatment of skin diseases. (*Med. Record*, 20 fév.) — Les courants de haute fréquence dans les affections cutanées.

Dally (J. F. H.). Radioscopic and radiographic appearances in pleurisy, with especial reference to the upper limit of pleural effusion. (*Lancet*, 27 fév.) — L'examen radioscopique et radiographique dans la pleurésie, notamment au point de vue de la limite supérieure de l'épanchement pleurétique.

Finsen (N. R.). Mitteilungen aus Finsen's medicinske Lysinstitut in Kopenhagen. (Trad. du danois.) T. V et VI. In-8°, 226 p. avec planches. Iéna.

Görl (L.). Zur Röntgentherapie. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 fév.)

Nash (J. T. C.). Red light in the treatment of small-pox; a fragmentary contribution. (*Lancet*, 5 mars.) — La lumière rouge dans le traitement de la variole.

Ransom (J. B.). The ordinary X and ultraviolet rays in the treatment of tuberculosis. (*Med. Record*, 27 fév.) — La radiothérapie et la photothérapie de la tuberculose.

Schmidt (L. E.). The blue light treatment in diseases of the skin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 fév.) — Traitement des affections cutanées par les rayons bleus.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Brunon et **Maridort**. Tuberculose et cure libre en Normandie. (*Normandie méd.*, 15 janv.)

Manquat (A.). L'adaptation en climatothérapie. In-8°, 94 p. Monaco.

Rénon (L.). Influence du climat méditerranéen sur la tuberculose et les tuberculeux. In-8°, 27 p. Monaco.

24e ANNÉE. — N° 16. Vingt centimes le numéro. 20 AVRIL 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le docteur Pruvost est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Lyot, chirurgien des hôpitaux de Paris. — M. le docteur F. Joüon, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Nantes, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur J. Bruchon, ancien professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Besançon. — Sir Henry Thompson, ancien professeur de clinique chirurgicale à University College de Londres. — M. le docteur I. K. Zaroubine, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Kharkov. — MM. les docteurs V. Ratimov, ancien professeur de clinique chirurgicale, et V. I. Dobrovolsky, ancien professeur d'ophtalmologie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Max von Strauch, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur John F. Geis, professeur de chimie, de médecine légale et de toxicologie au Medical College of Indiana d'Indianapolis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bardeleben (K. von) et **Häckel** (H.). Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 3e éd. In-8°, 166 p. avec planches. Iéna.

Bezançon (F.) et **Labbé** (M.). Traité d'hématologie. In-8°, 965 p. avec fig.

Hertwig (O.). Die Elemente der Entwicklungslehre des Menschen und der Wirbeltiere. 2e éd. In-8°, 420 p. avec fig. Iéna. — Eléments d'embryologie.

Kleist (K.). Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der hinteren Rückenmarkswurzeln zu den Spinalganglien. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 3.) — Recherches expérimentales et anatomiques sur les rapports des racines postérieures de la moelle avec les ganglions rachidiens.

Lemke (M.). Beitrag zum Regenerationsvorgang in peripheren Nerven. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.) — Sur la régénération des nerfs périphériques.

May (R.) et **Grünwald** (L.). Beiträge zur Blutfärbung : Die feinen Granula der polymorphund vielkernigen Zellen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — Les réactions microchimiques des granulations fines des leucocytes polynucléés.

Schwalbe (G. et E.). Jahresberichte der Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Gesamt-Register zu Jahrgang 1892-1901. I. Band : Namenregister. In-8°, 610 p. Iéna. — Revue annuelle des travaux d'anatomie et d'embryologie; tables des années 1892-1901. T. Ier : table des auteurs.

Smith (G. E.). A note on the communication between the musculo-spiral and ulnar nerves. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, janv.) — Anastomose entre le nerf radial et le nerf cubital.

Stratz (C. H.). Die Entwicklung der menschlichen Keimblase. In-8°, 32 p. avec planches. Stuttgart. — Le développement du blastoderme humain.

Tarchetti (C.). Sopra un recente lavoro sulla reazione glicogenica dei globuli bianchi. (*Gazz. degli Osped.*, 6 mars.)

PHYSIOLOGIE

Boggs (Th. R.). Ueber Beeinflussung der Gerinnungszeit des Blutes im lebenden Organismus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — Sur la rapidité de la coagulation du sang dans l'organisme vivant et les moyens de la faire varier.

Bordet (J.) et **Gengou** (O.). Recherches sur la coagulation du sang; 3e et 4e mémoires. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. et fév.)

Jendrassik (E.). Das Prinzip der Bewegungseinrichtung des Organismus; Beitrag zur allgemeinen und speziellen Muskelphysiologie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXV, 5-6.) — Les principes présidant à la disposition des appareils moteurs de l'organisme.

Karnitzky (A.). La méthode d'individualisation dans l'étude des lois de la croissance du corps humain (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 fév.)

Keith (A.). The evolution and action of certain muscular structures of the heart. (*Lancet*, 27 fév., 5 et 12 mars.) — L'évolution et les fonctions de certaines parties du myocarde.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Anderson (W. S.). A study of normal and pathological conditions of the bursæ of the neck, with special reference to the subhyoid bursa. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Etude anatomique et anatomopathologique des bourses muqueuses du cou, notamment de la bourse sous-hyoïdienne.

Ford (W. W.). The early diagnosis of cirrhosis of the liver, considered from the pathological standpoint. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.) — Le diagnostic précoce de la cirrhose du foie au point de vue anatomopathologique.

Lusena (G.). Sul carcinoma delle glandole sudoripare. (*Sperimentale*, LVIII, 1.)

Magnus (V.). Underextremiteternes motoriske lokalisation i rygmarven. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Les centres spinaux des mouvements des membres inférieurs.

Marcozzi (V.). Alterazioni del tessuto elastico dei tronchi arteriosi sottoencefalici nei processi patologici delle arterie. (*Gazz. internazion. di med.*, 20 fév.) — Altérations du tissu élastique des troncs artériels de la base du cerveau dans les affections des artères.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Boukoïémsky (F.). Contribution à l'étude de la phagocytose et de la leucolyse en cas d'injection de streptocoques virulents dans la cavité abdominale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 janv. et 14 fév.)

Fabris (A.). Sull'atrofia sperimentale del testicolo. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 4.)

Ladame (Ch.). La rage expérimentale à virus fixe et ses lésions histologiques. (*Journ. de neurol.*, 20 fév. et 5 mars.)

Landau (A.). Experimenteller Beitrag zur Frage der Cholämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — Recherches expérimentales sur la cholémie.

Metchnikoff (E.) et **Roux** (E.). Etudes expérimentales sur la syphilis; 2e mémoire. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Sisto (P.). Sulla restituzione del lume nel dotto coledoco del cane dopo la legatura. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 4.) — Sur le rétablissement de la perméabilité du canal cholédoque du chien après ligature.

Skrobansky (K.). Essai d'immunisation d'animaux au moyen du tissu ovarien d'un animal appartenant à une autre espèce (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Arrhenius (S.). Zur Theorie der Bindung von Toxin und Antitoxin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 fév.) — Les théories relatives à la neutralisation des toxines par les antitoxines.

Bizzozero (E.). Sull' ipertrofia compensatoria delle ghiandole salivari. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 4.)

Cavazza (E.). Sieroreazione tubercolare negativa nel feto di madre tubercolosa con sieroreazione positiva. (*Policlinico*, 5 mars.)

Ehrlich (P.). Vorläufige Bemerkungen zur Mitteilung von Arrhenius : Zur Theorie der Absättigung von Toxin und Antitoxin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 fév.) — De la neutralisation des toxines par les antitoxines.

Grober (J.). Ueber die Beziehungen der Verdauungs- zu den Harnfermenten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — Rapports des ferments digestifs avec les ferments urinaires.

Linser (P.) et **Schmid** (J.). Ueber den Stoffwechsel bei Hyperthermie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — Les échanges organiques pendant l'hyperthermie.

Lustig (A.). L'immunità acquisita contro i veleni può essere trasmessa dai genitori alla prole? Contributo alle conoscenze sulla trasmissione dei caratteri acquisiti; ricerche sperimentali. (*Clinica moderna*, 17 fév.) — L'immunité acquise à l'égard des poisons peut-elle se transmettre des parents aux enfants?

Morton (W. J.). Artificial fluorescence of living tissue in relation to disease. (*New York Med. Journ.*, 13 et 20 fév.) — La fluorescence artificielle des tissus vivants dans ses rapports avec les maladies.

Oppenheimer (C.). Toxine und Antitoxine. In-8°, 228 p. Iéna.

Postoew (J.). Ueber den Alkoholismus; Beitrag zur Frage des Einflusses der acuten und chronischen Aethylalkohol-Vergiftung auf den tierischen Organismus. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 20 fév.) — Contribution à l'étude de l'influence de l'intoxication éthylique aiguë et chronique sur l'organisme animal.

Rzentkowski (C. von). Beitrag zur Frage des osmotischen Druckes der Ex- und Transsudate. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 fév.)

MÉDECINE

Carette (P.). Hyperesthésie généralisée dans un cas de rhumatisme articulaire aigu. (*Echo méd. du Nord*, 6 mars.)

Claytor (Th. A.). Multiple sarcoma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Coombs (C.). Some clinical aspects of the rheumatic infection. (*Lancet*, 27 fév.)

De Benedetti (E.). Un caso di edema della glottide. (*Gazz. degli Osped.*, 21 fév.)

Donath (J.). Beiträge zur Lehre von der paroxysmalen Kältehämoglobinurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 1-2.) — Sur l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*.

Edsall (D. L.). The clinical chemistry of disease of the liver. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.) — La chimie pathologique dans les maladies du foie.

Fromherz (E.). Zur Diagnostik der Pulmonalinsuffizienz. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.)

Grube (K.). Zur Diagnose und Therapie der Gallensteinkrankheit. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 27 fév.) — Diagnostic et traitement de la lithiase biliaire.

Harrington (Th. F.). Differential diagnosis of rheumatism and the arthritides. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 janv.)

Heichelheim et **Kramer**. Ueber den Einfluss von Salzsäureeingiessungen auf den Pepsingehalt des Mageninhaltes bei Achylien, nebst einigen Bemerkungen über die quantitativen Pepsinbestimmungsmethoden. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 fév.) — Influence des lavages à l'acide chlorhydrique sur la teneur en pepsine du chyme gastrique dans l'achylie; remarques sur les procédés de dosage de la pepsine.

Hofbauer (L.). Semiologie und Differentialdiagnostik der verschiedenen Arten von Kurzatmigkeit auf Grund der Atemkurve. In-8°, 150 p. Iéna. — La symptomatologie et le diagnostic différentiel des différentes formes de dyspnée, d'après l'étude du tracé respiratoire.

Kétly (L. von) et **Torday** (A. von). Ueber die Verwertung des kryoskopischen Verfahrens bei der Beurteilung der Resorption chronischer Brustfellexsudate und anderer seröser Flüssigkeitsansammlungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — Valeur de la cryoscopie pour apprécier le degré de la résorption des épanchements pleurétiques et autres.

Kieffer. Le clapotage gastrique. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 28 fév.)

Klieneberger (C.). Intoxicatio saturnina und Nephritis saturnina. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 fév.)

Körmöczi (E.) et **Jassniger** (K.). Ueber die Verwendbarkeit der Jousset'schen Inoskopie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mars.) — Sur l'inoscopie de Jousset.

Lépine (R.) et **Boulud**. Sur un cas de diabète lévulosurique. (*Rev. de méd.*, mars.)

Libensky (V.). Dorsální auskultace srdecní a její diagnosticky vyznam. (*Sbornik klinicky*, V, 3.) — L'auscultation dorsale du cœur.

Lichty (M. J.). Splenic anemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 fév.)

Lindsay (J. A.). Lectures, chiefly clinical and practical, on diseases of the lungs and the heart. In-8°, 447 p. Londres. Baillière, Tindall et Cox. — Les affections du poumon et du cœur.

Lohrisch (H.). Die Ursachen der chronischen habituellen Obstipation im Lichte systematischer Ausnutzungsversuche. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — Les causes de la constipation chronique d'après l'examen des résidus de la digestion.

Mackenzie (J.). Observations on the inception of the rhythm of the heart by the ventricle as the cause of continuous irregularity of the heart. (*Brit. Med. Journ.*, 5 mars.) — Remarques sur le début de la révolution cardiaque au niveau du ventricule comme cause de l'arythmie continue du cœur.

Miller (J. L.) et **Hess** (J.). A case of acute leukemia, with death due to rupture of the spleen. (*Amer. Medicine*, 5 mars.) — Un cas de leucémie aiguë; mort par rupture de la rate.

MALADIES INFECTIEUSES

Aldrich (Ch. J.). Thrombosis of the jugular veins in pulmonary tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 5 mars.)

Andrzejewski (J.). Krwotocznosc zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych. (*Kronika lekarska*, 1er et 15 janv., 1er et 15 fév.) — La malaria hémorrhagique.

Arneth (J.). Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten. In-8°, 200 p. Iéna. — Les leucocytes neutrophiles dans les maladies infectieuses.

Cerf (L.). Une varicelle anormale : convulsions prodromiques, rash post-éruptif. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 28 fév.)

Cornet. Die Entstehung der Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der von Behring'schen Lehre. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars.) — La pathogénie de la tuberculose, notamment au point de vue de la théorie de M. von Behring.

Dombrovsky (N.). Contribution à l'étude des paralysies post-diphtériques (en russe). (*Prakt. Vratch*, 28 fév.)

Durham (H. E.). Some notes on the urine in beri-beri. (*Brit. Med. Journ.*, 27 fév.)

Finlay (C. J.). New aspects of yellow fever etiology arising from the experimental findings of the last three years. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 fév.) — L'étiologie de la fièvre jaune d'après les recherches expérimentales des trois dernières années.

Flick (L. F.). House infection of tuberculosis. (*Med. News*, 20 fév.) — Epidémies de tuberculose par infection des maisons.

Joly (P. R.). Fièvre typhoïde; étiologie et prophylaxie; traitement abortif et traitement curatif. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 6 mars.)

Lamacq-Dormoy. Adénopathie varicelleuse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Borchard. Die Bedeutung des Traumas bei der Syringomyelie vom versicherungsrechtlichen Standpunkte. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — Les traumatismes dans l'étiologie de la syringomyélie au point de vue des accidents du travail.

Borchardt (H.). Der Schreibkrampf und die ihm verwandten Bewegungsstörungen; ihre Entstehung, Bedeutung und zweckmässige Behandlung. In-8°, 87 p. avec fig. Berlin. — La crampe des écrivains et les troubles moteurs analogues; étiologie et traitement.

Bratz et **Falkenberg**. Hysterie und Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.)

Cushing (Harvey). Perineal zoster, with notes upon cutaneous segmentation postaxial to the lower limb. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Zona périnéal; remarques sur la disposition segmentaire des nerfs cutanés sacro-coccygiens.

Duret (H.). Sur les manifestations des tumeurs de la région rolandique ou motrice. (*Rev. de chir.*, mars.)

Erikson (E.). Les maladies nerveuses observées à l'hôpital militaire de Tiflis (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, fév.)

Feilchenfeld (L.). Zur Diagnose und Behandlung besonders der cardialen Form der Schlaflosigkeit. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 mars.) — Diagnostic et traitement de l'insomnie, en particulier de sa forme cardiaque.

Féré (C.). Travail et plaisir; nouvelles études expérimentales de psycho-mécanique. In-8°, 480 p. avec fig.

Goldstein (K.). Versuch einer Einteilung der Rückenmarkshinterstränge. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXV, 5-6.) — Essai de systématisation des cordons postérieurs de la moelle.

Henneberg (R.). Ueber chronische, progressive Encephalomalacie und Bemerkungen über den «harten Gaumenreflex». (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.) — Sur le ramollissement chronique progressif du cerveau et sur le réflexe du palais.

Hösslin (R. von). Ueber zentrale Schwangerschaftslähmungen der Mütter. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — Sur les paralysies centrales de la grossesse.

Hunt (J. R.). Congenital cysts of the fourth ventricle; a report of two cases associated with tumor of the optic thalamus and crus cerebri. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — 2 cas de kystes congénitaux du quatrième ventricule, compliqués par une tumeur des couches optiques et du pédoncule cérébral.

Kalberlah (F.). Ueber die acute Commotionspsychose, zugleich ein Beitrag zur Aetiologie des Korsakow'schen Symptomencomplexes. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.)

Kéraval (P.) et **Danjean** (A.). L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. (*Arch. de neurol.*, mars.)

Klien (H.). Ueber die Bedeutung der bei Morbus Basedowii im Zentralnervensystem nachgewiesenen pathologisch-anatomischen Befunde. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXV, 5-6.) — Lésions du névraxe chez les sujets atteints de la maladie de Basedow.

Kölpin. Zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie des Hirnabszesses. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXV, 5-6.) — Symptomatologie et anatomie pathologique de l'abcès du cerveau.

Kronthal (P.). Nervenzelle und Psychose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.) — Cellule nerveuse et psychose.

Lindsay (W. S.). A case of perforating wound of both cerebral hemispheres. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 janv.)

Morelli (G.). Sopra un caso di corea isteroepilettica. (*Gazz. degli Osped.*, 21 fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Adler (I.). Heart syphilis. (*Med. Record*, 20 fév.) — La syphilis du cœur.

Gailleton. Traitement de la syphilis. (*Lyon méd.*, 27 sept., 11 oct., 1er, 8 et 15 nov. 1903 et 28 fév.)

Hubert (I.). De la contagiosité de la lèpre (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7, 14, 21 et 28 fév.)

Johnson (J. T.). Further remarks upon gonorrhea : its complications and our responsibility in authorizing matrimony. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Nouvelles considérations sur la blennorrhagie : ses complications et la responsabilité du médecin autorisant le mariage.

Krzysztalowicz (F. von). Ueber idiopathische multiple Hautsarkomatose. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.) — Sur la sarcomatose cutanée primitive.

Mibelli (V.). A proposito di alcuni casi di neurodermite cronica lineare. (*Sperimentale*, LVIII, 1.)

Renner (W. S.). Tertiary syphilis of the nose and pharynx. (*New York Med. Journ.*, 27 fév., 5, 12 et 19 mars.) — La syphilis tertiaire du nez et du pharynx.

Rensburg (H.). Hauttuberkulide. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 3.) — Tuberculides cutanées.

Tobler (L.). Disseminierte Hauttuberkulose nach akuten infektiösen Exanthemen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 3.) — La tuberculose généralisée de la peau consécutive aux fièvres éruptives aiguës.

Whitfield (A.). A contribution towards the etiology of alopecia areata. (*Lancet*, 5 mars.) — Etiologie de la pelade.

PARASITOLOGIE

Bastian (H. Ch.). The anatomical characters of the so-called Filaria perstans and on the mode of infection thereby. (*Lancet*, 5 mars.)

Craig (Ch. F.). The life cycle of Amœba coli in the human body; a preliminary note. (*Amer. Medicine*, 20 fév.) — Le cycle évolutif de l'amibe du côlon dans le corps humain.

Finckh. Ueber aktinomykotische fibrinöse Bronchitis, ein neues Symptom der Lungenaktinomykose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Un nouveau signe de l'actinomycose pulmonaire : la bronchite fibrineuse actinomycosique.

Opie (E. L.). An experimental study of the relation of cells with eosinophile granulation to infection with an animal parasite (trichina spiralis). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Recherches expérimentales sur les rapports des leucocytes éosinophiles avec la trichinose.

Schupfer (F.). Sopra un caso di lombricosi epatica. (*Gazz. degli Osped.*, 6 mars.)

Testi (A.). Contribuzione allo studio dell' anguillulosi intestinale. (*Riv. critica di clinica medica*, 6, 13 et 20 fév.)

CHIRURGIE

Deaver (J. B.). Hepatic drainage in infection of the biliary tracts. (*New York Med. Journ.*, 23 janv.) — Drainage hépatique dans l'infection des voies biliaires.

Delanglade (E.) et **Alezais**. Occlusion intestinale par épithélioma. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Diller (Th.). A brain tumor involving the superior parietal convolution; two operations for its removal; partial success, with some relief of symptoms; death two years later; autopsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Tumeur de la circonvolution pariétale supérieure; deux tentatives opératoires; succès partiel, avec amélioration subjective; issue fatale au bout de deux ans; autopsie.

Dumstrey. Neubildung der Patella durch einen Periostsehnenlappen aus der Tibia. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — Reconstitution de la rotule à l'aide d'un lambeau tendino-périostique du tibia.

Duplay (S.), **Rochard** (E.) et **Demoulin** (A.). Manuel de diagnostic chirurgical. 3e éd. In-18, 817 p. avec fig.

Ferraris (C.) et **Garampazzi** (C.). Sovra un caso di peritonite per infortunio sul lavoro. (*Gazz. degli Osped.*, 21 fév.)

Gayet (G.). Le traitement du cancer de l'estomac par la gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay-Lumière (d'après 100 observations). (*Rev. de chir.*, janv. et mars.)

Goubarev (P.). Un cas de résection de l'épididyme d'après le procédé de Razoumovsky (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, fév.)

Gualdrini (G.). Dell'emostasi nella chirurgia epatica e nuovo contributo col cloruro dell'adrenalina. (*Gazz. degli Osped.*, 28 fév.)

Guibé. Chirurgie de l'abdomen. In-8°, 216 p. avec fig.

Harris (M. L.). The influence of trauma in the production of movable kidney. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 fév.) — Le rôle du traumatisme dans la pathogénie du rein mobile.

Heine (O.). Bruch des linken Oberschenkels infolge Tabes. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — Fracture spontanée du fémur gauche au cours du tabes.

Hoffa (A.). Lehrbuch der Frakturen und Luxationen. 4e éd. In-8°, 614 p. avec fig. Stuttgart.

Hofmann (C.). Frühnarkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — L'anesthésie rapide.

Hopkins (S. D.). Preliminary report of bilateral excision of the superior and middle cervical sympathetic ganglia in five cases of epilepsy. (*New York Med. Journ.*, 5 mars.) — Ablation bilatérale des ganglions supérieur et moyen de la chaîne sympathique cervicale dans cinq cas d'épilepsie.

Jolkov (A.). Contribution à l'étude des blessures de l'estomac par armes à feu (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 14 et 21 fév.)

Korn (G.). Ueber spastische Pylorusstenose und intermittierende Ektasie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 et 10 mars.)

Lenormant (C.). Chirurgie de la tête et du cou. In-8°, 240 p. avec fig.

Lieblein (V.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Myome des Dünndarms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Myomes de l'intestin grêle.

Maragliano (D.). Klinische und pathologisch-anatomische Erfahrungen auf dem Gebiete der Magenchirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Considérations cliniques et anatomo-pathologiques sur la chirurgie de l'estomac.

Martel (L.). Traitement de l'ongle incarné par de simples pansements. (*Loire méd.*, fév.)

McDill (J. R.) et **Wherry** (W. B.). A report on 2 cases of a peculiar form of hand infection due to an organism resembling the Koch-Weeks bacillus. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.) — Infection de la main par un microorganisme analogue à celui de Koch-Weeks.

Monprofit. De la gastro-entérostomie. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 28 fév.)

Morkovitine (A.). Un cas d'appendicite, dans lequel l'appendice réséqué contenait des oxyures (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 fév.)

Munro (J. C.). Report of cases of trephining for epilepsy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 4 fév.)

Murphy (F. T.). Experiments with the McGraw elastic ligature. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 janv.)

Nichols (E. H.). Acute, subacute and chronic infectious osteomyelitis; its pathology and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 fév.)

Niedzielski (K.). Amputacya miedzylopatkowo-piersiowa (amputatio interscapulo-thoracica). (*Kronika lekarska*, 15 janv., 1er et 15 fév. et 1er mars.)

Noble (Ch. P.). Some of the more unusual results of movable kidney. (*New York Med. Journ.*, 20 fév.) — Quelques conséquences insolites du rein mobile.

Patel (M.). Tumeurs bénignes du corps thyroïde donnant des métastases. (*Rev. de chir.*, mars.)

Pauchet (V.). Traitement de choix de l'anus herniaire; résection, fermeture des deux bouts et entéro-anastomose. (*Nord méd.*, 1er mars.)

Peyton (D. C.). Tubercular joints and their treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 fév.) — La tuberculose articulaire et son traitement.

Pförringer (S.). Beitrag zum Wachstum des Magencarcinoms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Sur le développement du cancer de l'estomac.

Pollosson (M.). Précis de médecine opératoire (manuel d'amphithéâtre); ligatures, névrotomies, amputations, résections. 2e éd. In-18, 412 p. avec fig.

Richardson (M. H.). Remarks upon cholecystectomy and cholecystostomy, with special reference to their comparative safety and efficiency in the treatment of biliary affections. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 fév.)

Robson (A. W. M.) et **Dobson** (J. F.). Diseases of gall-bladder and bile-ducts, including gall-stones. 3e éd. In-8o, 502 p. Londres. — Traité des affections des voies biliaires.

UROLOGIE

Dobrovolsky. Etude clinique de 43 cas opérés pour calculs de la vessie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, fév.)

Duval (P.). Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme. In-8o, 216 p. avec fig.

Faulds (A. G.). On the use of oxygen gas in distending the bladder for cystoscopy. (*Brit. Med. Journ.*, 5 mars.) — Sur l'emploi de l'oxygène pour distendre la vessie en vue de l'examen cystoscopique.

Gallaudet (B.). Traumatic pyelo-paranephric cyst. (*Med. News*, 5 mars.)

Hunner (G. L.). Tuberculosis of the urinary system in women. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, janv.) — 35 cas de tuberculose de l'appareil urinaire chez la femme.

Kenney (F. W.). The use of formaldehyde as a preservative in urine. (*New York Med. Journ.*, 27 fév.)

Létienne (A.) et **Masselin** (J.). Précis d'urologie clinique. In-8o, 467 p. avec fig.

Mann (J. D.). Physiology and pathology of the urine; methods for its examination. In-8o, 284 p. avec fig. Londres.

Robinson (B.). Questions of urinanalysis bearing upon the diagnosis of contracted kidney. (*Med. Record*, 27 fév.) — L'analyse de l'urine; sa valeur pour le diagnostic du rein contracté.

Sadovsky (P.). Procédés de suture des plaies de l'uretère (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Tenney (B.). Some conclusions based on a study of 134 cases of calculus in the ureter. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 4 fév.)

Wallace (C. S.). An anatomical criticism of the procedure known as total prostatectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 30 janv.) — La prostatectomie totale devant l'anatomie.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Duncan (W.). A case of rupture of a tubal pregnancy on the 19th day after conception and 10 days after the uterus had been curetted. (*Lancet*, 27 fév.) — Un cas de rupture d'une grossesse extra-utérine le dix-neuvième jour après la conception et dix jours après curettage de l'utérus.

Eller (R.). Ein Fall von Meningocele nach Zangengeburt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mars.) — Méningocèle consécutif à un accouchement avec application de forceps.

Fedorov (I.). Corpora libera in tuba Fallopii (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Grouzdev (V.). Contribution à l'étude des « recurrent fibroids » de l'utérus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 fév.)

Herff (O. von). Vaginale oder abdominale Totalexstirpation bei Uteruscarcinom? (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv. et 1er fév.)

Jacoby (M.). Ueber primäres Carcinom der Clitoris. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Küstner (O.). Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. 2e éd. In-8o, 510 p. avec fig. Iéna.

Lepmann. Gonorrhoe im Wochenbett. (*Monatssch. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hyg.*, fév.) — La blennorrhagie dans les suites de couches.

Magniaux. Rétention dans la cavité utérine de la tête fœtale séparée du tronc. (*Normandie méd.*, 1er mars.)

McReynolds (R. P.). Pelvic cellulitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Mourza (A.). Procédé de suture de la plaie abdominale par laparotomie, employé à la Maternité d'Ekaterinenbourg (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Orlov (V.). Contribution à l'étude de la cure radicale du cancer de l'utérus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 fév.)

Pollak (E.). Die Gonorrhoe der para-urethralen Gänge des Weibes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 mars.) — La blennorrhagie folliculaire préuréthrale de la femme.

PÉDIATRIE

Le Damany (P.). Une nouvelle théorie pathogénique de la luxation congénitale de la hanche. (*Rev. de chir.*, fév. et mars.)

Morse (J. L.). A study of the caloric needs of premature infants. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Etude sur le calorique nécessaire aux enfants nés avant terme.

Nathan (P. W.). Etiology of rachitis. (*Med. News*, 27 fév.)

Nobécourt (P.). Les infections digestives des nourrissons. In-8o, 210 p. A. Joanin et Cie.

Pfeiffer (E.). Verhandlungen der 20. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abteilung für Kinderheilkunde der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel, 1903. In-8o, 272 p. avec planches. Wiesbaden. — Compte rendu de la vingtième Assemblée de la Société allemande de pédiatrie.

Quest (R.). Untersuchungen über Darmgase bei Säuglingen mit Tympanites. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 3.) — Recherches sur les gaz intestinaux chez les nourrissons atteints de météorisme.

Schanz (A.). Die statischen Belastungsdeformitäten der Wirbelsäule, mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Skoliose. In-8o, 210 p. avec fig. Stuttgart. — Les déformations rachidiennes par compensation, notamment au point de vue de la scoliose infantile.

Schröder (G.). Beitrag zur Frage von der Bedeutung der Säuglingsernährung für die Entstehung der chronischen Lungentuberkulose. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 10 mars.) — Influence de l'alimentation du nourrisson sur la pathogénie de la phtisie pulmonaire.

Spietschka (E.). Zur Frage der angeborenen Rhachitis und der Phosphorbehandlung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 3.) — Sur le rachitisme congénital et la médication phosphorée.

Spolverini (L. M.). Nouvelles recherches sur la présence des ferments solubles dans le lait. (*Arch. de méd. des enfants*, mars.)

Wilson (W. R.). Syphilitic affections of the skin and osseous system in the newborn. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Les lésions syphilitiques de la peau et du squelette chez le nouveau-né.

Zuppinger (C.). Ueber die eigenartige, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberkulose des lymphatischen Apparates im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 3.) — Sur la tuberculose de l'appareil lymphatique de l'enfant, simulant la pseudo-leucémie.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Basso (E. A.). Sul trattamento della sciatica mediante le iniezioni gassose. (*Policlinico*, 27 fév.)

Bracci (C.). Azione dell'atropina sulla secrezione cloridrica in un caso di mericismo. (*Clinica moderna*, 2 mars.)

Chistovsky (N.). Traitement de l'eczéma infantile par une pommade boriquée au baume du Pérou (en russe). (*Prakt. Vratch*, 7 fév.)

Cohnheim (P.). Weitere Mitteilungen über die Heilwirkung grosser Dosen von Olivenöl bei Erkrankungen des Magens und des Duodenums, Ulcus, Hyperchlorhydrie, spastischen und organischen Pylorusstenosen und deren Folgezuständen (Gastrektasie). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 1-2.) — Valeur curative de l'huile d'olive à hautes doses dans les affections de l'estomac et du duodénum.

Cruveilhier (L.). De la valeur thérapeutique des injections de sérum dans la diphtérie suivant les doses et la voie de pénétration. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Grocco (P.). Sulla cura dell'obesità. (*Riv. critica di clinica medica*, 27 fév.)

Homberger (E.). Zur Behandlung fieberhafter Krankheiten. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Le traitement des pyrexies.

Livingston (A. T.). Ergot in alcoholism, morphinism, and the general class of drug habit cases. (*Med. News*, 5 mars.)

Manouilov (A.). L'emploi thérapeutique de la scopolamine (en russe). (*Prakt. Vratch*, 14 et 21 fév.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Pennington (J. R.). Röntgen rays in the treatment of pruritus ani. (*New York Med. Journ.*, 20 fév.)

Sabouraud (R.) et **Noire** (H.). Les teignes cryptogamiques et les rayons X. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Skinner (C. E.). Two cases of severe X-ray necrosis, presenting some unusual features. (*Med. News*, 20 fév.) — 2 cas de gangrène étendue consécutive à l'application des rayons de Röntgen.

Skutezky. Ein Fall von radioskopisch sichergestellter Lungentuberkulose. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 mars.) — Confirmation radioscopique du diagnostic dans un cas de tuberculose pulmonaire.

Springer. Traitement de deux cas de panaris sous-unguéal sans opération par l'électricité statique. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 6 mars.)

Wight (J. S.). Recent researches in radioactivity and electricity; their bearing on radiotherapy; legal status. (*Amer. Medicine*, 5 mars.)

BACTÉRIOLOGIE

Bertrand (L.-E.). Le bacille de la dysenterie. (*Rev. de méd.*, mars.)

Eyre (J. W. H.). On the distribution of bacillus coli in nature; preliminary note. (*Lancet*, 5 mars.)

Heim (L.). Das Muzin der Milzbrandbazillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — La mucine des bacilles du charbon.

Lubowski et **Steinberg**. Ueber Agglutination von Typhusbazillen bei Proteus- und Staphylokokken-Infektion. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.)

Schanz (F.). Ueber die Variabilität der Gonokokken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mars.)

Simmonds (M.). Ueber bakteriologische Blutuntersuchungen an der Leiche. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 3.) — Recherches bactériologiques sur le sang cadavérique.

24e ANNÉE. — N° 17. Vingt centimes le numéro. 27 AVRIL 1904.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Réorganisation des autorités centrales de médecine en Russie.

En vertu d'un avis du Conseil de l'empire russe, approuvé par l'empereur, le département de médecine et la section des épidémies sont supprimés et remplacés par une direction médicale civile et un conseil de médecine.

A la tête de la direction est placé un inspecteur médical général, ayant sous ses ordres un adjoint et une chancellerie. De par ses fonctions, l'inspecteur médical général est membre du conseil du ministère de l'intérieur, du conseil général pour les affaires économiques locales, du conseil de médecine et du comité scientifique militaire de médecine, etc.

Le conseil de médecine, qui a pour président un docteur en médecine, est l'institution médicale supérieure de l'empire pour l'examen des questions d'hygiène et de salubrité publiques, de traitement médical et d'expertise médicale; il s'occupe également de tout ce qui concerne les modifications à apporter à la législation médicale et sanitaire. Il se compose de membres de droit et de membres choisis parmi les hommes de science.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Sötbeer, privatdocent à la Faculté de médecine de Heidelberg, est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur P. Yanichevsky est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Paolo Fiori, privatdocent à la Faculté de médecine de Pise, est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Guglielmo Mondio (*neurologie et psychiatrie*); Raffaele Albenzio (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Pier Francesco Arullani est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Stockholm. — M. le docteur Henry Isaac Marcus est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs P. Asch (*urologie*); E. Schlesinger (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à M. le docteur Franz Mracek, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Teodoro Stori est nommé privatdocent de médecine opératoire.

University College de Londres. — M. le docteur Percy Flemming est nommé professeur d'ophtalmologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Ch. Rouget, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier et au Muséum d'histoire naturelle de Paris, correspondant national de l'Académie de médecine. — M. le docteur Franz Stahr, ancien médecin inspecteur du service de santé militaire de la Prusse. — M. le docteur William F. Holcombe, ancien professeur d'ophtalmologie et d'otologie à New York University Medical College. — M. le docteur A. B. Arnold, ancien professeur de médecine et de neurologie au College of Physicians and Surgeons de Baltimore.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Beaure d'Augères (G.). Étude sur les greffes dermo-épidermiques de Thiersch.

Boucher (P.). De l'influence du traitement antisyphilitique, chez la femme enceinte, sur le fœtus.

Du Peloux (P.-H.). Repos stomacal absolu et ulcère simple de l'estomac.

Goulard (J.). Traitement des ostéo-arthrites fongueuses du genou par la méthode sclérogène associée aux injections intra-articulaires chez les jeunes sujets.

Guibier (Ch.). De la possibilité d'une action thérapeutique de la musique.

Henry (P.). Les fausses grossesses : la grossesse nerveuse.

Jamin-Daviau (E.). De la diathèse goutteuse au XVIIIe siècle et au commencement du XIXe.

Lebourgeois (J.-C.). Contribution à l'étude de la fracture sus-condylienne transversale de l'humérus.

Leconte (J.). Contribution à l'étude de la version par manœuvres internes; résultats statistiques recueillis à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine du 18 mai 1897 au 12 janvier 1904.

Le Foll (M.). Quelques considérations hygiéniques au sujet d'une épidémie de scarlatine observée en Bretagne.

Lionnet (A.). Les arthropathies rhumatiformes au cours de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant (rhumatisme tuberculeux).

Mocochain (Th.). Traitement comparé des fractures de rotule : méthode sanglante et méthode non sanglante comparées.

Monod (O.). Contribution à l'étude sur l'avenir des convulsifs infantiles.

Nocton (H.). De la procidence des membres dans l'accouchement.

Sauvageot (A.-P.). De la rupture des collections tubaires au cours du palper abdominal et du massage gynécologique.

Stankévitch (L.). Sur un procédé de dosage de la bilirubine dans le sérum sanguin (cholémimétrie de Gilbert-Herscher-Posternak).

Valençon (A.). Des décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur.

PHYSIOLOGIE

Landau (A.). Ueber die Stickstoffverteilung im Harne des gesunden Menschen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — Répartition de l'azote dans l'urine de l'homme sain.

Laqueur (L.). Noch einmal die Lage des Centrums der Macula lutea im menschlichen Gehirn. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 3.) — Localisation cérébrale du centre fonctionnel de la tache jaune chez l'homme.

Lüthje (H.). Die Zuckerbildung aus Eiweiss. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 5-6.) — L'albumine comme source de glycogène.

Mayer (A.). Ueber den Einfluss von Rhodanverbindungen auf den Stoffwechsel. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXIX, 3-4.) — Influence des sulfocyanures sur les échanges organiques.

Mouneyrat (A.). La purine et ses dérivés. In-8°, 99 p. Évreux.

Schenck (F.) et **Gürber** (A.). Leitfaden der Physiologie des Menschen. 3e éd. In-8°, 290 p. avec fig. Stuttgart. — Éléments de physiologie humaine.

Vaschide (N.) et **Lahy** (J.-M.). La technique sphygmographique. (*Rev. de méd.*, fév. et mars.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Busse (O.). Ueber Cystennieren und andere Entwicklungsstörungen der Niere. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 3.) — Du rein polykystique et d'autres lésions congénitales du rein.

Orloff (N.). Zur Frage der pathologischen Anatomie der genuinen Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.)

Parodi (U.). Dell'innesto della capsula surrenale fetale. (*Sperimentale*, LVIII, 1.)

Pirone (R.). Ricerche istologiche sulla funzione secretiva degli epiteli specifici dello stomaco. (*Sperimentale*, LVIII, 1.)

Ravenna (E.) et **Gentili** (A.). Le alterazioni istologiche del fegato prodotte da sostanze che distruggono i globuli rossi; ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'ittero. (*Sperimentale*, LVIII, 1.)

Scagliosi (G.). Contributo alla patologia delle scottature; ricerche anatomiche e sperimentali. (*Morgagni*, janv.) — Pathologie des brûlures.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Calamida (D.). Sull'azione del sublimato nelle infezioni sperimentali da carbonchio negli animali refrattari. (*Gazz. degli Osped.*, 20 mars.)

Donati (M.). Experimentelle Versuche, das Magengeschwür vermittels Verletzungen der Magennerven hervorzurufen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 26 mars.) — La production expérimentales de l'ulcère de l'estomac par lésion des nerfs de l'estomac.

Füth (H.). Untersuchungen am Kaninchen über die Einwirkung der Kohlensäure und des Sauerstoffs, sowie der Gravidität auf den Gefrierpunkt des Blutes, nebst Bemerkungen über den Sauerstoffgehalt des fötalen menschlichen Blutes. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 2.) — Influence de l'acide carbonique et de l'oxygène ainsi que de la grossesse sur le point de congélation du sang chez la lapine; remarques sur la teneur du sang en oxygène chez le fœtus humain.

Müller (P. Th.). Ueber den Einfluss des Stoffwechsels auf die Produktion der Antikörper. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 mars.) — Influence des échanges organiques sur la production des anticorps.

Nicolas (J.), **Froment** (J.) et **Dumoulin** (F.). Splénectomie et leucocytose dans l'intoxication diphtérique expérimentale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Pletnev (D.). Quelques recherches expérimentales sur l'origine de l'arythmie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 4.)

Remlinger (P.). Le passage du virus rabique à travers les filtres; 2e mémoire. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Wagner (G. A.). Ueber Verimpfungen von Karzinom in das Gehirn von Versuchstieren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 mars.) — Inoculations intracérébrales du cancer aux animaux de laboratoire.

Zarra (N.). Ricerche sperimentali sui rapporti funzionali tra ovaio ed ovidutto; nota preventiva. (*Gazz. internazion. di med.*, 29 fév. et 10 mars.) — Les rapports fonctionnels de l'ovaire et de l'oviducte.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ehrlich (P.). Gesammelte Arbeiten zur Immunitätsforschung. In-8°, 776 p. avec fig. Berlin. — Recherches sur l'immunité.

Höber (W. R.). Neubildung und Boden, untersucht an den Sterbefällen der Stadt Augsburg. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 3.) — Cancer et terrain, d'après la mortalité de la ville d'Augsbourg.

Pembrey (M. S.). Remarks upon temperature. (*Brit. Med. Journ.*, 27 fév.)

Römer (P. H.). Ueber die Einwirkung des galvanischen Stroms auf Tetanus-Gift, Tetanus-Antitoxin und Toxin-Antitoxin-Gemische. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 fév.) — Influence du courant galvanique sur la toxine et l'antitoxine tétaniques, ainsi que sur les mélanges de toxine et d'antitoxine.

Sachs (H.). Ueber die Hämolysine des normalen Blutserums. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 fév.) — Sur les hémolysines du sérum sanguin normal.

Senator (H.). Ueber die hämolytische Eigenschaft des Blutserums bei Urämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 fév.) — Sur les propriétés hémolytiques du sérum sanguin dans l'urémie.

Serkowski (S.) et **Maybaum** (J.). Materyaly do etyologii i statystyki raka. (*Gaz. lekarska*, 23 et 30 janv., 6, 13 et 20 fév.) — Contribution à l'étiologie et à la statistique du cancer.

Vieira de Carvalho. Herança de tumores malignos. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 janv.) — L'hérédité dans les tumeurs malignes.

Zangger (H.). Deutung der Eigenschaften und Wirkungsweisen der Immunkörper. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 fév.) — A quoi sont dues les propriétés caractéristiques des anticorps et quel est le mode d'action de ces substances ?

MÉDECINE

Moraes (F.). Notas sobre hypohemia intertropical. (*Brazil-medico*, 1er fév.)

Morison (A.). The neural factor in heart disease. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — L'élément nerveux dans les cardiopathies.

Olmer (D.) et **Audibert** (V.). De la rétention des chlorures dans l'ascite d'origine hépatique. (*Rev. de méd.*, mars.)

Reckzeh (P.). Zur Analyse des unregelmässigen Pulses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mars.) — Analyse du pouls irrégulier.

Reuling (R.). Three cases of pernicious anæmia, with a description of the pathological changes found in the spinal cord. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — 3 cas d'anémie pernicieuse; lésions anatomo-pathologiques de la moelle épinière.

Rubinstein (S.). Die diagnostische Bedeutung der zehnten Rippe. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 5 mars.) — Valeur diagnostique de la dixième côte.

Sänger (M.). Ueber Asthma. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 fév.)

Sawyer (Sir James). Improvements in dietetics of diabetics. (*Brit. Med. Journ.*, 5 mars.) — A propos du régime des diabétiques.

Schlayer. Leberabszess im Rückfall. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 fév.) — Abcès du foie récidivé.

Schott (Th.). On some hæmoglobin investigations in cases of chronic heart disease. (*Brit. Med. Journ.*, 5 mars.) — Recherches relatives à l'hémoglobine dans quelques cas d'affection chronique du cœur.

Schwarzkopf (E.). Ein Fall von Bronchitis fibrinosa chronica mit nachweisbarer Lokalisation und überwiegend aus Schleim bestehenden Bronchialausgüssen. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 fév.) — Un cas de bronchite fibrineuse chronique à localisation manifeste et à moules bronchiques principalement formés de mucus.

Seiffert. Anwendung der Lumbalpunktion bei Urämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — La ponction lombaire dans l'urémie.

Sitta. Alimentární laevulosurie pri organickych chorobách jater. (*Sbornik klinicky*, V, 3.) — La lévulosurie alimentaire dans les affections du foie.

Stengel (A.). The early diagnosis of arteriosclerosis. (*Amer. Medicine*, 2 janv.) — Le diagnostic précoce de l'artériosclérose.

Stern (H.). The clinical importance of aerophagia. (*New York Med. Journ.*, 20 fév.)

Stockman (R.). The causes and treatment of chronic rheumatism. (*Brit. Med. Journ.*, 27 fév.)

Stockton (Ch. G.). The early manifestations of cirrhosis of the liver previous to the appearance of physical signs. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.) — La cirrhose du foie pendant la période préascitique.

MALADIES INFECTIEUSES

Berka (F.). Zur gewerblichen Milzbrandinfektion. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 mars.) — Le charbon par infection professionnelle.

Lintvarev (S.). Quelques cas rares de charbon chez l'homme (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 24 janv.)

Manson (Sir Patrick). Recurrent fever associated with spirilla in the blood in a patient from Gibraltar. (*Brit. Med. Journ.*, 5 mars.) — Fièvre récurrente chez une malade venue de Gibraltar et dont le sang renfermait des spirilles.

Muglia (N.). Sulla febbre tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 21 fév.)

Polverini (G.). Note sul tifo ricorrente con speciale riguardo alla diagnosi differenziale fra questa malattia e la peste bubbonica. (*Riv. critica di clinica medica*, 30 janv.)

Salmon (Th. W.). Diphtheria of the vagina with secondary involvement of the mouth, rectum and skin. (*Amer. Medicine*, 5 mars.) — Diphtérie vaginale avec envahissement secondaire de la bouche, du rectum et de la peau.

Scheppegrell (W.). Diphtheria of the nose. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 fév.) — Diphtérie nasale.

Simoes (A.). Novo signal de diagnose precoce da tuberculose pulmonar. (*Brazil-medico*, 8 et 15 fév.)

Stern (R.) et **Korte** (W.). Ueber den Nachweis der bactericiden Reaction im Blutserum der Typhuskranken. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 fév.) — De la séro-réaction de Widal.

Thayer (W. S.). On the late effects of typhoid fever on the heart and vessels; a clinical study. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Complications cardio-vasculaires tardives de la fièvre typhoïde.

Warthin (A. S.) et **Cowie** (D. M.). A contribution to the casuistry of placental and congenital tuberculosis; miliary tuberculosis of the mother in seventh month of pregnancy; tuberculosis of placenta; agglutination thrombi, containing many tubercle bacilli, in placenta and fetus. (*Journ. of Infectious Diseases*, I, 1.) — Tuberculose miliaire de la mère au septième mois de la grossesse; tuberculose du placenta; thromboses renfermant de nombreux bacilles de Koch dans le placenta et le fœtus.

Yassny (S.). Contribution à l'étude des récidives de la scarlatine (en russe). (*Prakt. Vratch*, 7 fév.)

Zlatogorov (S.). A propos de la théorie de la propagation de la malaria par les moustiques (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 14 fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Mendel (K.). Ein Reflex am Fussrücken. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — Un réflexe du dos du pied.

Meyer (E.). Ueber acute und chronische Alkoholpsychosen und über die ätiologische Bedeutung des chronischen Alkoholmissbrauches bei der Entstehung geistiger Störungen überhaupt. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.) — Sur les psychoses alcooliques aiguës et chroniques et sur le rôle de l'alcoolisme chronique dans l'étiologie des troubles mentaux en général.

Minor (L.). Ueber die Localisation und klinische Bedeutung der sogenannten « Knochensensibilität » oder des Vibrationsgefühls. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév. et 1er mars.) — La localisation et la signification clinique de la sensibilité osseuse.

Parry (T. W.). A case of paroxysmal labyrinthine vertigo associated with special ocular symptoms and alleviated by seton. (*Lancet*, 5 mars.) — Un cas de vertige de Ménière associé à des symptômes oculaires et amélioré par un séton.

Redlich (E.). Ueber zwei neue Hautreflexe an den unteren Extremitäten. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — Deux nouveaux réflexes cutanés du membre inférieur.

Reichardt (M.). Ueber Pupillarfasern im Sehnerv und über reflektorische Pupillenstarre. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXV, 5-6.) — Sur les fibres pupillaires du nerf optique et sur le signe d'Argyll-Robertson.

Rosenfeld (M.). Endarteriitis bei multipler Sklerose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.) — L'endartérite dans la sclérose en plaques.

Sarbó (A. von). Zur Pathogenese der sogenannten rheumatischen Facialislähmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXV, 5-6.) — Pathogénie de la paralysie dite rhumatismale du nerf facial.

Schmidt (K.). Paralysis agitans nach Trauma. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — Paralysie agitante d'origine traumatique.

Schultze (E.). Ueber Psychosen bei Militärgefangenen, nebst Reformvorschlägen; eine klinische Studie. In-8°, 276 p. Iéna. — L'aliénation mentale chez les détenus militaires.

Senni (G.). Su due casi di ascesso cerebrale traumatico. (*Policlinico*, 5 mars.)

Shelmerdine (E. K.). Seasickness : etiology and prophylaxis. (*Amer. Medicine*, 2 janv.) — Le mal de mer; étiologie et prophylaxie.

Stoddart (W. H. B.). Motor symptoms of mania and melancholia, with a theory of their origin and of the origin of delusions arising in these conditions. (*Lancet*, 5 mars.)

Tchiriev (S.). Ein Fall vollständig geheilter Blindheit (Hemianopsie). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 2.) — Un cas de guérison complète de cécité par hémianopsie.

Walton (G. L.). The prevailing conception of degeneracy and degenerate, with a plea for introducing the supplementary terms deviation and deviate. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 21 janv.) — La conception actuelle de la dégénérescence mentale; distinction d'un type spécial dit déviation.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Blindreich (Z.). Febris gonorrhoica acutissima. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 mars.)

Bozzi (E.). Di un caso di micosi fungoide. (*Policlinico*, partie chir., XI, 3.)

Charkevitch-Charjinsky (P.) et **Bogrov** (S.). L'action de la formaline sur le favus (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 2.)

Dillingham (F. H.). Alopecia areata. (*Amer. Medicine*, 12 mars.)

Gouzien (P.). Note sur la syphilis dans les établissements français de l'Inde. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Martzinovsky (E.) et **Bogrov** (S.). Contribution à l'étiologie du bouton d'Orient (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 3.)

Mracek (F.). Atlas-manuel de la syphilis et des maladies vénériennes (pathologie et thérapeutique). (2e éd. française par E. Emery.) In-16, 428 p. avec planches.

Peter (L. C.). Diagnosis and treatment of syphilis of the central nervous system. (*Med. News*, 12 mars.)

Ruge (H.). Tabes, Aortenaneurysma und Syphilis; statistische Bemerkungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 mars.)

Somers (L. S.). The recognition and treatment of some of the pharyngeal lesions of syphilis. (*Med. News*, 12 mars.) — Diagnostic et traitement de certaines lésions syphilitiques du pharynx.

Zelensky (G.). Un cas de lèpre tuberculeuse (en russe). (*Prakt. Vratch*, 28 fév. et 6 mars.)

PARASITOLOGIE

Maragliano (D.). Cisticerco del cervello. (*Gazz. degli Osped.*, 20 mars.)

Masovcic (U.). Ueber einen Fall von Echinococcus hydatidosus des Herzmuskels. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 mars.) — Un cas de kyste hydatique du myocarde.

Navarre (P.-J.). Maladies à trypanosomes de l'homme. (*Lyon méd.*, 13 mars.)

Yakimov (V.). Contribution à la biologie des trypanosomes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 fév. et 6 mars.)

CHIRURGIE

Alessandri (R.). Un caso di angioma cavernoso del muscolo trapezio. (*Policlinico*, partie chir., XI, 3.)

Ardouin (P.). Enchondrome de l'annulaire droit; amputation. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Aronheim. Ein Fall von linksseitigem vollständigen congenitalen Defekt des Musculus cucullaris und congenitaler Skoliose bei einem 30jährigen Manne. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.) — Absence congénitale du muscle trapèze gauche et scoliose congénitale chez un homme âgé de trente ans.

Bechi (G.). Ascesso post-tifico della fossa iliaca interna, trapanazione dell'osso iliaco, guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 13 mars.)

Bereznégovsky (N.). Contribution à l'étude des fistules salivaires traumatiques (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 1.)

Bergmann (A. von). Die Resultate der Bassini-Operation. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 26 mars.)

Blum (V.). Die Hernia intravesicalis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 fév.)

Boari (A.). Gastrectomia parziale cilindrica piloro-gastrica in donna gravida al 3e mese; considerazioni sui varii metodi di resezione gastrica. (*Clinica moderna*, 9 mars.)

Bodmer (H.). Entfernung eines Fremdkörpers aus dem rechten Bronchus mit Hilfe der Killian'schen Bronchoskopie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Extraction d'un corps étranger de la bronche droite à l'aide de la bronchoscopie.

Bogolioubov (V.). Anastomose chirurgicale sur les voies spermatiques (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 1.)

Bottaro (L. P.). Obstrucción del colédoco por cálculo enclavado en la ampolla de Vater. (*Rev. méd. del Uruguay*, janv.)

Ceccherelli (A.). L'emostasi del fegato. (*Arch. internation. de chir.*, I, 4.) — L'hémostase du foie.

Cheyne (W. Watson). The treatment of cancer of the breast by operation. (*Lancet*, 12 mars.) — Le traitement chirurgical du cancer du sein.

Coe (H. C.). Secondary laparotomy. (*Med. Record*, 12 mars.)

Cushing (Harvey). Pneumatic tourniquets, with especial reference to their use in craniotomies. (*Med. News*, 26 mars.)

Deaver (J. B.) et **Müller** (G. P.). The pathology and surgical treatment of pancreatic diseases. (*Amer. Medicine*, 19 mars.)

Drucker (V.). Die einzelnen Arten der Hydrocele des Samenstranges. (*Pest. med.-chir. Presse*, 27 mars.) — Les différentes variétés d'hydrocèle du cordon spermatique.

Elsberg (Ch. A.). Some clinical features of diseases of the gallbladder and bile ducts due to gallstones, and the indications for their surgical treatment. (*New York Med. Journ.*, 26 mars.) — Quelques signes cliniques de la lithiase biliaire; indications du traitement chirurgical.

Erdmann (J. F.). Strangulated hernia. (*Med. Record*, 12 mars.) — Hernie étranglée.

Grisson (H.). Zur Technik der Knochennaht mit Silberdraht. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 19 mars.) — Technique de la suture osseuse au fil d'argent.

Grunwell (A. G.). Report of a case of kidney decapsulation, with some observations on the operation. (*Med. Record*, 26 mars.) — Un cas de décapsulation du rein.

Luxembourg. Ueber Bier'sche Stauung. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — L'hyperémie passive par le procédé de Bier.

Powers (Ch. A.). Cancer of the rectum; combined abdominal and perineal operation. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 21 janv.)

Riebold (G.). Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äussere Verletzung. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — Un cas de hernie pulmonaire traumatique sans lésion externe.

Roth (H.). Thrombosis of the cavernous sinus. (*New York Med. Journ.*, 27 fév.)

Saundby (R.) et **Hewetson** (J. T.). Remarks on extensive carcinoma of the œsophagus, with unusual nervous complications. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars.)

Scheible (H.). Ein Fall von Leberabszess und diffuser Cholangitis mit zahlreichen Komplikationen durch mehrfache chirurgische Eingriffe geheilt. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mars.) — Un cas d'abcès du foie et d'angiocholite diffuse avec complications multiples, guéri à la suite de plusieurs interventions chirurgicales.

Schmidt (G.). Schrotschuss und Wundstarrkrampf. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 fév.) — Blessure par chevrotine et tétanos.

Schwartz (A.). Chirurgie du thorax et du membre supérieur. In-8°, 153 p. avec fig.

Scudder (Ch. L.). Cholecystostomy and cholecystectomy; a study of a certain series of operations. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 fév.)

Sherman (H. M.). Report on two of the children operated on by Lorenz. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 fév.) — Résultats de l'opération pratiquée par M. Lorenz chez deux enfants.

Sinkler (W.). The nervous phenomena associated with movable kidney. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 fév.) — Les troubles nerveux compliquant le rein mobile.

Stone (I. S.). Retroperitoneal infection a result of appendicitis. (*Amer. Medicine*, 27 fév.)

Suker (G. F.). The decapsulation of the kidney, with reference to the concomitant intra-ocular complications in the chronic forms of nephritis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 fév.) — La décapsulation du rein, notamment dans les cas de néphrite chronique compliqués de lésions du fond de l'œil.

Taylor (A. S.) et **Clark** (L. P.). The surgical treatment of facial palsy, with the technique of facio-hypoglossal nerve anastomosis. (*Med. Record*, 27 fév.) — Traitement chirurgical de la paralysie faciale; manuel opératoire de la greffe hypoglosso-faciale.

Thiem. Bruch des rechten Schenkelhalses bei einem Tabischen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — Fracture du col fémoral droit chez un tabétique.

Thomas (J. L.) et **Schölberg** (H. A.). Cholecystotomy for acute post-enteric infection of the bile channels; recovery; demonstration of the bacillus typhosus. (*Lancet*, 27 fév.) — Cholécystotomie pour infection aiguë post-typhoïdique des voies biliaires; guérison.

Trendel. Beiträge zur Kenntnis der akuten infektiösen Osteomyelitis und ihrer Folgeerscheinungen, auf Grund von 1058 Fällen der von Bruns'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Sur l'ostéomyélite aiguë et ses complications, d'après 1,058 observations du service de M. von Bruns.

Tuffier. La rachicocaïnisation. In-8°, 109 p. avec fig.

Ullmann (E.). Ueber Appendicitis. (*Wien. med. Presse*, 21 et 28 fév.)

Veau (V.). Pratique courante et chirurgie d'urgence. In-8°, 216 p. avec fig.

Viannay (Ch.) et **Pinatelle** (L.). De l'envahissement de la trachée et de l'œsophage par le goitre cancéreux. (*Rev. de chir.*, mars.)

Wallace (W. L.). Posterior gastroenterostomy, by a modified Maunsell's method, with an entero-enterostomy by the Hartley method. (*Amer. Medicine*, 20 fév.)

Waring (H. J.). Manual of operative surgery. 2e éd. In-8°, 690 p. avec fig. Londres.

Weber (E.). Fracture des métatarsiens survenant pendant la marche (pied forcé). (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Weiss. Un cas de cancer de l'ampoule de Vater. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.)

Werner (R.). Ueber eine merkwürdige, durch Resektion geheilte Funktionsstörung des Unterkiefergelenkes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.) — Sur un trouble fonctionnel bizarre de l'articulation temporo-maxillaire, guéri par la résection.

UROLOGIE

André (J.). Guide pratique d'urologie clinique. In-18, 238 p. avec fig.

Baisch (K.). Erfolge in der prophylaktischen Bekämpfung der postoperativen Cystitis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 mars.) — Résultats du traitement préventif de la cystite postopératoire.

Bickersteth (R. A.). Intravesical separation of the urines coming from the two ureters as an aid to diagnosis in surgical diseases of the kidneys. (*Lancet*, 26 mars.)

Blasucci (E.). Dilatation of the bladder in suprapubic cystotomy. (*Med. Record*, 19 mars.) — La dilatation de la vessie dans la cystotomie sus-pubienne.

Blum (V.). Die Harnvergiftung (Urotoxämie und Urosepsis). (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 365.)

Harrison (R.). The treatment of stone in the bladder complicated with hypertrophy of the prostate. (*Arch. internation. de chir.*, I, 4.) — Traitement de la lithiase vésicale compliquée d'hypertrophie de la prostate.

Hibbitt (Ch. W.). Cystitis in the female. (*Amer. Practitioner and News*, 15 fév.)

Hofmann (M.). Ein Beitrag zur Nephrektomie und Diagnostik der Nierentuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 mars.) — Sur la néphrectomie et le diagnostic de la tuberculose rénale.

Johnson (A. B.). Some operative methods for the fixation of movable kidney and their result. (*Med. Record*, 19 mars.) — De quelques procédés de néphropexie et de leurs résultats.

OPHTALMOLOGIE

Bock (E.). Fremdkörper in den Thränenwegen. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 mars.) — Corps étrangers des voies lacrymales.

Dransart. De la cataracte, dans ses rapports avec la cécité, dans le nord de la France. (*Echo méd. du Nord*, 13 mars.)

Elschnig. Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Netzhauterkrankungen bei Nephritis. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 et 19 mars.) — Valeur diagnostique et pronostique des lésions de la rétine au cours de la néphrite.

Gould (G. M.). Torticollis and spinal curvature due to eyestrain. (*Amer. Medicine*, 26 mars.) — Torticolis et déviation rachidienne consécutifs à de l'asthénopie.

Holmström (J.). Om akut central amblyopi. (*Hygiea*, mars.)

Key (E.). Ett fall af korioidalsarkom med nekrotisk härd i svulsten. (*Hygiea*, fév.) — Un cas de sarcome de la choroïde, avec foyer de nécrose dans la tumeur.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Barette. Fibromyome du ligament large droit; torsion du pédicule; accidents d'occlusion intestinale; extirpation; guérison. (*Année méd. de Caen*, mars.)

Bösebeck (G.). Ueber die Trennungsschicht der Placenta in den verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 2.) — Sur la couche de séparation du placenta aux différentes périodes de la grossesse.

Bürger (O.). Zur Kenntnis der Ovarialblutungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 2.) — Sur les hémorrhagies ovariennes.

Murphy (J. B.). Tuberculosis of the female genitalia and peritoneum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv. et fév.) — La tuberculose du péritoine et de l'appareil génital de la femme.

Orbante (M.). La diphtérie de l'utérus post partum (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 21 fév.)

Pollak (E.). Kritisch-experimentelle Studien zur Klinik der puerperalen Eklampsie. In-8°, 172 p. Vienne.

Poteienko (V.). Un cas de grossesse à la fois tubaire et intra-utérine (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Reed (Ch. B.). The etiology of the ischuria in retroflexion of the gravid uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Ries (E.). A contribution to the function of the corpus luteum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Rosenwasser (M.). Infravaginal elongation of the cervix. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Senni (G.). Sulla tubercolosi primitiva dell'ovaio. (*Gazz. degli Osped.*, 6 mars.) — Tuberculose primitive de l'ovaire.

Stamm (M.). The value of vaginal cæsarean section. (*Med. News*, 20 fév.) — La valeur de l'opération césarienne vaginale.

Stein (A.). Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Fibromyomen der Bauchdecken. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Fibromyomes des parois de l'abdomen.

Völker (H.). Eine Geburt bei Thorakopagus. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 fév.) — Accouchement d'un thoracopage.

Wagner (C.). Modified Porro operation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Woyer (G.). Zur Technik der Dekapitation. (*Wien. med. Presse*, 14, 21 et 28 fév.) — Manuel opératoire de la décollation.

PÉDIATRIE

Barbillion. De l'infection septique d'origine otique chez les nourrissons. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Berti (G.). Contributo alla conoscenza clinica e patogenetica di un disturbo della suzione nei neonati. (*Pediatria*, fév.)

Broca (A.). Les mastoïdites des nourrissons. (*Arch. internation. de chir.*, I, 4.)

Cappuccio (D.). La percussione della colonna vertebrale nei bambini; appunti di semiotica infantile. (*Pediatria*, mars.)

Czerny (A.) et **Keller** (A.). Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Fasc. 5. In-8°, p. 481 à 640, avec fig. Vienne. — L'alimentation de l'enfant, ses troubles et leur traitement.

Engel (C. S.). Welches sind die geringsten Anforderungen, die an eine Säuglingsmilch zu stellen sind? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 mars.) — Conditions essentielles que doit remplir le lait destiné à l'alimentation artificielle du nourrisson.

Engelmann. Beiträge zur Kenntnis der Sacraltumoren. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — Sur les tumeurs sacro-coccygiennes.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Chauveau (C.). Hémorrhagies pharyngo-laryngées chez des hépatiques. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Decroly (O.) et **Rouma** (G.). Symptomatologie du bégaiement. (*Policlinique*, 15 janv. et 15 mars.)

Durand et **Garel** (J.). Corps étranger du larynx; aiguille extraite par thyrotomie verticale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Fetterolf (G.). Reflex cardiac inhibition resulting from irritation of the peripheral fibers of the trifacial nerve and occurring in the course of an operation for chronic empyema of the frontal sinus. (*Amer. Medicine*, 19 mars.)

Heine. Zur Behandlung der akuten Mittelohrentzündung; 2. Teil. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mars.) — Traitement de l'otite moyenne aiguë.

Piffl (O.). Zur Kasuistik der Hirnblutleitererkrankungen otitischen Ursprungs. (*Prag. med. Wochensch.*, 31 mars.) — 4 cas de thrombose des sinus d'origine otique.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Baker (R. D.). Physiological and clinical aspects of hydrotherapy, with its special reference to the treatment of psychoses. (*Med. News*, 26 mars.)

Barr (J.). Treatment of serous effusions. (*Brit. Med. Journ.*, 19 mars.)

Bédart (G.). Ressources thérapeutiques de la réfrigération de la région cardiaque. (*Echo méd. du Nord*, 13 mars.)

Bergel. Fieber und Fieberbehandlung. In-8°, 70 p. Berlin. — La fièvre et son traitement.

Landesmann (E.). Die Therapie an den Wiener Kliniken. 7e éd. In-8°, 844 p. Vienne.

Montagnini (T.). Le iniezioni di bromuro di calcio nell'epilessia. (*Gazz. degli Osped.*, 31 janv.)

Mori (A.). Un caso grave di avvelenamento da vipera curato col permanganato potassico. (*Gazz. degli Osped.*, 6 mars.) — Empoisonnement par morsure de vipère guéri au moyen du permanganate de potasse.

Stiassny (S.). Ueber die Wirkung geringgradiger Kältetraumen auf granulierende Wunden, zugleich ein therapeutischer Beitrag. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 mars.) — De l'action du froid sur les plaies bourgeonnantes.

Walsh (J.). Antistreptococcus serum in pernicious anemia. (*Med. Record*, 27 fév.)

GÉNÉRALITÉS

Chtangué (V.). Les problèmes de l'instruction médicale (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 6 mars.)

Gaudier (H.). Notions sur l'organisation générale du service de santé en campagne dans l'armée japonaise. (*Echo méd. du Nord*, 28 fév.)

Hays (H. M.). A history of saliva, its physiology, chemistry and pathology. (*Med. News*, 26 mars.)

Neisser (M.) et **Friedemann** (U.). Studien über Ausflockungserscheinungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars.) — Recherches sur les phénomènes de précipitation.

Swoboda. Die Perioden des menschlichen Organismus in ihrer psychologischen und biologischen Bedeutung. In-8°, 135 p. Vienne. — Les périodes de l'organisme humain au point de vue psychologique et biologique.

24e ANNÉE. — N° 18. Vingt centimes le numéro. 4 MAI 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Hugo Liepmann, privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Luigi Panichi est nommé privatdocent de pathologie générale.

Faculté de médecine de Buénos-Ayres. — MM. les docteurs Diógenes Decoud et Juan B. Justo sont nommés professeurs de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Fribourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Wilhelm Trendelenburg (*physiologie*); Franz Knoop (*chimie physiologique*).

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Oskar Zoth, professeur à la Faculté de médecine d'Innsbruck, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. A. Rollett, décédé.

Faculté de médecine de Halle. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Egon Tomasczewski (*dermatologie et syphiligraphie*); Richard Freund (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Ernst Schwalbe, privatdocent d'anatomie pathologique et d'histoire de la médecine, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Ernst Meyer, privatdocent à la Faculté de médecine de Kiel, est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

College of Physicians and Surgeons de New York. — M. le docteur William Kelly Simpson est nommé professeur de laryngologie et de rhinologie, en remplacement de M. George M. Lefferts, démissionnaire.

VARIA

Congrès international pour l'étude de la tuberculose en 1905.

Un Congrès international pour l'étude de la tuberculose se tiendra à Paris du 2 au 7 octobre 1905.

NÉCROLOGIE

M. le professeur Duclaux, membre de l'Académie des sciences et associé libre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur. — M. le docteur Pierleone Tommasoli, professeur de dermatologie et syphiligraphie à la Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Wilhelm His, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Leipzig.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Agéon (P.). Contribution à l'étude des complications bucco-pharyngées de la rougeole chez les enfants.

Aumond (L.). De l'iode comme topique utérin dans les infections puerpérales.

Barbarin (H.). Contribution à l'étude de l'asthme chez l'enfant.

Bonneau (R.). La dyspnée dans les maladies du cœur.

Canet (G.). De l'éléphantiasis de la verge et du scrotum.

Carrière-Montjosieu (C.). Contribution à l'étude du noma au cours de la fièvre typhoïde.

Coëylas (A.). Pathogénie et symptomatologie du vomissement dans la tuberculose pulmonaire.

Dévouassoux (J.). De la conservation de l'utérus et de l'ovaire après la salpingectomie double.

Hérisset (A.). Contribution à l'étude des rhinolithes.

Houlié (R.). Hygiène et soins médicaux à bord des navires.

Jégourel (H.). De l'atrophie pondérale d'origine gastro-intestinale chez les nourrissons au sein.

Lacroix (C.-J.). Contribution à l'étude du diabète insipide; ses rapports avec les infections.

Mahar (M.-V.). Traitement de l'appendicite aiguë; indications opératoires.

Moreau (H.). Etude sur le hachich.

Muller (A.). Fractures et décollements épiphysaires du col du fémur chez les enfants et les adolescents; leurs rapports avec la coxa vara.

Saint-Albin (E. de). Etude sur la calorimétrie des enfants atrophiques.

Sébian (Haïk). Des hernies de la trompe et de l'ovaire.

Sourice (J.). Des indications de la gastro-entérostomie dans les cas de tumeur de l'estomac n'intéressant pas le pylore.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Debray. Quelques déductions pratiques de la réfutation du neurone. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

Fürst (C. M.). Naagra bidrag till knäledens utvecklingshistoria. (*Hygiea*, fév.) — Sur le développement du genou.

Iossifov (G.). Les procédés d'injection des vaisseaux lymphatiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 mars.)

Justus (J.). Ueber den physiologischen Jodgehalt der Zelle; 2. Mitteilung. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 1.) — Teneur normale de la cellule en iode.

Lewis (D. D.). The present conception of the perirenal fascia and its rôle in fixation of the kidney. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 mars.) — Le fascia périrénal et son rôle comme moyen de fixité du rein.

PHYSIOLOGIE

Gärtner (G.). Ueber das Tonometer; 3. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 et 29 mars.)

Kossel (A.) et **Dakin** (H. D.). Ueber die einfachsten Eiweissstoffe und ihre fermentative Spaltung. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 mars.) — Sur les albuminoïdes les plus simples et leur réduction par fermentation.

Ototzkaïa (E.). De la teneur des substances alimentaires en phosphore et de la valeur de celui-ci pour l'organisme (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 6 et 13 mars.)

Paterson (J. V.). Some observations on the lymph flow through the eyeball in man and certain animals. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.) — Sur la circulation lymphatique de l'œil chez l'homme et chez quelques animaux.

Pugliese (A.). Etudes sur la réalimentation : les matières organiques et inorganiques du foie et des muscles dans les premiers jours de la réalimentation. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Roux (J.-Ch.) et **Laboulais** (A.). Sur un procédé permettant d'apprécier la rapidité d'évacuation de l'estomac et l'abondance de la sécrétion. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Anderson (H. B.). The etiology and pathology of arteriosclerosis. (*Amer. Medicine*, 12 mars.)

Bartel (J.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Tumoren der Sakralgegend; kleincystisches Epidermoid der Sakralgegend. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 fév.) — Contribution à l'étude des tumeurs sacro-coccygiennes; épidermoïde microkystique de la région sacrée.

Busse (O.). Beitrag zur Lehre von der Nekrose des Fettgewebes und des Pankreas. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — Sur la nécrose du tissu adipeux et du pancréas.

Lesser (F.). Zur Aetiologie der Orchitis fibrosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 mars.)

Lewisohn (R.). Zur Entstehung der Mischgeschwülste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17, 24 et 31 mars.) — L'origine des tumeurs mixtes.

Nazari (A.). Alterazioni renali nella tetania gastrica. (*Policlinico*, partie méd., XI, 3.)

Saul (E.). Beiträge zur Biologie der Tumoren. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mars.)

Schwarz (L.). Ueber ein Epithelioma papillare; ein Beitrag zur partiellen Spontanheilung epithelialer Geschwülste. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 3.) — Un cas d'épithélioma papillaire; contribution à l'étude de la guérison spontanée partielle des tumeurs épithéliales.

Smith (W. R.). On the structure and mode of growth of epithelial cell-nests. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.) — Sur la structure et le développement des globes épidermiques.

Störk (O.) et **Erdheim** (J.). Ueber cholesteatomhaltige Mammaadenome. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bertelsen (A.). Om forekomsten af cancer i Grönland. (*Hospitalstidende*, 24 fév.) — Sur la fréquence du cancer au Groënland.

Brault (A.) et **Lœper** (M.). Le glycogène dans la membrane germinale des kystes hydatiques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Bruck (C.). Experimentelle Beiträge zur Theorie der Immunität. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 2.)

Effertz (O.). Over hereditaire immuniteit; bijdrage tot de vergelijkende pathologie der generaties en rassen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 mars.)

Figari (F.). L'emoantitossina. (*Morgagni*, mars.)

Gauckler (E.). Les réactions macrophagiques de la rate humaine et la pathogénie de certaines splénomégalies. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Gautier (E.). La mensuration du volume général des globules rouges du sang chez l'homme à l'état normal et pathologique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 2.)

Hall (I. W.). A contribution to the knowledge of the purin bodies of human fæces in health and disease. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.) — Sur les purines des fèces chez l'homme sain et malade.

Henri (V.) et **Larguier des Bancels**. Application des méthodes physico-chimiques à l'étude de différents phénomènes de la biologie générale (diastases, kinases, toxines et antitoxines, alexines, sensibilisatrices, précipitines). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Ruffer (M. A.) et **Crendiropoulo** (M.). Note on hæmosozic sera. (*Brit. Med. Journ.*, 19 mars.)

Schmidlechner (C.). Der Uebergang der Toxine von der Mutter auf die Frucht. (*Pest. med.-chir. Presse*, 13, 20 et 27 mars.) — Le passage des toxines de la mère au fœtus.

MÉDECINE

Baccelli (G.). Endocardite fetale; stenosi mitralica e pulmonare; communicazione abnorme interauricolare. (*Policlinico*, 12 mars.)

Belliboni (E.) et **Soprana** (F.). Alcune osservazioni sulla durata del tempo di tensione in individui cardiopatici. (*Gazz. degli Osped.*, 13 mars.)

Bittorf (A.). Ein Beitrag zur Lehre vom kontinuierlichen Magensaftflusse (Reichmann'scher Krankheit). (*Münch. med. Wochensch.*, 22 mars.) — Sur la gastrosucorrhée (maladie de Reichmann).

Blum (F.). Ueber das Schicksal des Bleis im Organismus, nebst Bemerkungen über die Therapie des Saturnismus und über die Vermeidung der Bleigefahr. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 mars.) — Le sort du plomb dans l'organisme; prophylaxie et traitement du saturnisme.

Broadbent (W.). Hyperchlorhydria. (*Lancet*, 26 mars.)

Bureau (M.). Sur la maladie de Werlhof (purpura hémorrhagique primitif apyrétique). (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars.)

Burt (S. S.). Valvular disease of the heart and its treatment; case of mitral obstruction and insufficiency with tricuspid regurgitation and pulsating liver. (*Med. News*, 19 mars.) — L'endocardite et son traitement; un cas de rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale avec reflux tricuspidien et battements hépatiques.

Cammidge (P. J.). The chemistry of the urine in diseases of the pancreas. (*Lancet*, 19 mars.) — La chimie urinaire dans les affections du pancréas.

Chajes (B.). Zur Titration des Mageninhalts bei Anwendung verschiedener Indikatoren. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 mars.) — Le titrage du contenu stomacal à l'aide d'indicateurs variés.

Cohen (S. S.). Senile pneumonia; value of persistence in treatment; correct method of using oxygen. (*New York Med. Journ.*, 12 mars.)

Collet et **Bériel**. Absence presque complète de la cloison interauriculaire, avec endocardite infectieuse. (*Lyon méd.*, 13 mars.)

Criegern (T. L. von). Ueber Schädigungen des Herzens durch eine bestimmte Art von indirekter Gewalt (Zusammenknickung des Rumpfes über seine Vorderfläche). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 1.) — Sur les lésions du cœur produites par un mode spécial de traumatisme indirect (inflexion du tronc sur sa face antérieure).

Dalsjö (O.). Tvenne fall af ductus arteriosus Botalli persistens. (*Hygiea*, mars.) — 2 cas de persistance du canal artériel de Botal.

Edwards (J.) et **Smith** (M. H.). A case of acute yellow atrophy of the liver. (*Lancet*, 26 mars.) — Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie.

Ehret (H.). Weitere Beiträge zur Lehre der Skoliose nach Ischias. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 1.) — Nouvelles recherches sur la scoliose sciatique.

Elle (Ch.). Et tilfælde af lien dislocatus. (*Hospitalstidende*, 9 mars.) — Un cas d'ectopie de la rate.

Farr (C. B.). A case of splenomegaly, with cirrhosis of the liver. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, fév.)

Ferri (A.). La percussione della colonna vertebrale come nuovo metodo d'indagine clinica. (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév.)

Mastri (C.). Sopra un caso di noma in adulto. (*Policlinico*, 12 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Aporti (F.). Ricadute e recidive nel morbillo. (*Pediatria*, fév.)

Bernard (P.). Tuberculose et hygiène; climat; traitement. In-8°, 66 p.

Brunschwig (Ch.). La bactériurie typhique. (*Rev. méd. de la Franche-Comté*, mars.)

Clarac. Causes du développement et de la propagation de la variole à Madagascar avant l'occupation française. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

De Blasi (A.). Dispepsie gastriche nei malarici. (*Gazz. degli Osped.*, 13 mars.)

De Lucchi (G.). La sierodiagnosi del tifo a mezzo del bacillo formalizzato. (*Pediatria*, fév.)

Fischer (G.). Striæ patellares nach Typhus. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars.) — Vergetures post-typhoïdiques de la région rotulienne.

Frese. Die Beziehungen zwischen Kehlkopf- und Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 mars.) — Rapports de la tuberculose laryngée et de la tuberculose pulmonaire.

Freudenthal (W.). Some points regarding the early diagnosis and some new features in the treatment of pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 12 mars.) — Sur le diagnostic précoce et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Grober (J.). Ein Fall von Kopftetanus (E. Rose). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 1.) — Un cas de tétanos céphalique.

Herbert. Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen in den Fäzes und dem Urin von Typhusrekonvaleszenten. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars.) — Présence de bacilles d'Eberth dans les urines et les fèces des convalescents de fièvre typhoïde.

Hersman (C. C.). The influence of typhoid fever on the nervous system. (*New York Med. Journ.*, 26 mars.)

Higley (H. A.). Value of total and differential leucocyte counts during the course of typhoid fever. (*Med. Record*, 26 mars.) — Valeur de la numération des leucocytes dans la fièvre typhoïde.

Kalmykov (S.). Un cas de fièvre typhoïde compliquée d'une névralgie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 3.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Acker (G. N.). Acute anterior poliomyelitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Aronheim. Ein Fall von tötlich verlaufener doppelseitiger traumatischer Lähmung des unteren Plexus brachialis (Klumpke'sche Lähmung). (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.) — Un cas de paralysie traumatique bilatérale du plexus brachial inférieur avec issue fatale.

Bechterev (V. von). Ueber den Muskelwulst bei Myotonie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Le bourrelet musculaire dans la myotonie.

Bennett (W. B.). A case of syphilitic convulsions preceded by marked somnolence of long duration. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars.)

Bernhardt (M.). Neuropathologische Betrachtungen und Beobachtungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 1-2.) — Considérations neuropathologiques.

Binet-Sanglé (Ch.). Le prophète Elie. (*Arch. d'anthropol. crim.*, mars.)

Bing (R.). Die Abnützung des Rückenmarks (Friedreich'sche Krankheit und Verwandtes). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 1-2.) — L'épuisement de la moelle épinière (maladie de Friedreich et affections analogues).

Binz (K.). Ueber das Entstehen der Seekrankheit; 2. Abhandlung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 19 mars.) — La pathogénie du mal de mer.

Bonhöffer (K.). Ueber das Verhalten der Sensibilität bei Hirnrindenläsionen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 1-2.) — Etat de la sensibilité dans les lésions corticales du cerveau.

Bregman (L.). Ueber eine traumatische Lähmung des Ramus volaris profundus nervi ulnaris. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Paralysie traumatique de la branche palmaire profonde du nerf cubital.

Bussière (J.-A.). Un cas d'aïnhum observé à Pondichéry. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Cattle (C. H.). Bilateral neuritis of fifth and sixth cervical nerves. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars.) — Névrite bilatérale des cinquième et sixième paires cervicales.

Cramer. Schlafsucht und geistige Verwirrtheit, Folge einer Augenverletzung oder der Narkose? (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.) — Somnolence et confusion mentale suite d'une lésion oculaire ou de l'anesthésie.?

Davis (G. G.). Tumors involving the cauda equina. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 mars.)

Dieckhoff. Die Anwendung der Isolierung bei der Behandlung Geisteskranker. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 mars.) — L'isolement des aliénés.

Dinkler. Ueber Tabes dorsalis. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 24 mars.)

Féré (Ch.). Note sur le rôle pathogène de la simulation. (*Rev. de méd.*, mars.)

Friedenreich. Traumatiske psykoser. (*Hospitalstidende*, 27 janv., 3, 10, 17 et 24 fév.)

Heveroch (A.). Sachsova familiarni amaurotická idiotie. (*Casopis lékaru ceskych*, 12, 19 et 26 mars.) — Sur l'idiotie familiale amaurotique de Sachs.

Holst (W. von). Ueber Morbus Basedowii. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 12 mars.)

Hyslop-Thomson (H.). Tetany associated with muco-membranous colitis and phthisis. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars.)

Kollarits (J.). Ueber « migraine ophtalmoplégique ». (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 1-2.)

Landau (H.). 3 Fälle von halbseitiger Atrophie der Zunge (Hemiatrophia linguæ). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 1-2.)

Lotsch (C.). Weitere Beiträge zur Kenntnis der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarkes. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 et 31 mars.) — Nouvelles recherches sur la sclérose en plaques cérébro-spinale.

Messarosch (P. J.). Ueber einen Fall von Thomsen'scher Krankheit in Kombination mit Pseudohypertrophia musculorum. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 19 mars.) — Un cas de maladie de Thomsen avec pseudo-hypertrophie musculaire.

Montel. Gigantisme et acromégalie. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

CHIRURGIE

Fessler (J.). Die operative Behandlung des Wurmfortsatzdurchbruches (Appendicitis perforativa). (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 366.)

Folet (H.). Résultat, après six années, d'une gastro-entérostomie pour gastrite ulcéreuse alcoolique. (*Echo méd. du Nord*, 13 mars.)

Fournier (C.). Gastro-entérostomie pour un cas très net de sténose fibreuse du pylore. (*Nord méd.*, 15 mars.)

Frank (L.). The etiology and pathology of appendicular inflammation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Garovi (L.). Contributo alla trapanazione del cranio nell'epilessia traumatica. (*Policlinico*, 26 mars.)

Ghon (A.). Ueber « Pneumokokken-Peritonitis ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 mars.)

Golbek (O.). Un cas de transplantation de tendons pour maladie de Little (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 1.)

Goodman (E. H.). A case of strangulated inguinal hernia: death from fecal drowning during etherization. (*Med. News*, 26 mars.) — Un cas d'étranglement herniaire avec mort sous l'éther par aspiration de vomissements fécaloïdes.

Harris (M. L.). The use of silver foil to prevent adhesions in brain surgery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 mars.) — L'emploi des feuilles d'argent en vue d'éviter les adhérences en chirurgie cérébrale.

Hepperlen (H. M.). A simple method of intestinal anastomosis. (*New York Med. Journ.*, 12 mars.)

Hildebrandt. Zur Erklärung der Bewegungsvorgänge bei Explosionsschüssen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — Du mode d'action des balles explosives.

Hoffa (A.). Zur Bedeutung des Fettgewebes für die Pathologie des Kniegelenks. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 et 10 mars.) — Le tissu adipeux dans la pathologie du genou.

Holmes (L. E.). Postoperative pneumonia. (*New York Med. Journ.*, 19 mars.)

Israel (J.). Ein neuer Weg zur Freilegung der Hinterfläche des rechten Leberlappens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mars.) — Nouvelle voie d'accès de la face postérieure du lobe droit du foie.

Johnson (R. W.). Laparotomy for gunshot wounds of the abdominal viscera, with report of five successful cases. (*New York Med. Journ.*, 26 mars.) — 5 cas de plaies par armes à feu des viscères abdominaux, traités avec succès par la laparotomie.

Julliard (Ch.). Etude sur quelques cas de fractures peu communes du pied et du coude, en particulier sur un cas de dislocation de l'épiphyse supérieure du radius. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Kehr (H.). Bericht über 137 Gallensteinlaparotomien aus dem letzten Jahre (6. Oktober 1902 bis 6. Oktober 1903), unter gleichzeitiger Berücksichtigung der nicht operierten Fälle. In-8°, 315 p., Munich. — 137 laparotomies pour lithiase biliaire pratiquées du 6 octobre 1902 au 6 octobre 1903, avec remarques sur les cas non opérés.

Koch (J. A.). Ueber tropische Leberabscesse. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 1.) — Abcès tropicaux du foie.

Lambret. Complications nerveuses tardives des fractures du coude. (*Echo méd. du Nord*, 20 mars.)

Lanz (O.). De chirurgische behandeling der appendicitis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 mars.) — Le traitement chirurgical de l'appendicite.

Lucksch (F.). Ein neuer Fall von echter, wahrscheinlich erworbener Zwerchfellshernie. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 mars.) — Un cas de hernie diaphragmatique vraie, probablement acquise.

Madelung (O.). Ueber postoperative Pfropfung von Echinokokkencysten. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 1.) — Greffe hydatique post-opératoire.

Martel et **Ninot.** Fistule congénitale du dos du nez et kyste dermoïde médian inclus dans les os propres du nez. (*Loire méd.*, mars.)

McIntosh (W. P.). Gastroenterostomy for carcinoma of the stomach. (*Med. Record*, 19 mars.)

Mendes de Leon. Ueber die Gefahren der Wundinfection durch das Sprechen bei Operationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — Sur les dangers de l'infection des plaies par la parole au cours des opérations.

Moszkowicz (L.). Die erhöhte Resistenz des Peritoneums bei der acuten Perityphlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — L'exaltation de la résistance péritonéale dans l'appendicite aiguë.

Moure (E.-J.). Oesophagoscopie et corps étrangers de l'œsophage. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 mars.)

Murphy (J. B.). A method of dispensing with rubber gloves and the adhesive rubber dam; a preliminary note. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 mars.) — Procédé permettant de supprimer les gants et les couches protectrices en caoutchouc.

Musser (J. H.) et **Keen** (W. W.). Perforating gastric ulcer; posterior gastro enterostomy; Fowler's position. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 mars.)

Nicolotti (A.). Sopra un caso di scarlattina consecutiva ad operazione radicale d'ernia. (*Gazz. degli Osped.*, 27 mars.)

Noble (Th. B.). Intra-abdominal torsion of the omentum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Torsion intra-abdominale du grand épiploon.

Parlavecchio (G.). La colonplicatio come cura delle ectasie essenziali del colon; studio sperimentale. (*Policlinico*, 19 mars.)

Pauchet (V.). Cure des fistules stercorales par l'abouchement dans l'intestin. (*Nord méd.*, 15 mars.)

Pincus (W.). Das centrale Kystadenom der Kiefer. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — L'adénome kystique central des mâchoires.

Pozzan (T.). Rottura spontanea delle pareti di un'ernia ventrale con fuoriuscita dell' intestino. (*Gazz. degli Osped.*, 13 mars.) — Rupture spontanée de la paroi abdominale avec issue de l'intestin dans un cas de hernie.

Pruszynski (J.). Die Pathogenese der Erkrankungen der Gallenwege und die Indikation zu deren chirurgischer Behandlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 mars.) — La pathogénie des affections des voies biliaires et les indications de l'intervention chirurgicale.

UROLOGIE

Iordan (A.). Contribution à l'étude de la prostatite parenchymateuse blennorrhagique aiguë (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 4.)

Lichtenstern (R.). Ein Beitrag zur Metaplasie des Harnblasenepithels. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 mars.) — Sur la métaplasie de l'épithélium vésical.

Messina (G.). Un caso di calcolo incastonato. (*Gazz. degli Osped.*, 21 fév.) — Calcul enchâtonné [de la vessie chez un enfant].

Pedersen (J.). Cases of urethral stricture and their management. (*Med. Record*, 26 mars.)

Pousson (A.). L'intervention chirurgicale dans le cancer de la prostate. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 mars.)

Seldowitsch (I. B.). Ueber intraperitoneale Rupturen der Harnblase. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — Sur la rupture intrapéritonéale de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Manolesco. Sur l'action de l'eau chaude appliquée directement sur la cornée dans les infiltrations cornéennes. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Parinaud. L'opération du ptosis. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Rählmann (E.). Ultramikroskopische Untersuchung über die Ursache der sympathischen Ophthalmie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 mars.)

Rollet (M.). La ténonite. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 15 déc. 1903 et 20 mars.)

Saska (J.). Prispevek ku tetanické katarakte. (*Casopis lékaru ceskych*, 26 mars, 2 et 9 avril.) — Cataracte d'origine tétanique.

Sourdille (G.). Les tumeurs névrogliques adultes du nerf optique et de la rétine. (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 et 26 mars.)

Tscherning. Le mécanisme de l'accommodation. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Manuelle Placentarlösung ohne Gummihandschuhe. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 mars.) — Décollement manuel du placenta sans gants en caoutchouc.

Bauereisen (A.). Ueber die Hämatommole. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 2.)

Cheftel (G.). Fistule des organes génitaux de la femme, consécutive à une lésion lors du premier coït (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 2.)

Coles (S.). The immediate repair of lacerations after labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — La périnéorrhaphie immédiate après l'accouchement.

Coville. De la réfection du plancher pelvien chez la femme par la suture des releveurs de l'anus. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 27 mars.)

Craig (D. H.). The dangerous (?) operation of uterine curettement. (*New York Med. Journ.*, 19 mars.)

Cripps (H.) et **Williamson** (H.). Two cases involving the question of the site of impregnation. (*Brit. Med. Journ.*, 26 mars.) — 2 cas où le lieu de la fécondation entre en ligne de compte.

Daniel (F. E.). A warning sign of danger to the child during labour. (*Brit. Med. Journ.*, 26 mars.) — Un signe annonçant la souffrance du fœtus pendant le travail.

Dickinson (R. L.). The best time for repairs of laceration of the cervix. (*New York Med. Journ.*, 26 mars.) — A quel moment convient-il d'intervenir pour les déchirures du col utérin.

Donahue (G. H.). Primary trachelorrhaphy. (*New York Med. Journ.*, 26 mars.)

Douglas (C.). The coagulation time of the blood in pregnant and puerperal women suffering from albuminuria and eclampsia. (*Brit. Med. Journ.*, 26 mars.) — La rapidité de la coagulation du sang pendant la grossesse et la puerpéralité chez les femmes atteintes d'albuminurie et d'éclampsie.

Fellenberg (R. von). Zur Narbendehiscenz in der Wand des graviden Uterus nach früheren gynäkologischen Operationen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — Sur la rupture de l'utérus gravide au niveau d'une cicatrice provenant d'une opération gynécologique antérieure.

Fleck (G.). Die Entstehung des Tubenverschlusses bei der gynatretischen Hämatosalpinx. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — Pathogénie de l'occlusion tubaire dans l'hématosalpinx.

Füth (H.). Ueber die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes von Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 2.) — L'abaissement du point de congélation du sang dans la grossesse, le travail et les suites de couches.

Gersuny (R.). Plastischer Ersatz bei angeborenem Defekte der Vagina. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 mars.) — Opération autoplastique dans un cas d'absence congénitale du vagin.

Gradenwitz (R.). Entfernung eines Uretersteines auf vaginalem Wege. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 mars.) — Extraction d'un calcul de l'uretère par la voie vaginale.

Gröné (O.). Om utvidgning af cervix uteri medelst metalldilatatorium vid förlossningar. (*Hygiea*, mars.) — Dilatation artificielle du col utérin.

Günther (E. E.). Report of 3 cases of esthiomène. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Ingraham (H. D.). Ectopic pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Grossesse extra-utérine.

PÉDIATRIE

Erdmann (J. F.). Appendicitis in young children. (*New York Med. Journ.*, 19 mars.) — L'appendicite chez les enfants en bas âge.

Ferreira (C.). O leite esterilisado á luz dos estudos e investigações recentes. (*Brazil-medico*, 1er mars.) — Le lait stérilisé, d'après les recherches récentes.

Hartwig (M.). Primary pyelites in infants. (*Med. Record*, 19 mars.)

Iovane (A.). Considerazioni cliniche e batteriologiche su 30 casi di pleuriti in bambini. (*Pediatria*, fév.)

Korolkov (P.). Lymphosarcome des ganglions rétropéritonéaux chez une petite fille de trois ans (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 mars.)

La Fétra (L. E.) et **Howland** (J.). A clinical study of 62 cases of intestinal infection by the Bacillus dysenteriæ (Shiga) in infants. (*Med. News*, 12 mars.)

Miserocchi (L.). Sulla terapia della peritonite tubercolare. (*Gazz. degli Osped.*, 20 mars.)

Morse (J. L.). The diagnosis of metapneumonic empyema in infancy and early childhood. (*Amer. Medicine*, 12 mars.) — Le diagnostic de l'empyème métapneumonique chez le nourrisson et l'enfant en bas âge.

Roudsky (A.). De l'uréthrite blennorrhagique chez les petits garçons (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 3.)

Trischitta (V.). L'onanismo nei piccoli bambini. (*Pediatria*, mars.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Girmounsky (M.). Traitement chirurgical des déviations de la cloison nasale (en russe). (*Prakt. Vratch*, 6 mars.)

Politzer (A.). Ueber intraaurikuläre Transplantation Thiersch'scher Hautlappen nach der operativen Freilegung der Mittelohrräume. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 mars.) — Sur les greffes de Thiersch dans l'intérieur de l'oreille après ouverture chirurgicale de la caisse.

Pomeroy (E. H.). Mastoiditis. (*Med. Record*, 12 mars.)

Quimby (Ch. E.). A factor in the etiology of distorted nasal septa. (*Med. News*, 12 mars.) — Etiologie de la déviation de la cloison médiane du nez.

Syme (W. S.). Some general results of affections of the nose and naso-pharynx. (*Brit. Med. Journ.*, 19 mars.) — Quelques résultats généraux des affections du nez et du naso-pharynx.

Toubert (J.). Quelques réflexions sur le mode de guérison des sinusites frontales chroniques après la cure radicale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Unna (P. G.). Das Rhinophym. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 28 mars.)

Urbantschitsch (E.). Otogene Senkungsabszesse. (*Wien. med. Presse*, 20 et 27 mars.) — Abcès migrateurs d'origine otique.

Vrédène (R.). La technique de la laryngectomie sous anesthésie locale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 mars.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Cadenaule (E.). Sur un cas de tétanos aigu guéri par les injections sous-cutanées de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 mars.)

Croftan (A. C.). The mathematics of the diabetic diet. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 mars.)

Gallenga (P.). Un caso di corea del Sydenham grave guarito col metodo Baccelli. (*Policlinico*, 26 mars.)

Leyden (E. von) et **Klemperer** (G.). Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. 2e éd. T. II. In-8o, 579 p. Leipzig. — Manuel de thérapeutique alimentaire et de diététique.

Lübbert (A.) et **Prausnitz** (C.). Zur Serumbehandlung des Heufiebers. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 et 21 mars.) — La sérothérapie de la fièvre de foin.

Mandelberg (V.). Le nitrate d'argent dans le traitement des maladies de l'estomac (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 6 mars.)

Marmorek (A.). On treatment with antituberculous serum. (*Lancet*, 26 mars.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Apolant (H.). Ueber die Einwirkung von Radiumstrahlen auf das Karzinom der Mäuse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 mars.) — Action des rayons du radium sur le cancer des souris.

Bergonié (J.). Le radium au point de vue médical; ce qu'on en sait et ce qu'on en ignore. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 fév. et 10 mars.)

Carle. Considérations sur le traitement du lupus; indications de la photothérapie. (*Lyon méd.*, 20 mars.)

Freitas (A. de). O methodo brazileiro ou voltaisação cutanea positiva no tratamento dos aneurismas da aorta. (*Brazil-medico*, 22 fév.)

Freund (L.) et **Oppenheim** (M.). Ueber bleibende Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 mars.) — Des altérations indélébiles des téguments, consécutives à l'exposition aux rayons de Röntgen.

Greeff. Ueber Radiumstrahlen und ihre Wirkung auf das gesunde und blinde Auge. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 mars.) — Sur les rayons du radium et leur action sur l'œil.

BACTÉRIOLOGIE

Anderson (J. F.). Remarks on the preparation of vaccine virus. (*Med. Record*, 12 mars.)

Beattie (J. M.). Acute rheumatism caused by the Diplococcus rheumaticus. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.)

Bythell (W. J. S.). Empyema in children; a contribution to its bacteriology. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.) — Recherches bactériologiques sur l'empyème chez l'enfant.

Courmont (J.) et **Lacomme** (L.). La caféine en bactériologie; essai de différenciation du bacille d'Eberth et du bacterium coli; isolement des streptocoques intestinaux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Crendiropoulo (M.) et **Amos** (Mlle B. S.). On agglutination of vibrios. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.)

Dungern (von). Beitrag zur Kenntnis der Bindungsverhältnisse bei der Vereinigung von Diphtheriegift und Antiserum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 et 25 fév.) — Neutralisation de la toxine diphtérique par le sérum spécifique.

Gordon (M. H.). Capsule formation by diplococcus pneumoniæ in culture : a point possibly of use for the identification of that microorganism in practice. (*Brit. Med. Journ.*, 19 mars.)

Savage (W. G.). Gelatin surface colonies of Bacillus coli communis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.)

24e ANNÉE. — N° 19. Vingt centimes le numéro. 11 MAI 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Barbary (J.). Essais sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin (rectum excepté).

Bruguière (M.). Des faux cancers de l'estomac.

Buineau (E.). Contribution à l'étude de l'exclusion de l'intestin.

Charpentier (J.). Etude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale.

Collet (J.). De l'accouchement spontané rapide et de l'expulsion imprévue du fœtus au point de vue obstétrical et médico-légal.

Delaunay (V.). Contribution à l'étude des calculs de la prostate.

Deschamps (G.). Sur le pronostic de la coqueluche; statistique du dispensaire de la caisse des écoles du VII[e] arrondissement de 1897 à 1903.

Hulleu (M.). Le pronostic des urano-staphylorrhaphies pour fissures congénitales.

Joseph (H.). Recherches cliniques sur le glaucome primitif dans ses rapports avec l'artériosclérose et l'imperméabilité rénale.

Lafoy (L.). Contribution à l'étude de l'extraction des balles intracrâniennes.

Lauriat (H.). Contribution à l'étude du traitement sanglant des fractures fermées de la jambe.

Lecointre (R.). La réaction du séro-diagnostic dans l'ictère.

Marnay (A.). La suggestion hypnotique dans la cure des buveurs d'habitude.

Masson (A.). Indications de la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez le nourrisson.

Moog (R.). Contribution à l'étude des troubles de la nutrition dans la syphilis; action du traitement mercuriel.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Beer (E.). On the occurrence of cystic changes in the Malpighian bodies associated with atrophy of the glomerulus in chronic interstitial nephritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Böllke (O.). Ueber die klinische Bedeutung der wichtigsten morphologischen Veränderungen an den roten Blutkörperchen. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 1.) — Signification clinique des principales altérations morphologiques des hématies.

Cagnetto (G.). Zur Frage der anatomischen Beziehung zwischen Akromegalie und Hypophysistumor. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 1.) — Relations de l'acromégalie avec les tumeurs de l'hypophyse au point de vue anatomo-pathologique.

Dayton (Hughes). Hæmolymph nodes. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Diévitzky (V.). Chorio-épithélioma de la vessie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 5.)

Fischer (B.). Ueber Neubildung von Elastin in Geschwülsten. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 1.) — Sur la néoformation d'élastine dans les tumeurs.

Küster (H.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Zysten am Pankreas. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.)

Muus (N.). Eine Geschwulst der Pleura, von aberrierendem Lungengewebe ausgegangen. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 1.) — Tumeur de la plèvre, formée de tissu pulmonaire aberrant.

Pojarisky (I.). Deux cas de tumeur primitive des reins (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 6.)

Wallenfang. Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüse. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 1.) — Sur une affection symétrique des glandes lacrymales et salivaires.

Wiesel (J.). Zur Pathologie des chromaffinen Systemes. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 1.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Lamb (G.). On the precipitin of cobra venom; second communication. (*Lancet*, 2 avril.)

Michelazzi (A.). L'influenza del trattamento calcareo sul decorso della tubercolosi sperimentale; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 3 avril.)

Ortali (C.). Ricerche sperimentali sull'eliminazione dell'ammoniaca nell'urina. (*Gazz. degli Osped.*, 3 avril.)

Silverman (J. G.). Experimental toxic leucocytosis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.)

Tischner (R.). Vergleichende Untersuchung zur Pathologie der Leber, nach Experimenten am Kaninchen : Unterbindung der Arteria hepatica, des Ductus choledochus und Phosphorintoxikation. (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 1.) — Recherches comparées sur la pathologie du foie, d'après des expériences sur le lapin : ligature de l'artère hépatique et du canal cholédoque et intoxication phosphorée.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Iovane (A.) et **Chiarolanza** (R.). Sulla trasmissibilità dei microrganismi dalla madre al feto attraverso la placenta; nota preliminare. (*Pediatria*, mars.)

Köppe (H.). Ueber das Gesetz des osmotischen Gleichgewichts im Organismus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 31 mars.) — La loi de l'équilibre osmotique des liquides de l'organisme.

Merkel (H.). Ueber die Vererbung der Präzipitinreaktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 fév.) — Transmission héréditaire de la réaction des précipitines.

Neuberg (C.) et **Richter** (P. F.). Ueber das Vorkommen von freien Aminosäuren (Leucin, Tyrosin, Lysin) im Blute bei akuter Leberatrophie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mars.) — Sur la présence d'acides amidés libres dans le sang au cours de l'atrophie aiguë du foie.

Obermayer (F.) et **Pick** (E. P.). Beiträge zur Kenntnis der Präzipitinbildung; über den Begriff der Art- und Zustandsspezifizität (originäre und konstitutive Gruppierung) und die Beeinflussung der chemischen Eigenart des Tierkörpers. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 mars.) — Contribution à l'étude de la formation des précipitines.

MÉDECINE

Brancati (A.). Breve nota sulla febbre itteroematurica da chinina. (*Gazz. degli Osped.*, 3 avril.)

Gaide. Contribution à l'étude de l'entérocolite muco-membraneuse aux colonies. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Galli (G.). Intorno alla frequenza del polso in posizione orizzontale e verticale nei malati di cuore. (*Policlinico*, partie méd., XI, 3.)

Hampeln (P.). Ueber den Volarton. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 fév.) — Du souffle palmaire.

Hering (H. E.). Bemerkungen zur Erklärung des unregelmässigen Pulses; 3. Mitteilung. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 et 17 mars.) — Du pouls irrégulier.

Hoke (E.). Urämischer Symptomencomplex mit eigentümlichem, charakteristischem Cylinderbefund im Harne, bedingt durch Embolie in eine Nierenarterie. (*Prag. med. Wochensch.*, 17 mars.) — Syndrome urémique avec présence de cylindres dans l'urine, à la suite d'une embolie de l'artère rénale.

Jurewitsch (W. A.). Ueber Lymphangitis pulmonalis und deren Beziehung zum sogenannten idiopathischen Empyema. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars.) — De la lymphangite pulmonaire et de ses rapports avec l'empyème dit essentiel.

Mattirolo (G.) et **Tedeschi** (E.). Klinische und experimentelle Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie. (*Wien. med. Wochensch.*, 6, 13 et 27 fév., 5, 12, 19 et 26 mars.) — Recherches cliniques et expérimentales sur deux cas d'hémoglobinurie paroxystique.

Murdoch (F. H.). The clinical significance of pain in the epigastrium. (*Med. News*, 19 mars.) — Signification clinique de la douleur épigastrique.

Musser (J. H.). Abdominal pain. (*Amer. Medicine*, 26 mars.) — De la douleur abdominale.

Paul (G. P.). Pericarditis. (*Med. News*, 26 mars.)

Rehfisch (E.). Nervöse und kardiale Arhythmie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 et 17 mars.)

Sawada (K.). Blutdruckmessungen bei Arteriosklerose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 mars.) — Mensuration de la pression sanguine dans l'artériosclérose.

Sawyer (Sir James). Contributions to practical medicine. 4[e] éd. In-8°, 228 p. Londres.

Schiffmacher. Senile Osteomalacie. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 mars.)

Sigel (J.). Zur Diagnose des Magencarcinoms. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 et 28 mars.) — Diagnostic du cancer de l'estomac.

Stern (H.). On the occurrence of diabetic and non-diabetic glycosuria in the same individual. (*Amer. Medicine*, 19 mars.) — Coïncidence du diabète sucré et de la glycosurie non diabétique chez le même sujet.

Stockman (R.). The causes, pathology, and treatment of chronic rheumatism. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév. et mars.)

Strauss (H.). Bedeutung der Kryoskopie für Diagnose und Therapie von Nierenerkrankungen. In-8°, 68 p. Berlin. — Valeur de la cryoscopie pour le diagnostic et le traitement des affections rénales.

Teschemacher. Ueber das Vorkommen der Dupuytren'schen Fingerkontraktur bei Diabetes mellitus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mars.) — La rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques.

Waller (C. E.). En studie i perkussion af lungorna. (*Hygiea*, fév.) — Sur la percussion du poumon.

MALADIES INFECTIEUSES

Lauder (R. E.). An inquiry into the source of scarlatinal infection and its bearing upon hospital treatment. (*Lancet*, 12 mars.)

Lidin. La tuberculose à la Martinique. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Mensi (E.). Il timo nelle infezioni. (*Pediatria*, fév.)

Mérieux. Diagnostic de l'intoxication tuberculeuse chez l'homme par l'injection souscutanée, à des cobayes tuberculeux, de divers liquides de l'organisme. (*Lyon méd.*, 27 mars.)

Neisser (E.) et **Pollack** (R.). Tuberkulosebüchlein des Stettiner städtischen Krankenhauses. In-8°, 22 p. avec fig. Iéna. G. Fischer.

Orth (J.). Ueber einige Zeit- und Streitfragen aus dem Gebiete der Tuberculose : Ueber die Entstehung der Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14, 21 et 28 mars.) — La pathogénie de la tuberculose.

Riebold (G.). Ueber eigentümliche Delirien bei Phthisikern. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 mars.) — Sur certains délires particuliers des phtisiques.

Schröder (G.). Ueber die Bedeutung der intrazellulären Glykogenreaktion der Leukozyten für die Lehre von der Mischinfektion im Verlaufe der chronischen Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars.) — La réaction iodophile des leucocytes et la théorie des infections mixtes au cours de la tuberculose pulmonaire chronique.

Spengler (C.). Zur von Behring'schen Schwindsuchtsentstehung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 mars.) — La théorie de M. von Behring sur la pathogénie de la phtisie.

Strasser (A.) et **Wolf** (H.). Ueber Malaria rezidive. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, mars.)

Swan (J. M.). The condition of the blood in patients suffering from pulmonary tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 mars.) — Le sang des phtisiques.

Tarchetti (C.) et **Curlo** Epidemia famigliare di polmonite. (*Gazz. degli Osped.*, 27 mars.) — Epidémie familiale de pneumonie.

Tarnowski (K.). Neues zur Aetiologie, Prophylaxe, Therapie und Prognose der Lungentuberkulose. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 et 17 mars.)

Tourneau. Drei Fälle von Tetanus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Flatau (G.). Die Tabes dorsalis. In-8°, 65 p. avec fig. Leipzig.

Lewandowski (A.). Ueber ein Pulsphänomen bei Neurasthenikern. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, mars.)

Lugaro (E.). L'ipocondria persecutoria, una forma tardiva della demenza paranoide; nota preliminare. (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, mars.)

Nathan (P. W.). A case of cerebral diplegia (so-called spastic spinal paraplegia) with pseudohypertrophy. (*New York Med. Journ.*, 26 mars.)

Nelson (J. R.). Asthenopia and headache from eyestrain. (*Med. Record*, 19 mars.) — Migraine par asthénopie.

Norström (G.). A study of the affection « writer's cramp ». (*New York Med. Journ.*, 12 mars.) — La crampe des écrivains.

Pfister. Zur Kenntnis der Mikropsie und der degenerativen Zustände des Centralnervensystems. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Sur la micropsie et les états de dégénérescence du névraxe.

Pick (A.). Ueber eine besondere insidiöse, durch das Fehlen der Krampfanfälle charakterisierte Form des Status epilepticus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 mars.) — Sur une forme insidieuse particulière de l'état de mal, caractérisée par l'absence des accès convulsifs.

Rhodes (J. M.). On the alleged increase of diseases of the nervous system. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars.) — Sur la prétendue augmentation de fréquence des affections du système nerveux.

Richardson (H.). Neurasthenia. (*Med. News*, 19 mars.)

Rindfleisch (W.). Ueber diffuse Sarkomatose der weichen Hirn- und Rückenmarkshäute mit charakteristischen Veränderungen der Cerebrospinalflüssigkeit. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 1-2.) — Sarcomatose diffuse de la pie-mère cérébro-spinale accompagnée de modifications caractéristiques du liquide céphalo-rachidien.

Samaja (Nino). Le siège des convulsions épileptiformes toniques et cloniques. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév. et mars.)

Squires (G. W.). A new sign of basilar meningitis. (*Med. Record*, 26 mars.) — Un nouveau signe de la méningite de la base.

Stapfer (F.). Dementia paralytica, Unfallsfolge? (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.) — Paralysie générale, d'origine peut-être traumatique.

Stavsky (V.). Deux cas de grippe, compliqués de folie aiguë (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 13 mars.)

Stockton (G.). The relation of physical defects to mental development. (*Med. Record*, 12 mars.) — Influence des tares physiques sur le développement mental.

Tedeschi (V.). Di un fenomeno cardiaco frequente nella corea. (*Pediatria*, mars.)

Vitek (V.). Ein Beitrag zum primären tonischen Gesichtskrampfe mit Muskelwogen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Sur le spasme tonique primitif de la face avec ondulations musculaires.

Wollenberg (R.). Die Hypochondrie. In-8°, 66 p. Vienne.

Younger (E. G.). Insanity in every day practice. In-8°, 110 p. Londres. — La folie dans la pratique journalière.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Agadjaniantz (K.). Le rôle de la psychothérapie en dermatologie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 mars.)

Aldrich (Ch. J.). Leuconychia striata arsenicalis transversa. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Di Lorenzo (G.). Aumento della eredosifilide negli esposti e necessità di sale speciali nei grandi brefotrofi per cura e profilassi della sifilide da baliato o da allevamento. (*Pediatria*, mars.)

Jantzen (T.). Er zona en sæsonsygdom? (*Hospitalstidende*, 3 fév.) — Le zona est-il une maladie saisonnière?

Kopytowski (W.). Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w herpes progenitalis. (*Gaz. lekarska*, 9, 16, 23 et 30 janv., 6, 13, 20 et 27 fév., 12 et 19 mars.) — Contribution à l'étude des altérations anatomo-pathologiques de la peau dans l'herpès génital.

Podobansky (V.). Un cas de localisation rare du favus (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mars.)

CHIRURGIE

Aronheim. Ein Fall von ausgedehnter Phlegmone, verursacht durch subkutane Injektion einer Kokain-Adrenalinlösung bei einem 70jährigen Manne. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Phlegmon étendu, causé par l'injection sous-cutanée d'une solution de cocaïne et d'adrénaline chez un homme de 70 ans.

Balloch (E. A.). Fibromata of the tunica vaginalis. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Baratynsky (P.). De l'œsophagotomie externe en tant qu'opération d'urgence pour l'extraction des corps étrangers (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 mars.)

Bechi et **Corsini**. Di un raro caso di proiettile nel ventricolo sinistro del cuore. (*Gazz. degli Osped.*, 27 mars.) — Projectile dans le ventricule gauche du cœur.

Beck (Carl). On costal and thoracic resection for pyothorax, with special reference to the exploratory method. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Bertelsmann. Die Allgemeininfektion bei chirurgischen Infektionskrankheiten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — Sur la septicémie dans les affections chirurgicales avec suppuration.

Bessem (W. N.). Een beklemde dijbreuk of een ontsteking van lymphklieren? (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 avril.) — Hernie crurale étranglée ou inflammation des ganglions lymphatiques?

Bevacqua (A.). Ematoma perirenale in un sifilitico; contributo clinico ed anatomo-patologico. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, fév.)

Bier (A.) et **Dönitz** (A.). Rückenmarksanästhesie. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Rachicocaïnisation.

De Paoli (E.). Conferenze di patologia e clinica chirurgica. In-8°, 308 p. avec planches. Pérouse.

Reisinger. Bericht über 370 operativ behandelte Fälle von Epityphlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — 370 interventions chirurgicales pour appendicite.

Ricketts (E.). The choice of methods for closing the abdominal (parietal) incision. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Les différents procédés de suture de la plaie abdominale [dans la laparotomie].

Rosenheim (Th.). Zur Diagnose der hochsitzenden Mastdarm- und Flexurakarzinome mittelst Palpation und Endoskopie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 et 17 mars.) — Diagnostic par la palpation et l'endoscopie des cancers haut situés du rectum et du côlon ilio-pelvien.

Rothe (H.). Die Lagerung der Arme in der Narkose. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 mars.) — La position à donner aux bras pendant l'anesthésie.

Rovsing (Th.). Kloroform eller æter? (*Hospitalstidende*, 17 fév.)

Rozanov (V.). De l'hépatopexie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 4.)

Russell (R. H.). The congenital origin of hernia. (*Lancet*, 12 mars.)

Scarpini (V.). Enteroanastomosi spontanea nel decorso di una occlusione intestinale. (*Clinica moderna*, 9 mars.)

Scharf (S.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Wirkung der modernen kleinkalibrigen Geschosse. (*Militärarzt*, 25 mars.) — Contribution clinique à l'étude des effets des projectiles de guerre modernes de petit calibre.

Segale (G. B.). Sulla emostasi epatica. (*Gazz. degli Osped.*, 27 mars.)

Starck (H.). Intrathorakale doppelseitige Vagotomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 mars.) — Section bilatérale de la portion intrathoracique du pneumogastrique.

Stori (T.). Voluminoso lipoma del cordone spermatico sinistro. (*Clinica moderna*, 9 mars.)

Talma (S.). Het openen van zijwegen voor het bloed der vena portæ. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 mars.) — Création de voies de dérivation pour le sang de la veine porte.

Tavel (E.). Technique de l'appendicectomie sous-muqueuse. (*Arch. internation. de chir.*, I, 4.)

Terechenkov (N.). Kystes branchiaux multiloculaires et adénokystomes des glandes thyroïdiennes accessoires (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 1.)

Thompson (J. E.). Tropical abscess of the liver. (*Texas Med. Journ.*, mars.) — Abcès tropical du foie.

Tikhov (P.). De la neurofibromatose (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 1.)

Tzeidler (G.). De l'intervention chirurgicale dans les suppurations pulmonaires (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 13 mars.)

Van der Harst (J. J.). De behandeling der perityphlitis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 mars.) — Le traitement de l'appendicite.

Van Zwalenburg (C.). Obstruction and consequent distention the cause of appendicitis, as proved by cases and by experimental appendicitis in dogs. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 mars.)

Vaughan (G. T.). Luxatio erecta. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Vulliet (H.). Ligature de l'artère iliaque interne (hypogastrique) pour hémorrhagies secondaires de la fessière inférieure (ischiatique). (*Arch. internation. de chir.*, I, 4.)

Werner (R.). Luxatio intrapelvica durch das Foramen ovale. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLI, 3.)

Westerveld (H. W.). Een en ander over subcutane darmrupturen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 mars.) — Sur les ruptures sous-cutanées de l'intestin.

White (W. H.). The early diagnosis of acute intestinal obstruction. (*Lancet*, 19 mars.) — Le diagnostic précoce de l'occlusion aiguë de l'intestin.

Whitman (R.). A new treatment for fracture of the neck of the femur. (*Med. Record*, 19 mars.) — Un nouveau mode de traitement de la fracture du col du fémur.

Wiggin (F. H.). Some practical points in abdominal surgery, with special reference to a simple technic for appendicectomy and intestinal anastomosis. (*Amer. Medicine*, 26 mars.)

Williams (J. Gurney). Anesthesia in abdominal surgery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Zillmer. Ueber Operation einer Nabelschnurhernie mit Resection des vorgefallenen Leberlappens. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 2.) — Opération de hernie ombilicale avec résection d'un lobe hépatique procident.

UROLOGIE

Fischer (M.). Ueber den Gebrauch des Methylenblau zur Diagnose der Erkrankungen der Harnwege. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Le bleu de méthylène comme moyen de diagnostic des affections des voies urinaires.

Freeman (L.). Unilateral hæmaturia from chronic nephritis; recovery after decapsulation of kidney. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Hématurie unilatérale par néphrite chronique; guérison après décapsulation du rein.

Hall (J. B.). Primary carcinoma of the bulbous urethra; a statistical digest, with reports of some unrecorded cases. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Lydston (G. F.). A case of enormous prostatic calculus, secondary to traumatic stricture of the perineal urethra; suppuration about the stone; secondary abscess in the pelvis; extensive urethrorectal fistula following perineal section for the calculus; perineal rectoplasty for the closure of the fistula; recovery. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Moore (J. E.). Complications and sequels of prostatectomy. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Rafin (M.). Etude sur une première série de vingt-cinq prostatectomies périnéales. (*Lyon méd.*, 3 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Jennings (J. F.). A case of eclampsia treated by the administration of chloroform. (*Lancet*, 19 mars.)

Krönig. Ueber doppelseitige Uretereinpflanzung in die Blase. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 mars.) — Sur l'implantation bilatérale de l'uretère dans la vessie.

Lewis (H. F.). Duplex placenta. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Lipschütz (B.). Ueber einen Fall von Abschnürung des Ovariums und der Tube. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 mars.) — Un cas d'étranglement de l'ovaire et de la trompe.

Lorey (C. A.). Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt, mit besonderer Berücksichtigung des späteren Schicksales der Kinder. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — Résultats de l'accouchement prématuré provoqué, notamment en ce qui concerne l'enfant.

Mansourov (N.). Contribution au traitement de l'éclampsie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 13 mars.)

Martin (A.). Gonorrhoe im Wochenbett. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 mars.) — La blennorrhagie pendant les suites de couches.

Müller (E.). Om ovariesvulsters malignitet. (*Hospitalstidende*, 2 mars.) — Sur la malignité des tumeurs de l'ovaire.

Noble (Ch. P.). Report of a case of the invasion of a fibromyoma of the uterus by an adenocarcinoma, which by metaplasia had assumed the appearance of a squamous cell carcinoma. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Adénocarcinome greffé sur un fibrome de l'utérus et ayant acquis par métaplasie les caractères d'un épithélioma pavimenteux.

Oui (M.). Traitement de la mort apparente du nouveau-né. (*Echo méd. du Nord*, 27 mars.)

Patellani-Rosa (S.). L'interruzione artificiale della gravidanza; osservazioni cliniche. (*Morgagni*, mars.)

Payer (A.). Das Blut der Schwangeren. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — Le sang pendant la grossesse.

Périer. Un cas de persistance absolument complète de l'hymen chez une primipare. (*Normandie méd.*, 15 mars.)

Peterson (R.). 3 nephrectomies, presenting features of interest to the gynecologist. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Pettazzi (A.). La laparo-isterectomia e lo svuotamento del bacino nel cancro del collo dell'utero; studio clinico. (*Morgagni*, janv. et mars.)

Pfannenstiel (J.). Zur Behandlung des Myoma uteri. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mars.) — Traitement des corps fibreux de l'utérus.

Pick (L.). Ueber eine besondere Form nodulärer Adenome der Vulva. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — Sur une forme particulière de l'adénome nodulaire de la vulve.

Plauchu. Bassin rachitique à forme pseudo-ostéomalacique; opération césarienne conservatrice. (*Lyon méd.*, 27 mars.)

Popescul (M.). Ein Fall von wiederholtem Kaiserschnitt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 mars.) — Un cas d'opération césarienne itérative.

Reeb (M.). Beitrag zur Lehre des Chorioepithelioma malignum, nebst Bemerkungen über Diagnosenstellung desselben. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — Sur le déciduome malin et son diagnostic.

Salles. Traitement de la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement incomplet. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 mars.)

Schenk (F.). Primärer Krukenberg'scher Ovarialtumor. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 2.)

Simpson (F. F.). A consideration of combined ectopic and intrauterine pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Grossesse à la fois intra et extra-utérine.

Sinclair (W. J.). On ventrifixation of the uterus. (*Brit. Med. Journ.*, 26 mars.)

Souza (C. de). Considerações sobre um caso de vaginite blenorrhagica. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 fév.)

Tavildarov (F.). Les cellules déciduales dans les endométrites (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 mars.)

Theilhaber (A.) et **Hollinger**. Die Ursachen der Blutungen bei Uterusmyomen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 2.) — Les métrorrhagies dues aux myomes utérins.

Vallée (P.). Un cas de grossesse quadruple. (*Normandie méd.*, 15 mars.)

Werder (X. O.). Abdominal section during pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — 6 cas de laparotomie chez des femmes enceintes.

TÉRATOLOGIE

Bolk (L.). Over een belangwekkenden vorm van minimus bifidus, en over het ontstaan van polydactylie in het algemeen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 fév.) — Une forme intéressante de bifidité du petit doigt et pathogénie de la polydactylie en général.

Cagiati (L.). Contributo allo studio della ipertrofia congenita. (*Policlinico*, partie méd., XI, 1, 2 et 3.)

Jones (A. W.) et **Christopherson** (J. B.). 2 cases of hypertrophied breasts in the male (gynæcomastia). (*Lancet*, 26 mars.) — 2 cas d'hypertrophie mammaire chez l'homme.

Nylander (E. S.). Bidrag till läran om ärftlig polydaktyli. (*Hygiea*, fév.) — La polydactylie héréditaire.

HYGIÈNE

Lesperance (J.). The soluble ferments of cow's milk. (*Med. Record*, 19 mars.) — Les ferments solubles du lait de vache.

Mayer (G.). Hygienische Studien in China. In-8°, 167 p. avec planches. Leipzig.

Mazzeo (P.). La virulenza e la tossicità del bacillo coli negli alimenti della prima età. (*Pediatria*, mars.) — Virulence et toxicité du colibacille dans les aliments des enfants du premier âge.

Rullmann (W.). Ueber die Abtötung von Tuberkelbazillen in erhitzter Milch. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 mars.) — Sur la destruction des bacilles de la tuberculose par le chauffage du lait.

Seiler (F.) et **Stoutz** (W. de). La diphtérie est-elle transmissible par l'eau? (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Sergent (E.). Campagne antipaludique en Algérie (1903). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Statistik der Sanitätsverhältnisse der Mannschaft des k. u. k. Heeres im Jahre 1902. In-4°, LII-267 p. Vienne. — Statistique sanitaire de l'armée austro-hongroise pour l'année 1902.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Gass (A.). Tuberkulose und Unfall. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.) — La tuberculose et les accidents du travail.

Köster (G.). Ein klinischer Beitrag zur Lehre von der chronischen Schwefelkohlenstoffvergiftung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 1-2.) — Recherches cliniques sur l'intoxication chronique par le sulfure de carbone.

Mancioli (T.). Le tabac; lésions de l'oreille, du nez et de la gorge chez les ouvrières de la manufacture royale de Rome. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Momo (C.). La stenosi uretrale traumatica nella legge degli infortuni sul lavoro. (*Gazz. degli Osped.*, 27 mars.)

Potron (M.) et **Lemaire** (L.). Intoxications par les champignons; une station mycologique à Montherme. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.)

Robin (A.). The new biologic test for human blood, with a report of its employment in a recent murder case. (*New York Med. Journ.*, 5 et 12 mars.) — Le nouveau procédé biologique pour reconnaître le sang humain.

Talbot. Du suicide par auto-section linguale en Indo-Chine. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Treille (G.). Un cas d'empoisonnement chronique causé par le contact des feuilles du *Rhus toxicodendron*. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Vincenzo (G.). Su di un caso di avvelenamento acuto per acido acetico. (*Riforma med.*, 27 janv.)

Wassermann (A.). Gibt es ein biologisches Differenzierungsverfahren für Menschen- und Tierblut mittelst der Präzipitine? (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 mars.) — Existe-t-il un procédé biologique pour différencier, au moyen des précipitines, le sang humain d'avec celui des animaux?

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Nandelstedt (G.). Emploi de la levure de bière sèche dans le traitement du diabète sucré (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 6 mars.)

Rosenthal (L.). Ein neues Dysenterieheilserum und seine Anwendung bei der Dysenterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mai.) — Un nouveau sérum antidysentérique et son emploi dans la dysenterie.

Rutherford (H. H.). Pure olive oil and its use in the treatment of chronic dysentery and allied conditions. (*Amer. Medicine*, 12 mars.) — L'huile d'olive pure et son emploi dans le traitement de la dysenterie chronique et des états similaires.

Skinner (C. E.). Dry superheated air in therapeutics. (*Med. Record*, 12 mars.) — L'air sec surchauffé en thérapeutique.

Stanley (Ch. E.). Serum treatment of dysentery. (*Yale Med. Journ.*, mars.)

Thompson (W. G.). The treatment of lobar pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 mars.)

Turck (F. B.). The dietetics of atonic dilatation of the stomach, based on a study of the physiology of gastric movements. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 mars.)

Voltke (V.). Emploi, avec succès, de l'atropine dans 2 cas d'hémoptysie rebelle (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 2.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Leduc (S.). Photothérapie profonde par sensibilisation des tissus. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mars.)

Machado (V.). Sur la polarisation double des électrodes employées dans l'électrothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mars.)

Perthes (G.). Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose und Operation der Stirnhöhlenosteome. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4.) — Valeur des rayons de Röntgen pour le diagnostic et l'opération des ostéomes du sinus frontal.

Weber (R. H.). Unsere heutige Kenntnis der Radioaktivität. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 mars.) — L'état actuel de nos connaissances sur la radio-activité.

Williams (E. G.). The regulation of the duration of exposure and the distance from the tube in X-ray therapy. (*Med. News*, 26 mars.)

BACTÉRIOLOGIE

Kinsey (F. C.). Examination of the blood of pneumonia patients for pneumococci. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 mars.) — L'examen du sang dans la pneumonie en vue de la recherche des pneumocoques.

Kisskalt (K.) et **Pape** (H.). Ein Fall von periuterinem Exsudat, veranlasst durch einen bisher unbekannten Bacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 2.) — Un cas d'exsudat péri-utérin dû à un bacille non encore décrit.

Mavrojannis. Sur un signe différentiel entre le vibrion cholérique et certaines autres espèces vibrioniennes (l'action du formol sur leurs cultures en gélatine). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Quadrone (C.). Ricerche batteriologiche in due casi di ileotifo ad inizio brusco e sfebbramento rapido. (*Gazz. degli Osped.*, 20 mars.) — Recherches bactériologiques sur 2 cas de fièvre typhoïde à début brusque et à défervescence rapide.

Rosenberger (R. C.). The actual and comparative resistance of acid-fast bacilli. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, janv.) — Résistance absolue et relative des bacilles acido-résistants.

Steinberg. Ueber Agglutination von Typhusbazillen durch das Blutserum Ikterischer. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars.) — Sur l'agglutination du bacille d'Eberth par le sérum sanguin de sujets ictériques.

24e ANNÉE. — N° 20. Vingt centimes le numéro. 18 MAI 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Friedrich Jamin est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs C. Cafiero (*pathologie interne*); Gaetano Finizio (*pédiatrie*); Vito Capriati (*électrothérapie*).

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Oskar Bail, privatdocent d'hygiène, est nommé professeur extraordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Emile Dubois, député de la Seine. — M. le docteur E. Demange, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Nancy, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur I. T. Dana, ancien professeur de pathologie interne et de matière médicale à Maine Medical School de Brunswick.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Cahen (A.). Contribution à l'étude des néphrites et de l'urémie au cours de la tuberculose pulmonaire.

Guillet (F.). L'opération césarienne d'urgence.

Hily (Y.). De la mort subite dans l'aortite aiguë au point de vue médico-légal.

Jouenne (A.). Les différents traitements de la sciatique.

Macé (P.). Morphine, morphinomanie, morphinomanes.

Martin (A.). Valeur comparée du traitement médical et du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant; résultats de la cure marine.

Pourrat (A.). Valeur séméiologique des idées délirantes de grossesse.

Rancher (M.). Etude sur les formes de la pneumonie prolongée chez l'enfant.

Rousseau (L.). Le thigénol (oléo-sulfonate de sodium).

Samné bey (G.). Les insuffisances de la croissance.

Sentourens (G.-A.). L'exercice illégal de la médecine et le charlatanisme médical.

Sigre (M.). Les fonctions gastro-intestinales chez l'obèse.

Tulasne (E.). De l'ectopie rénale; difficulté du diagnostic.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Harlow (W. P.). A differential staining of the blood with simple solutions. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Procédé de coloration élective du sang par des solutions simples.

Lacasse (R.) et **Nau** (P.). Anomalies de situation et de volume de l'intestin. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Merk (L.). Die Verbindung menschlicher Epidermiszellen unter sich und mit dem Corium. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 avril.) — Les connexions des cellules de l'épiderme humain entre elles et avec le derme.

Montoya y Florez (J. B.). Genesis de las celulas de la sangre. In-8°, 19 p. avec fig. Medellin.

Muskens (L. J. J.). Vier vaste wervelpunten en de schommelingen in de onderliggende ruggemergsegmenten bij 22 autopsieen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 fév.) — Les segments de la moelle épinière par rapport à 4 points fixes du rachis, d'après 22 autopsies.

Prenant (A.), **Bouin** (P.) et **Maillard** (L.). Traité d'histologie. T. Ier : cytologie générale et spéciale. In-8°, XXXII-979 p. avec fig.

Robinson (Byron). The rectal segment of the ureter. (*Med. Record*, 9 avril.)

Schwartz (A.) et **Descomps** (P.). Remarques sur la séreuse péricardique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

PHYSIOLOGIE

Brodie (T. G.) et **Dixon** (W. E.). Contributions to the physiology of the lungs. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 5-6.) — Physiologie des poumons.

Cesarini (C.). Influenza dell'attività muscolare sulla distribuzione del sangue alla periferia. (*Gazz. degli Osped.*, 10 avril.)

Deetjen (H.). Die Einwirkung einiger Jonen auf die Zellsubstanz. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 avril.) — Action de quelques ions sur le protoplasma.

Galli (G.). Die Temperatur und Sekretion des Magens bei einer Frau mit Magenfistel. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 avril.) — La température et la sécrétion de l'estomac chez une femme ayant une fistule gastrique.

Lazar (E.). Zur Frage der Sekretionsthätigkeit der polynukleären Leukozyten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — Sur l'activité sécrétoire des leucocytes polynucléés.

Loeb (L.). Versuche über einige Bedingungen der Blutgerinnung, insbesondere über die Specificität der in den Geweben vorhandenen Coaguline. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 1.) — Recherches expérimentales sur certaines conditions de la coagulation du sang, en particulier sur la spécificité des coagulines des tissus.

Macwilliam (J. A.), **Mackie** (A. H.) et **Murray**. On the intravascular injection of salts and of nucleo-proteid. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 5-6.) — Injections intraveineuses de sels et de nucléo-protéide.

Tchouïévsky (I.). Contribution à l'étude du mécanisme de la nutrition du cœur des animaux à sang chaud (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 mars.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bayon. Ueber das Centralnervensystem der Cretinen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 avril.)

Bornstein (M.). Anatomia patologiczna stwardnienia wieloogniskowego (sclérose en plaques). (*Gaz. lekarska*, 26 mars et 2 avril.) — Anatomie pathologique de la sclérose en plaques.

Chartier. Angiome caverneux du foie; mortification de la partie centrale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Coplin (W. M. L.). Changes in the intercostal muscles and diaphragm in infective processes involving the lung and pleura. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mars.) — Les lésions des muscles intercostaux et du diaphragme dans les affections inflammatoires du poumon et de la plèvre.

François-Dainville. Sarcome mélanique du rectum avec adénopathie inguinale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Herbet (H.). Diverticule de l'uretère. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Kokawa (I.). Zur pathologischen Anatomie der Kapselbazillen-Pneumonie, nebst Anhang über Kapselbazillen-Meningitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.)

Kurpjuweit (O.). Ueber die Veränderungen der Milz bei perniziöser Anämie und einigen anderen Krankheiten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.) — Sur les altérations de la rate dans l'anémie pernicieuse et dans quelques autres affections.

Lenoble (E.). Hématologie d'un cas de maladie de Barlow; analogies avec le purpura myéloïde. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Lœper (M.) et **Esmonet** (Ch.). La graisse dans les corps thyroïdes pathologiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Marzocchi (V.). Sugli eritrociti granulosi. (*Riforma med.*, 13 janv.)

Pearce (R. M.). The pathology of diabetes. (*Albany Med. Ann.*, avril.)

Studii e ricerche del prof. Luciano Armanni. In-4°, XXIV-247 p. avec fig. et portrait. Naples.

Tillmanns (H.). Zur Entstehung der angeborenen Sakraltumoren, mit besonderer Berücksichtigung der Spina bifida cystica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.) — Pathogénie des tumeurs sacro-coccygiennes congénitales, notamment du spina-bifida kystique.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Braunstein (A.). Beobachtungen über die Ausscheidung der Chloride, der Phosphorsäure, des Stickstoffs und Ammoniaks bei Carcinom. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 3.) — Elimination des chlorures, de l'acide phosphorique, de l'azote et de l'ammoniaque chez les cancéreux.

D'Amato (L.). Sull'esistenza in natura di virus rabico rinforzato. (*Riforma med.*, 10 fév.)

Kolb (K.). Der Einfluss von Boden und Haus auf die Häufigkeit des Krebses nach Detail-Untersuchungen in Bayern. In-8°, 146 p. avec cartes. Munich. J. F. Lehmann. — Influence du sol et du milieu sur la fréquence du cancer, d'après des recherches faites en Bavière.

Lindemann (E.). Ueber Krebsstatistik auf Helgoland. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 3.) — La statistique du cancer dans l'île d'Héligoland.

Ruffer (M. A.) et **Crendiropoulo** (M.). On the toxic properties of bile and on antihæmolytic (hæmosozic) serum. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars.)

Scherk (K.). Ein Vorschlag zur Erforschung der Aetiologie des Carcinoms. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 3.) — Une proposition pour l'étude des causes du cancer.

Wladimiroff (W.). Zur Frage von der Autoinfection. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 2.)

Wright (A. E.) et **Kilner** (J. N.). On a new method of testing the blood and the urine, with special reference to the determination of the excretory efficiency of the kidney. (*Lancet*, 2 avril.) — Nouveau procédé pour l'examen du sang et de l'urine, notamment au point de vue de la perméabilité rénale.

MÉDECINE

Antonucci (G.). Di un inizio anormale della polmonite crupale. (*Gazz. degli Osped.*, 10 avril.) — Début anormal de la pneumonie franche aiguë.

Aporti (A.). Contributo allo studio della sigmoidite ricorrente. (*Clinica moderna*, 30 mars.)

Beyne (J.). De la valeur de l'exploration sphygmographique comme élément général de diagnostic. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 avril.)

De Groot (J.). Bijdrage tot de kennis der maaggisting. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 avril.) — Sur la fermentation stomacale.

Dock (G.). The influence of complicating diseases upon leukæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — L'influence des maladies intercurrentes sur l'évolution de la leucémie.

Finsen (N. R.). Gives der en kronisk klornatriumforgiftning beroende paa en ophobning af saltet i organismen? (*Ugeskrift for Læger*, 11 et 18 fév.) — Existe-t-il un empoisonnement chronique par le chlorure de sodium, dû à une accumulation de sel dans l'organisme?

Foster (N. B.). Chronic gastritis due to alcohol. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Kaufmann (J.). Remarks on gastrosuccorrhœa and tetanic attacks occurring with chronic ulcer of the stomach. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Kouchev (N.). Du pouls différent dans les deux artères radiales en cas de rétrécissement mitral (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 5.)

Riesman (D.). Cervical rib. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.) — Sur les côtes cervicales.

Robinson (B.). A partial study of ulcerative endocarditis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Van Emden (J. E. G.) et **Kleerekoper** (E.). Over de beteekenis der basophiel gekorrelde roode bloedlichaampjes voor de vroegtijdige diagnose der loodvergiftiging. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 fév.) — Des hématies à granulations basophiles au point de vue du diagnostic précoce de l'intoxication saturnine.

Verekoundov (A.). Quelques cas de pneumonie lobaire compliquée de phénomènes cérébraux (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 27 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Baccelli (G.). Sulla subcontinua tifoidea. (*Policlinico*, 2 avril.)

Baumler (C. G. H.). The early diagnosis of tuberculosis of the lungs. (*Brit. Med. Journ.*, 2 avril.) — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Bragagnolo (G.). Contributo clinico alla pneumonite epidemica. (*Riv. veneta di scienze med.*, 29 fév.)

Edsall (D. L.). A small series of cases of peculiar staphylococcic infection of the skin in typhoid fever patients. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.) — Quelques cas d'une infection staphylococcique particulière de la peau chez des typhoïdiques.

Jenckel (A.). Beitrag zur Kenntnis der Rotzinfektion beim Menschen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — De la morve humaine.

Lotheissen (G.). Zur Klinik und Therapie des malignen Oedems. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 mars et 5 avril.)

Mari (N.). Contribution à l'étude des inoculations préventives contre la rage (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 mars.)

Owen (Sir Isambard). The detection of early tubercle in the lungs. (*Brit. Med. Journ.*, 2 avril.) — Le diagnostic précoce des tubercules du poumon.

Van den Bergh (A. Hijmans). Bijdrage tot de kennis der zwartwaterkoorts. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 avril.) — Sur la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Weber (F. Parkes). Remarks on the relations of pulmonary tuberculosis to other diseases. (*Lancet*, 2 avril.) — Remarques sur les rapports de la tuberculose pulmonaire avec d'autres maladies.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Carrière (G.). Sur un cas d'amyotrophie myopathique pseudo-hypertrophique. (*Nord méd.*, 1er avril.)

D'Ormea (A.) et **Maggiotto** (F.). Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci : la eliminazione del bleu di metilene e del joduro di potassio per via renale; nota preventiva. (*Riforma med.*, 3 fév.)

Fleury (M. de). Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. In-8°, 983 p. avec fig. F. Alcan.

Goldscheider. Ueber das Vibrationsgefühl. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 avril.) — Sur la sensibilité osseuse.

Haskovec (L.). Weitere Bemerkungen über die Akathisie. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 mars et 2 avril.)

Klix. Ueber die Geistesstörungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. In-8°, 38 p. Halle. — Des troubles mentaux au cours de la grossesse et pendant les suites de couches.

Kollarits (J.). Zur Kenntnis der tabetischen Arthropathie und Knochenerkrankung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — De l'ostéo-arthropathie tabétique.

Lifchitz (M.). Un cas de syringomyélie au début (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 mars.)

Neumann. Beitrag zur Kenntnis der Hirnsyphilis. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 et 16 avril.) — Sur la syphilis du cerveau.

Nina-Rodrigues. Um caso de loucura lucida; as providencias legaes reclamadas pelos alienados d'este genero no direito brazileiro. (*Brazil-medico*, 1er, 8 et 15 fév.) — Un cas de folie lucide.

Norström (G.). La migraine; traitement par le massage. (Trad. de l'anglais.) In-16, 156 p.

Plessi (A.). Il sintoma di Kernig nella sciatica. (*Gazz. degli Osped.*, 3 avril.)

Préobrajensky (P.). Rôle de la syphilis dans l'étiologie du tabes; un cas de tabes chez un enfant (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 6.)

Rybakov (Th.). De l'internement obligatoire des alcooliques dans les maisons de santé (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 mars.)

Stembo (L.). Beseitigung sehr heftiger lancinirender Schmerzen bei einem Tabiker nach 28 Injektionen von antirabischer Markemulsion. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — Disparition de douleurs fulgurantes très violentes chez un tabétique après 28 injections antirabiques.

Tcharnetzky (F.). Un cas d'impulsion irrésistible à la géophagie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 6.)

Vaudey. Considérations sur 4 cas de tabes traités par la mercurialisation intensive. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Vitek (V.). Odchylná forma Jacksonovy epilepsie u chronického hydrocefalu. (*Casopis lékaru ceskych*, 19 mars.) — Une forme particulière d'épilepsie jacksonienne au cours de l'hydrocéphalie chronique.

Vogt (R.). Psykotherapi (funktionel hjernethe-rapi). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.)

Westphal (A.). Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen und dem Symptom des Vorbeiredens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er janv.) — Hystérie traumatique avec état crépusculaire particulier et « réponses à côté ».

CHIRURGIE

Czish (S. F.). Ueberpflanzung eines Muskels zur Deckung von Defekten in der Bauchwand. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Transplantation d'un muscle en vue de combler des pertes de substance de la paroi abdominale.

Dollinger (J.). Die subkutane Entfernung der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses, des Nackens, der Präaurikular- und der Submaxillargegend; auf Grund von 100 Fällen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — L'ablation sous-cutanée des ganglions tuberculeux cervicaux, occipitaux, préauriculaires et sous-maxillaires.

Ehrlich (F.). Diät nach Magen- und Darmoperationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Le régime chez les opérés de l'estomac et de l'intestin.

Erdmann (J. F.). Surgery of the gall-bladder and ducts. (*Med. News*, 26 mars.) — Chirurgie des voies biliaires.

Galebsky (A.). Des opérations faites sous le contrôle immédiat des rayons de Röntgen (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 mars.)

Gaudiani (V.). L'ascesso della milza. (*Policlinico*, 2 avril.) — L'abcès de la rate.

Grunert. Zur Behandlung von penetrierenden Brustwunden; ein Fall von Lungennaht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — Sur le traitement des plaies pénétrantes du thorax ; un cas de suture pulmonaire.

Guelliot (O.). Etudes de chirurgie. In-8°, 347 p. avec fig.

Gwyn (N. B.). Carcinoma of abdominal cavity; puncture of intestine during paracentesis abdominis; presence of carcinomatous fragments in ascitic exudate; remarks on cytodiagnosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Harris (M. L.). On the treatment of penetrating wounds of the abdomen. (*Ann. of Surgery*, mars.) — 16 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen.

Herhold. Beitrag zur Kiefertuberkulose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — Sur la tuberculose de la mâchoire.

Jackson (W. F.). A case of prenatal appendicitis (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Kamnev (M.). Luxation du gros orteil dans l'articulation interphalangienne (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 20 mars.)

Kehr (H.). Die Dauerresultate meiner letzten 500 Gallensteinlaparotomien (400 - 900. Operation). (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Les résultats éloignés de mes 500 dernières laparotomies pour lithiase biliaire.

Kreuter (E.). Ein Fall von Bursitis subdeltoidea, als Beitrag zur Hygromfrage. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.)

Lameris (H. J.). Een geval van Sprengel's difformiteit. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 mars.) — Un cas de difformité de Sprengel.

Lauenstein (C.). Wie entstehen die ersten krankhaften Veränderungen des Wurmfortsatzes bei Appendizitis? Zugleich ein Beitrag zu der Frage der Entstehung der « Perixenitis » Riedel. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Comment prennent naissance les premières lésions de l'appendice dans l'appendicite?

Leotta (N.). Le alterazioni prodotte dalle estese scottature, e la patogenesi della relativa morte; nota preliminare : la tossicità delle urine degli scottati. (*Policlinico*, 6 fév.) — Les altérations produites par les brûlures étendues et la pathogénie de la mort consécutive à ces accidents : la toxicité des urines des sujets atteints de brûlures.

Lucas (R. C.). Two cases of « corset cancer », with remarks on the origin and spread of cancer. (*Lancet*, 2 avril.) — 2 cas de cancer en cuirasse; considérations sur l'origine et la propagation du cancer.

MacLaren (A.). Contribution to the surgery of perforating gastric ulcer. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Mancini (P.). La rachitide e le deformità da essa prodotte. In-12, 300 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Mayo (W. J.). Radical operations for the cure of cancer of the pyloric end of the stomach. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Mikulicz (J. von). Ueber Operationen in der Brusthöhle mit Hilfe der Sauerbruch'schen Kammer. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 et 14 avril.) — Emploi de la chambre de Sauerbruch dans les opérations thoraciques.

Miles (A.) et **Struthers** (J. W.). Bennett's fracture of the base of the metacarpal bone of the thumb. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Fracture de la base du premier métacarpien.

Morison (R.). Hernia. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars et avril.)

Nathan (P. W.). Chondrodystrophia fœtalis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Nösske (H.). Zur Wertschätzung der Jejunostomie, nebst Bemerkungen über die Gastroenterostomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — Valeur de la jéjunostomie; remarques sur la gastro-entérostomie.

Panzacchi (G.). Lo spazio interosseo nelle varie posizioni di rotazione dell'avambraccio. (*Arch. di ortopedia*, XX, 5.)

Pel (P. K.). Ueber tardive Leberabscesse nach tropischer Dysenterie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 avril.) — Sur les abcès tardifs du foie consécutifs à la dysenterie tropicale.

Pels-Leusden (F.). Ueber Hammerdarm nach Bauchfelltuberkulose; doppelter Darmprolaps aus einer Nabeldarmfistel. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — Sur l'intestin « en marteau » dans la péritonite tuberculeuse; prolapsus double de l'intestin par une fistule ombilico-intestinale.

Pont et **Leclerc** (G.). Ostéopériostite du maxillaire supérieur, consécutive à la chute tardive des molaires temporaires. (*Lyon méd.*, 3 avril.)

Poucel (J.). Fracture de la colonne vertébrale. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Püschmann. Ein Fall von Darmzysten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — Un cas de kystes de l'intestin.

Robson (A. W. Mayo). Pathology and surgery of certain diseases of the pancreas. (*Lancet*, 19 et 26 mars et 2 avril.)

Russell (W.). Acute appendicitis; its diagnosis and the indications for operation. (*Lancet*, 19 mars.)

Rydygier (L.). Der Lappenschnitt zur blutigen Reposition veralteter Hüftgelenksverrenkungen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 2 avril.) — La réduction sanglante des luxations anciennes de la hanche par un procédé à lambeau.

Sheldon (J. G.). Cirrhosis of the stomach. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Sprengel. Zur Diagnose der Wurmfortsatzeinklemmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — Sur le diagnostic de l'étranglement de l'appendice.

Staatsmann (K.). 3 Fälle von primärer Einklemmung des Wurmfortsatzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — 3 cas d'étranglement primitif de l'appendice.

Tourner (G.). Coxa vara et valga (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 mars.)

Vladimirsky (I.). Un cas de gangrène cutanée consécutive à une injection sous-cutanée de solution physiologique de chlorure de sodium (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, fév.)

Vlassov (V.). Des hernies artificielles de la région inguinale (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mars.)

Wendel (W.). Die Luxatio femoris infracotyloidea. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.)

Zöge von Manteuffel (V.). Emploi des gants de caoutchouc en chirurgie de guerre (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 mars.)

OPHTALMOLOGIE

Groenouw (A.) et **Uhthoff** (W.). Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans. 2. Teil : Die Augenveränderungen bei Vergiftungen und bei den Erkrankungen des Nervensystems und des Gehirns. In-8°, p. 177 à 418, avec fig. Leipzig. — Les lésions oculaires dans les intoxications et dans les affections du système nerveux et du cerveau.

Jablkowski (P.). Erfahrungen über lokale Jodapplikation beim Trachom. (*Wien. med. Presse*, 3 avril.)

Manolesco. L'opération de la cataracte secondaire. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Murray (F. W.). The treatment of pulsating exophthalmos. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Shoemaker (W. T.). Obstruction of the central retinal artery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Tchaïkovsky (L.). L'adrénaline dans le traitement des maladies des yeux (en russe). (*Prakt. Vratch*, 20 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Die Blutung bei der Geburt und ihre Folgen für die Frau. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 2.) — Les hémorrhagies intra partum et leurs suites.

Baisch (K.). Die Begutachtung gynäkologischer Erkrankungen für die Unfall- und Invaliditätsversicherungen; ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Hysterie und Genitalleiden. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 367.) — L'expertise des affections gynécologiques pour les assurances contre les accidents du travail et les maladies; contribution à l'étude des rapports entre l'hystérie et les affections génitales.

Bland-Sutton (J.). A topographical and clinical study of fibroids of the neck of the uterus (cervix fibroids). (*Lancet*, 2 avril.) — Etude topographique et clinique des corps fibreux du col de l'utérus.

Carini (L.). Pelvi-peritonite primitiva puerperale. (*Gazz. degli Osped.*, 3 avril.)

Cramer (H.). Ueber prophylaktische Sterilisierung der Frau. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.)

Dührssen (A.). Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Placenta prævia, nebst Bemerkungen zur Technik der Operation und ihre Stellung zu anderen Dilatationsmethoden. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 avril.) — Un cas d'opération césarienne vaginale pour placenta prævia; technique et valeur comparée de l'opération.

Gigli (L.). Lateralschnitt des Beckens. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 mars.) — La pelvitomie paramédiane.

Jacobi (L.). Renal disease of pregnancy and retinitis albuminurica. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Néphrite des femmes enceintes et rétinite albuminurique.

Jaworski (J.). Przenoszenie skladowych czesci kosmówki do krwiobiegu matki oraz znaczenie tej sprawy. (*Kronika lekarska*, 15 mars.) — Migration des éléments des villosités choriales dans le torrent circulatoire de la mère.

Kaufmann (Mme R.). Un cas d'utérus bicorne double avec vagin cloisonné (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, fév.)

Malcolm (J. D.). A case of sloughing of the central part of a uterine fibro-myoma shortly after delivery. (*Lancet*, 2 avril.) — Nécrose de la partie centrale d'un corps fibreux de l'utérus peu après la délivrance.

Mouratov (A.). Quelques remarques à propos de 3 cas d'opération césarienne (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 mars.)

Nenadovitch (L.). Anesthésie sexuelle chez les femmes (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, fév.)

Orlov (V.). Boule de croquet ayant séjourné pendant de longues années dans le vagin (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 mars.)

Paulin (J.). En tvillingsfödsel med 17 dages pause. (*Hospitalstidende*, 10 fév.) — Accouchement gémellaire avec un intervalle de 17 jours.

Pfähler (P.). Ein Riesen-Ovarialtumor. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — Une tumeur géante de l'ovaire.

Potéienko (V.). L'opération césarienne en cas d'indication relative (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, fév.)

Stankov (K.). Un cas typique de tuberculose descendante des organes génitaux chez la femme (salpingite tuberculeuse) (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, fév.)

Vogel (G.). Eviszeration und Spondylotomie mit nachfolgender Wendung und Perforation bei inkompleter Uterusruptur. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 janv.) — Eviscération et embryotomie rachidienne; version; craniotomie; rupture incomplète de l'utérus.

PÉDIATRIE

Freund (W.). Wasser und Salze in ihren Beziehungen zu den Körpergewichtsschwankungen der Säuglinge. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 4.) — L'eau et les sels dans leurs rapports avec les oscillations du poids des nourrissons.

Graanboom (J.). Gecondenseerde karnemelk als kunstmatig voedsel voor den zuigeling. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 fév.) — Le babeurre condensé dans l'alimentation artificielle du nourrisson.

Hammerschlag (V.). Ueber Hörstörungen im Kindesalter und ihre Bedeutung für die psychische und intellektuelle Entwicklung des Kindes. (*Wien. med. Presse*, 3 et 10 avril.) — Des troubles de l'ouïe chez l'enfant et de leur influence sur le développement psychique et intellectuel.

Möhring. Ueber die ambulante Behandlung der Wirbeltuberkulose und Heilung des tuberkulösen Buckels. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 mars et 2 avril.) — Traitement ambulatoire de la tuberculose vertébrale et guérison de la gibbosité pottique.

Nathan (F.). Ueber den Zusammenhang zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 3-4.) — Sur la prétendue origine tuberculeuse de la pleurésie séreuse chez l'enfant.

Pollak (R.). Ueber einen Fall von Scorbut im Verlaufe von Pertussis mit tötlichem Ausgang. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 3-4.) — Un cas de coqueluche compliqué de scorbut, avec issue fatale.

Simon (R. M.). Reflex disturbances associated with adherent prepuce. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars.) — Troubles réflexes dûs à l'adhérence du prépuce.

Stamm (C.). Ueber Pylorusstenose im Säuglingsalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 3-4.) — De la sténose du pylore chez le nourrisson.

Steinitz (F.). Ueber den Einfluss von Ernährungsstörungen auf die chemische Zusammensetzung des Säuglingskörpers. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 4.) — Influence des troubles de la nutrition sur la composition chimique du corps du nourrisson.

Tugendreich (G.). Mitteilung über Urobilinurie im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 3-4.) — L'urobilinurie chez l'enfant.

HYGIÈNE

Balestre et **Camous.** La désinfection urbaine. In-8°, 13 p. Monaco.

Danilevsky (A.). Contribution à l'étude de la purification chimique de l'eau au cours des marches, des manœuvres, des voyages (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Duse (G.). Igiene delle ferrovie. In-8°, 179 p. Padoue. — L'hygiène des chemins de fer.

Glückmann (T.). Contribution à l'étude de l'influence des premiers mois de la vie de caserne sur le développement physique et sur la santé des jeunes soldats (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 20 mars et 17 avril.)

Muzio (C.). Le malattie dei paesi caldi, loro profilassi ed igiene con un'appendice : la vita nel Brasile. Regolamenti di sanità pubblica contro le infezioni esotiche. In-12, 560 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Sajous (C. E. de M.). Aseptic vaccination. (*Monthly Cyclopædia of Pract. Med.*, janv.)

Slovtzov (B.). Contribution à l'étude de la purification chimique de l'eau (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Biernacki (E.). O rzekomem krwitowórczem dzialaniu arszeniku. (*Gaz. lekarska*, 20 et 27 fév.) — Sur l'action dite hématopoïétique de l'arsenic.

Ehrlich (P.) et **Shiga** (K.). Farbentherapeutische Versuche bei Trypanosomenerkrankung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 mars et 4 avril.) — Emploi thérapeutique de certaines couleurs contre les maladies à trypanosomes.

Giacanelli (M.). Un caso di tetano traumatico curato colle iniezioni endovenose di acido fenico secondo il metodo Baccelli. (*Gazz. degli Osped.*, 3 avril.)

Hirsch (A.). Traitement des streptococcies par le sérum antistreptococcique (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Jänicke. Ein Mittel zur Auflösung von Nierensteinen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 2 avril.) — Un remède pour la dissolution des calculs du rein.

Ocherovsky (L.). Un cas de lèpre guéri par l'ichtyol (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Wallace (C. S.) et **Sargent** (P. W. G.). Four cases of tetanus treated by injections of antitoxin into the spinal theca. (*Lancet*, 5 mars.) — 4 cas de tétanos traités par les injections intrarachidiennes d'antitoxine.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Barjon (F.) et **Courmont** (P.). Variations dans la forme de la limite des épanchements pleuraux et, en particulier, de sa direction oblique, étudiées par l'examen radioscopique. (*Lyon méd.*, 3 avril.)

Bocciardo (A. D.). Elettricità medica; elettroterapia, raggi Röntgen, radioterapia, fototerapia, ozono, elettrodiagnostica. In-12, 201 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Freund (L.). Ueber radiographische Befunde bei intermittierendem Hinken. (*Wien. med. Presse*, 27 mars.) — Examen radiographique dans la claudication intermittente.

Grätz (L.). Ueber neue physikalische Strahlungsforschungen (Becquerelstrahlen und N-Strahlen). (*Münch. med. Wochensch.*, 5 avril.) — Rayons de Becquerel et rayons N.

Lehndorff (H.). Zur Kenntnis des Morbus Barlow: Röntgenbefund. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 3-4.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Abrahams (R.). Sea-bathing in some forms of skin diseases. (*Med. News*, 26 mars.) — L'action des bains de mer sur quelques affections cutanées.

Barety (A.). Etude clinique et considérations critiques sur l'influence du climat de Nice et, par extension, de la côte d'Azur dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire et, en particulier, des conditions pour bien étudier cette influence. In-8°, 39 p. Monaco.

Moriez (R.). Influence du climat méditerranéen sur le rhumatisme et les rhumatisants; influence du climat des Alpes maritimes sur les maladies des yeux. In-8°, 76 p. Monaco.

BACTÉRIOLOGIE

Bulletin du laboratoire de bactériologie de l'Institut Pasteur de la Loire-Inférieure (année 1902-1903). In-8°, 84 p. avec planches. Nantes.

Caterina (E.). Risultati comparativi dei diversi mezzi di cultura ed isolamento dei germi anaerobi applicati alla flora batterica del canale genitale femminile. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, déc. 1903 et janv.)

Kirstein (F.). Ueber Beeinflussung der Agglutinirbarkeit von Bakterien, insbesondere von Typhusbacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 2.)

Konrich (F.). Untersuchungen über die Agglutination des Micrococcus melitensis. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 2.)

Salge (B.). Ein Beitrag zur Bakteriologie des Enterokatarrhs. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 4.)

Symes (J. O.). Bacteriology of everyday practice. 2e éd. In-8°, 108 p. Londres.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Binz (K.). Nachträgliches über Valerius Cordus und den Aethyläther. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 avril.)

Carbone (T.). L'opera scientifica di Angelo Maffucci. (*Clinica moderna*, 16 mars.)

Da Costa (J. Chalmers). Medical Paris during the reign of Louis-Philippe. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.) — La chirurgie à Paris sous le règne de Louis-Philippe.

Smith (S.). The treatment of gunshot wounds by British surgeons during the War of the Revolution, 1775-1783. (*Med. Record*, 5 mars.) — Le traitement des plaies par armes à feu, employé par les chirurgiens anglais pendant la guerre d'Indépendance des Etats-Unis d'Amérique.

24e ANNÉE. — N° 21. Vingt centimes le numéro. 25 MAI 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro est exclusivement consacré à la Littérature médicale.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Le prochain Congrès international des sciences médicales.

Le règlement du quinzième Congrès international de médecine, qui se tiendra à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906, vient d'être publié. Nous sommes heureux de constater à cette occasion que les critiques que nous avons adressées l'année dernière aux organisateurs du Congrès de Madrid — relativement à l'accession au Congrès de personnes étrangères à l'art médical — n'ont pas été inutiles; l'article 2 du règlement en question est en effet ainsi conçu :

« Seront membres du Congrès : 1° les médecins qui en feront la demande; 2° les savants qui seront présentés par le comité exécutif portugais ou par les comités nationaux étrangers. »

Et, dans un communiqué destiné à la presse et joint audit règlement, le comité, pour mieux marquer ses intentions à cet égard, insiste tout particulièrement sur cet article 2.

Le Congrès de Lisbonne renoue ainsi la tradition des Congrès strictement médicaux, si fâcheusement interrompue par le Congrès de Madrid. Aussi, quelque scepticisme que l'on professe par ailleurs sur l'utilité de ces assises internationales, convient-il de féliciter les organisateurs de la prochaine réunion pour avoir su résister à la blâmable tentation d'augmenter la quantité des congressistes au détriment de la qualité.

Une autre décision pour laquelle il y a lieu de féliciter aussi le Comité d'organisation du quinzième Congrès international de médecine, c'est que, pour ne permettre dans les assemblées générales et dans les sections que l'emploi des langues primitivement choisies (allemand, anglais, français), il a — sacrifice méritoire — exclu sa langue propre, se conformant ainsi au règlement originel, si souvent méconnu depuis une dizaine d'années.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Gilles de la Tourette, médecin des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Carlo De Vincentiis, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Georges Karamitsas, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine d'Athènes. — M. le docteur Roberts Bartholow, ancien professeur de thérapeutique, de matière médicale et d'hygiène au Jefferson Medical College de Philadelphie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

PHYSIOLOGIE

Fletcher (W. M.). The osmotic properties of muscle and their modifications in fatigue and rigor. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 5-6.)

Grödel (Th.) et **Kisch** (F.). Ueber den Wert der Blutdruckmessung mittels des Sphygmomanometers von Riva-Rocci und seiner Kombination mit Kontrolapparaten. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 avril.) — Valeur de la mensuration de la pression sanguine à l'aide du sphygmomanomètre de Riva-Rocci et de la combinaison de cet appareil avec des appareils de contrôle.

Halliburton (W. D.). Digestion and absorption of hæmoglobin. (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.)

May (O.). On the relationship of blood-supply to secretion, with especial reference to the pancreas. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 5-6.) — Rapports entre la circulation sanguine et la sécrétion, notamment au point de vue du pancréas.

Muraschew. Ueber die Spezifizität des Fibrinfermentes und seiner Vorstufen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.) — Spécificité du fibrin-ferment et des corps qui lui donnent naissance.

Paton (N.) et **Goodall** (A.). Contribution to the physiology of the thymus. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 1.)

Richardson (H.). The physiology and pathology of biliary secretion. (*New York Med. Journ.*, 9 avril.)

Stuart (T. P. A.). The function of the hyaloid canal and some other new points in the mechanism of the accommodation of the eye for distance. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 1.)

Zeehuisen (H.). Ein einfaches Verfahren zur approximativen Bestimmung des Salzsäure- und Milchsäuregehaltes im Mageninhalt. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 9 avril.) — Procédé simple pour le dosage approximatif des acides chlorhydrique et lactique dans le chyme stomacal.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Castronuovo (G.). Sulla natura ed azione della tossina difterica. (*Riforma med.*, 17 fév.)

Finkelnburg (R.). Experimentelle Untersuchung über den Einfluss des Alkohols auf den Hirn-Rückenmarksdruck. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.) — Recherches expérimentales relatives à l'influence de l'alcool sur la pression céphalo-rachidienne.

Grassberger (R.) et **Schattenfroh** (A.). Ueber das Rauschbrandgift und ein antitoxisches Serum, mit einem Anhang: Die Rauschbrand-Schutzimpfung; eine experimentelle Studie. In-8°, 110 p. Vienne. — Recherches expérimentales sur le virus de l'œdème malin et son sérum antitoxique; la vaccination préventive à l'égard de l'œdème malin.

Hall (I. W.) et **Herxheimer** (G.). Experimental nephritis followed by decapsulation of the kidney. (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.) — Néphrite expérimentale traitée par la décapsulation du rein.

Jamin (F.). Experimentelle Untersuchungen zur Lehre von der Atrophie gelähmter Muskeln. In-8°, 181 p. avec tracés. Iéna. — Recherches expérimentales sur l'atrophie des muscles paralysés.

Warrington (W. B.). Note on the ultimate fate of ventral cornual cells after section of a number of posterior roots. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 5-6.) — Sort des cellules de la corne antérieure après section d'un certain nombre de racines postérieures.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bartel (J.). Die Infektionswege bei der Fütterungstuberkulose; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 avril.) — Les voies d'infection dans la tuberculose par ingestion.

Goldthwait (J. E.), **Painter** (Ch. F.) et **Osgood**. The preliminary report of a series of metabolism observations made in atrophic arthritis, hypertrophic arthritis, osteitis deformans and the normal. (*Amer. Medicine*, 2 et 9 avril.)

Hahn (M.). Der Petrolätherextrakt des Blutes normaler und immunisierter Tiere. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 avril.)

Levaditi (C.). La nutrition dans ses rapports avec l'immunité. In-16, 202 p.

Loeb (L.). Some recent contributions to the etiology of cancer. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mars.)

Lucibelli (G.). Contributo allo studio sull'origine della citasi. (*Riforma med.*, 17 fév.)

McFarland (J.). The body defenses and syncytioma malignum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — Les défenses de l'organisme et le déciduome malin.

Meyer (J.). Ueber die biologische Untersuchung von Mumien-Material vermittelst der Präzipitinreaktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.) — De l'examen biologique des momies par la réaction des précipitines.

Oefele (von). Statistische Vergleichstabellen zur praktischen Koprologie bei fieberlosen Patienten. In-8°, 180 p. Iéna.

Sartirana (S.). Nuovo contributo alla conoscenza dei sieri citotossici. (*Gazz. degli Osped.*, 10 avril.)

Urquhart (A.). Notes on recent cancer mortality in the Thames valley. (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.)

MÉDECINE

Bishop (L. F.). Importance of treatment in the early stages of arterial degeneration. (*Med. Record*, 2 avril.) — Importance du traitement de l'artériosclérose au début.

Browd (E. K.). Abdominal ascites with 150 tappings. (*Med. News*, 2 avril.) — Ascite abdominale avec 150 ponctions.

Bruce (R. C.), **Lund** (K. F.) et **Whitcombe**. Notes on a case of myelopathic albumosuria. (*Lancet*, 16 avril.)

Bryant (B. L.) et **Crane** (H. H.). Two cases of splenomedullary leukæmia; treatment, and recovery. (*Med. Record*, 9 avril.)

Camac (C. N. B.). Historic outline of cardiac pathology and clinical aspects of chronic myocarditis. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, fév.)

Carrière (G.). Sur un cas d'insuffisance aortique traumatique avec souffle à propagation lointaine. (*Nord méd.*, 15 avril.)

Carter (W. W.). Thymic tracheostenosis, with report of a fatal case. (*Med. Record*, 2 avril.)

Chalier (A.). Rhumatisme articulaire tuberculeux. (*Lyon méd.*, 17 avril.)

Colbeck (E. H.). Dilatation of the heart. (*Lancet*, 9 avril.) — Dilatation du cœur.

Curlo (G.). Le meningiti latenti nei pneumonici. (*Riforma med.*, 24 fév.)

Davenport (J. H.) et **Pitts** (H. C.). Splenic anemia. (*Yale Med. Journ.*, avril.)

Dévé (A.). Etude étiologique à propos du scorbut. 2 vol. In-8°, 1417 p.

Ebstein (W.). Ueber die differentielle Diagnose der gichtischen Tophi der Ohrmuschel. (*Deutch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.) — Diagnostic différentiel du tophus du pavillon de l'oreille dans la goutte.

Edsall (D. L.). The physiological chemistry of diabetes. (*Albany Med. Ann.*, avril.)

Eichhorst (H.). Ueber multiple Arterienthrombose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.)

Ernst (E.). Un cas de maladie de Banti (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

Ewald (C. A.). Myxoneurosis intestinalis membranacea. (*Amer. Medicine*, 13 fév.)

Galli (G.). Intorno al valore diagnostico della prova di Sahli per la funzione pancreatica. (*Gazz. degli Osped.*, 17 avril.)

Gaultier (R.). Volumineux broncholithe expectoré au cours d'une pneumonie franche aiguë par un jeune homme de dix-neuf ans. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Goguitidzé (S.). Contribution à l'étude du pouvoir d'absorption de la plèvre dans les inflammations exsudatives (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 27 mars et 3 avril.)

Gordon (W.). The cardiac dulness in cases of cancer. (*Lancet*, 9 avril.) — La matité cardiaque dans le cancer.

Gulland (G. L.). The glycogen reaction in blood; its pathological and diagnostic import. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.) — La réaction iodophile du sang; valeur pathologique et diagnostique.

Hochhaus. Weitere Beiträge zur Pathologie der Pankreas-Nekrose und -Blutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.) — Pathologie de la nécrose du pancréas avec hémorrhagie.

Hoppe-Seyler (G.). Ueber Erkrankung des Wurmfortsatzes bei chronischer Amöbenenteritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.) — De l'appendicite consécutive à l'entérite amibienne chronique.

Kimura (T.). Ueber die Natur der Krystalle in ikterischen Fäzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bie (V.). Nogle bemærkninger om bakteriologisk difteridiagnostik. (*Ugeskrift for Læger*, 10 mars.) — Quelques remarques sur le diagnostic bactériologique de la diphtérie.

Black (H. A.). Nervous complications of typhoid fever. (*Amer. Medicine*, 9 avril.)

Cannac. Contribution à l'étude du pian à la Côte d'Ivoire; son traitement par le bichromate de potasse. (*Arch. de méd. navale*, janv.)

Canter (Ch.). Tuberculose pulmonaire; pathogénie, évolution, acidose sanguine. (*Rev. de méd.*, avril.)

Cornet (G.). Die latenten Herde der Tuberculose und die Tuberculindiagnostik im Lichte neuer Forschung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 et 11 avril.) — Les foyers latents de tuberculose et leur diagnostic par la tuberculine d'après les travaux récents.

Edsall (D. L.). The clinical behavior of the lymph glands in typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Les ganglions lymphatiques dans la fièvre typhoïde.

Elting (A. W.). Toxemia associated with tuberculosis of the cervical lymphatic glands. (*Amer. Medicine*, 2 avril.)

Fedeli (C.). Sulla cura medica della peritonite tubercolare. (*Clinica moderna*, 30 mars.)

French (R.). Epidemic sore throat from suppurative mammitis in cows. (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.) — Une épidémie d'angine consécutive à des cas de mammite suppurée chez des vaches.

Pater. Laryngo-typhoïde avec lésions étendues du gros intestin et de l'appendice cæcal. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Audiffrent. Quelques mots sur la paralysie générale. (*Arch. d'anthropol. crim.*, avril.)

Bayon (H.). On so-called intra-uterine cretinism and its supposed identity with endemic and sporadic cretinism. (*Lancet*, 16 avril.)

Belardi (A.). Sulla pachimeningite esterna cronica spinale. (*Clinica moderna*, 30 mars.)

Bernheim. Conception du mot hystérie; critique des doctrines actuelles. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv., 1er et 15 fév., 15 mars et 1er avril.)

Bruno (A.). Un caso di paraplegia atasso-spasmodica. (*Riforma med.*, 13 janv.)

Brush (A. C.). The etiology of tabes dorsalis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 avril.)

Buckley (Ch. W.). Brachial neuritis. (*Lancet*, 16 avril.)

Charvet (J.) et **Bancel**. Gliome volumineux au lobe frontal gauche; destruction presque complète de la troisième frontale, absence de phénomènes moteurs et d'aphasie, œdème papillaire de l'œil droit, vision diminuée; amélioration par la ponction lombaire. (*Lyon méd.*, 10 avril.)

Dana (Ch. L.) et **Hunt** (J. R.). Tuberculosis of the spinal cord, with reports of cases of tuberculous myelitis and of tuberculous pachymeningitis. (*Med. News*, 9 avril.)

De Buck (D.). Syndrome solaire par néoplasie médullaire et état de la moelle lombo-sacrée cinquante-quatre ans après l'amputation de la jambe. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Giraud (A.). Note sur les aliénés processifs. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Grande (E.). Malattia del Raynaud o gangrena simmetrica dell'estremità. (*Medico pratico*, 16 mars et 1er avril.)

Hutchinson (J.). Intracranial resection of the second division of the fifth nerve for epileptiform neuralgia. (*Lancet*, 16 avril.)

Ingelrans. La syphilis héréditaire du système nerveux. (*Echo méd. du Nord*, 3 et 10 avril.)

Judd (W. R.). A case of lead encephalopathy. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.) — Un cas d'encéphalopathie saturnine.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bärmann (G.). Ueber hyperkeratotische Exantheme bei schweren gonorrhoischen Infektionen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 3.) — Des exanthèmes avec hyperkératose dans les gonococcies graves.

Bornemann (W.). Ein Fall von multipler Lymph- respective Chylangiektasie mit Chylorrhoe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.)

Einis (L.). Ueber Herpes zoster recidivus sive intermittens sive periodicus. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23 avril.)

Fabry (J.) et **Trautmann** (H.). Beiträge zur Paget'schen Erkrankung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.)

Fischer (B.). Ueber hereditäre Syphilis des Herzens. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.) — La syphilis héréditaire du cœur.

Frédéric (J.). Zur Nævusfrage. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 3.)

Funke (W.). Einige Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Luetischen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 3.) — Recherches sur le liquide cérébro-spinal des syphilitiques.

Gastou (P.). Essai d'étiologie et de pathogénie physiologiques des dermatoses; les éruptions artificielles (dermatoses provoquées pathogénétiques); leurs rapports avec les dermatoses diathésiques; les dermatoses parasitaires ou infectieuses et les troubles de la nutrition. In-8°, 22 p. Versailles.

Jacobsohn (L.). Prophylaxie spéciale des maladies vénériennes (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 6, 13 et 20 mars et 3 avril.)

Jamieson (W. A.) et **Huie** (Lily H.). The erythrodermic stage of mycosis fungoides and the effect of the X-rays. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril.)

Klingmüller (V.). Beiträge zur Tuberkulose der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.) — Sur la tuberculose de la peau.

Löwenbach (G.) et **Oppenheim** (M.). Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.) — Sur la blastomycose cutanée.

Merk (L.) et **Rusch** (P.). Ein « Erythema pustulatum grave (exanthematicum) ». (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.)

PARASITOLOGIE

Adams (J. L.). Tropical cutaneous myiasis in man. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 avril.) — La myiase cutanée tropicale chez l'homme.

Ashford (B. K.). Notes and observations on uncinariasis in Porto Rico. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, avril.)

Cannac. Un cas de maladie du sommeil observé à la Côte d'Ivoire. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Heinze (B.) et **Cohn** (E.). Ueber milchzuckervergährende Sprosspilze. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 2.) — Sur les bactéries de la fermentation du sucre de lait.

Novy (B. J.) et **MacNeal** (W. Y.). O trypanosomiasis a kultivaci mikroorganismu zvírecích, obzvláste trypanosoma Lewisi. (*Casopis lékaru ceskych*, 9 avril.) — La trypanosomiase et la culture des microorganismes, en particulier du *Trypanosoma Lewisi*.

Schleip (K.). Die Homberger Trichinosisepidemie und die für Trichinosis pathognomonische Eosinophilie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.)

Strain (L.). Ankylostomiase; oppillação; amarellidão. (*Rev. de medicina tropical*, 29 janv.)

Tóth (E.). Zur Ankilostomiasis-Frage. (*Pest. med.-chir. Presse*, 10 et 17 avril.)

CHIRURGIE

Amrein (O.). Beitrag zur Anwendung der Alkoholverbände. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.) — Sur l'application des pansements à l'alcool.

Baracz (R. von). Beobachtungen über die chirurgische Technik in den Vereinigten Staaten Amerikas. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 mars, 2, 9, 16 et 23 avril.) — Notes sur la technique chirurgicale aux Etats-Unis d'Amérique.

Bert (A.) et **Vignard** (P.). La topographie crânio-cérébrale simplifiée et le craniomètre de Krönlein. (*Rev. de chir.*, avril.)

Bishop (E. S.). Some unusual conditions in gall-bladder surgery. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.) — Quelques circonstances insolites en chirurgie biliaire.

Blauel (C.). Die Resektion des tuberkulösen Kniegelenkes und ihre Resultate, auf Grund von 400 Operationen an der von Bruns'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.) — La résection du genou tuberculeux et ses résultats.

Bogaïévsky (A.). Un cas rare d'occlusion aiguë par rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mars.)

Bogdanik (J.). Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode. (*Wien. med. Presse*, 28 fév. et 17 avril.) — Nouveau procédé de résection de l'articulation tibio-tarsienne.

Brinkmann (L.). Drainage of the chest in empyema. (*Amer. Medicine*, 13 fév.) — Le drainage du thorax dans l'empyème.

Brüning (A.). Ueber Knochenplombierung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.) — Sur le plombage des os.

Brunn (M. von). Beiträge zur Aetiologie der Appendicitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.)

Burgerhout (H.). Bijdrage tot de symptomatologie van carcinoma ventriculi. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk*, 16 avril.) — Symptomatologie du cancer de l'estomac.

Caubet (H.) et **Mercadé** (S.). Hypertrophie congénitale des orteils (hallomégalie). (*Rev. de chir.*, janv., mars et avril.)

Cavazzani (T.). Sull'uso del drenaggio retrogrado nelle ferite attraversanti il cervello; note cliniche di chirurgia cerebrale. (*Riforma med*, 24 fév.) — Le drainage rétrograde dans les plaies du cerveau.

Chichkine (I.). Une cartouche dans l'orbite; extraction; guérison (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

Chipault. Le mal perforant. In-8°, 235 p. A. Joanin et Cie.

Craig (D. H.). The prevention of postoperative intestinal paresis and adhesions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Crutcher (H.). Five laparotomies on one patient. (*Med. Record*, 2 avril.) — Cinq laparotomies chez le même sujet.

Darby (W. S.). A case of carcinoma probably originating in retained testis. (*Lancet*, 9 avril.) — Cancer d'un testicule cryptorchide.

Dmochowski (Z.). Przypadek naglej smierci z zatoru powietrznego skutkiem uszkodzenia zyl kostnych. (*Gaz. lekarska*, 6 et 13 fév.) — Un cas de mort subite par embolie aérienne consécutive à une blessure des veines osseuses.

Fedorov (A.). Contribution à l'étude des blessures par balle du revolver d'officier, modèle 1895 (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

Féré (Ch.) et **Deniker** (M.). Note sur des exostoses symétriques des scaphoïdes tarsiens. (*Rev. de chir.*, avril.)

Fourgous. Fracture par enfoncement du pariétal droit; trépanation; ablation des fragments; guérison. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Frank (L.). Treatment of typhoid perforations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 avril.)

Frédéric (J.). Ueber die sogenannte menschliche Botryomykose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 et 14 avril.) — La prétendue botryomycose humaine.

Garrè (C.). Ueber den operativen Verschluss von Lungenfisteln. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.) — Traitement chirurgical des fistules pulmonaires.

Gerest. Péritonite diffuse généralisée par perforation de l'ulcère de l'estomac. (*Loire méd.*, avril.)

Giannettasio (N.). Della gastroenterostomia alla Roux. (*Riforma med.*, 3 et 10 fév.)

Grant (W. W.). Carcinoma of the lung; pancreatic cyst. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 avril.) — Cancer du poumon; kyste pancréatique.

Guthrie (J. B.). The value of the leucocyte count as an aid to diagnosis and prognosis in appendicitis. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, avril.) — Valeur de la numération des leucocytes au point de vue du diagnostic et du pronostic de l'appendicite.

Guyot (J.). Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. (*Rev. de chir.*, fév. et avril.)

Haberer (H.). Einige Fälle ausgedehnter Hauttransplantation nach Thiersch. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.) — Quelques cas de greffes épidermiques étendues.

Haudek (M.). Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation. (*Wien. med. Presse*, 17 et 24 avril.) — Résultats du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.

Hegar (A.). Theorie und Behandlung des Krebses. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.) — Théorie et traitement du cancer.

Hennequin (J.) et **Lœwy** (R.). Les fractures des os longs; leur traitement pratique. In-8°, 379 p. avec fig.

Humphrey (W. O.). Ludwig's angina. (*Amer. Practitioner and News*, 15 mars.)

Jonnesco (Th.). Ankylose complète du maxillaire inférieur; ostéotomie sous-condylienne droite; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

Kelen (S.). Ueber den practischen Wert der Recto-Romanoscopie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 17 avril.) — Valeur de l'endoscopie du rectum et du côlon ilio-pelvien.

Klar (M.). Ueber traumatische Epithelcysten (Epidermoide). (*Münch. med. Wochensch.*, 19 avril.)

Knaggs (R. L.). Traumatic rupture of the small intestine. (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.) — Rupture traumatique de l'intestin grêle.

Kölliker (Th.). Zur Verhütung und Behandlung der pleuritischen und empyematischen Skoliose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.) — Prophylaxie et traitement de la scoliose consécutive à la pleurésie et à l'empyème.

König (F.). Ankylose der Kiefergelenke beseitigt durch Keilausschnitt aus dem linken Kieferast. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.) — Excision cunéiforme de la branche gauche du maxillaire pour ankylose temporo-maxillaire.

Korteweg (J. A.). « Wandelende » beenbreuken. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 avril.) — Fractures « ambulatoires » de jambe.

Küttner (H.). Ueber das Skapularkrachen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 et 14 avril.) — Du craquement sous-scapulaire.

Lafolie. Un cas de chondrome du médius droit. (*Arch. de méd. navale*, janv.)

Lafoy. Fractures spontanées du tibia et du fémur. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Lanz. Sehnenplastik bei habitueller Luxation der Patella. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — Traitement de la luxation habituelle de la rotule par la greffe tendineuse.

Le Fort (R.). Hémorrhagies internes postopératoires chez des hémophiles latents; un cas d'odontorrhagie mortelle. (*Echo méd. du Nord*, 17 janv.)

Loison et **Simonin**. Un cas de tumeur de la vaginale; étude clinique et histologique. (*Marseille méd.*, 15 avril.)

Lorenz (H.). Ein Fall von Peritonitis mit ungewöhnlicher Grundursache. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 avril.) — Un cas de péritonite de cause insolite.

Lucas-Championnière (J.). Hernies (hygiène et thérapeutique). In-18, 328 p. avec fig.

Manz (O.). Die osteoplastische Symphysenresektion. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 16 avril.)

Ohl. Beiträge zur Frage der Choledocho-Duodenostomia interna. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.)

UROLOGIE

Bakes (J.). Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 9 avril.) — Nouveau procédé pour le traitement chirurgical de la néphrite chronique.

Bocchi (A.). Per la diagnosi del rene mobile. (*Gazz. degli Osped.*, 17 avril.)

Hartmann (H.). Organes génito-urinaires de l'homme. In-8°, 432 p. avec fig.

Hooton (A.). A note on perineal litholapaxy (Keith's modification). (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.)

Kapsammer (G.). Fünf geheilte Fälle von Nieren- und Blasentuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — 5 cas de tuberculose rénale et vésicale, avec guérison.

Maccone (L.). Associazione del bacillo pseudo-difterico col gonococco di Neisser. (*Riforma med.*, 17 fév.)

Mercier (G.). Guide pratique pour l'analyse des urines (procédés de dosage des éléments de l'urine; tables d'analyses; recherches des médicaments éliminés par l'urine). 4e éd. In-18, 252 p. avec fig.

OPHTALMOLOGIE

Ask (F.). Om Stilling's närsynthetsteori. (*Hygiea*, avril.) — La théorie de Stilling sur la pathogénie de la myopie.

Asmus (E.). Zur Frage des « Druckverbandes » bei Netzhautablösung. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 avril.) — Sur le pansement compressif dans le décollement de la rétine.

Aubaret. La cure radicale des dacryocystites d'origine nasale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 avril.)

Fisher (J. H.). Ophthalmological anatomy; some illustrative cases. In-8°, 196 p. Londres.

Gutzeit. Der syphilitische Primäraffekt der Augapfelbindehaut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 3.) — Le chancre syphilitique de la conjonctive du globe de l'œil.

Hulen (V. H.). A simple, accurate and rapid method of localizing foreign bodies in the orbit. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 avril.) — Procédé simple, précis et rapide pour la localisation des corps étrangers de l'orbite.

Lagrange (F.). Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes. T. II : tumeurs de l'orbite et des annexes. In-8°, 864 p. avec fig.

Le Méhauté. L'examen de la vision et les maladies des yeux dans la pratique journalière. (*Arch. de méd. navale*, janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abouladzé (D.). Deux cas de fièvre puerpérale traités par des injections de sérum antistreptococcique (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 avril.)

Anspach (B. M.). The value of histologic examination in carcinoma of the uterus. (*Amer. Medicine*, 13 fév.)

Cerné (A.). De la malignité des kystes de l'ovaire. (*Normandie méd.*, 1er et 15 avril.)

Fairchild (D. S.). Accidental perforations of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 avril.)

Ford (W. E.). Fifteen years' experience with uterine fibroids. (*Amer. Medicine*, 2 avril.)

Frank (E.). Ueber einen Fall von Myom und Gravidität. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 avril.)

Goffe (J. R.). The uterine ligaments; their anatomy and functions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Gönner (A.). Die Berechtigung und die Indikationen der Konzeptionsverhinderung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — Légitimité et indications des pratiques destinées à prévenir la conception.

Hahl (C.). Ueber die Anwendung von Bossi's Dilatator. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 3.)

Heikel (O.). Tarnier's « écarteur utérin » und seine Anwendung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 3.)

Herman (G. E.). On the treatment of retroversion of the gravid uterus. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.)

Hind (A. E.). Extrauterine pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.) — Grossesse extra-utérine.

Johnson (H. L. E.). Strictures of the female urethra. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 avril.) — Rétrécissement de l'urèthre chez la femme.

Kaufman (M.). O niedroznosci przewodu plciowego u kobiet. (*Gaz. lekarska*, 5 et 12 mars.) — De l'imperforation des voies génitales chez la femme.

Kösler (G.). Zur doppelseitigen Unterbindung der Arteria hypogastrica bei inoperablem Uteruskarzinom. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 avril.) — De la ligature bilatérale de l'artère hypogastrique dans le cancer inopérable de l'utérus.

Kretschmar (K.). Ueber Struma ovarii. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars et avril.)

Lafond-Grellety. De l'utilité du curettage après l'énucléation des petits fibromes de l'utérus. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 avril.)

Lauper (J.). Exohysteropexie nach Kocher bei Enukleation von Myomen und als Prolapsbehandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.)

Lwow (I. M.). Ueber die Behandlung der im Klimakterium auftretenden Blutungen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 11 avril.) — Traitement des hémorrhagies de la ménopause.

Lynch (F. W.). Kaiserschnitt und schwere Geburtsstörung infolge Ventro-Fixation und Suspension. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Opération césarienne et dystocie grave par suite d'hystéropexie.

PÉDIATRIE

Bernheim-Karrer. Ueber Pylorusstenose im Säuglingsalter. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — De la sténose du pylore chez le nourrisson.

Brunon (R.). Les Gouttes de Lait; réponse aux critiques. (*Normandie méd.*, 15 avril et 1er mai.)

Calot. Technique du traitement de la coxalgie. In-8°, 234 p. avec fig.

Camus (M.). Syndrome de la sténose congénitale du pylore dû à un vice de conformation du duodénum. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Derocque (P.). Les résultats éloignés de la transplantation tendineuse dans la paralysie infantile. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 avril.)

Jouon (E.). De la coxalgie compliquant la luxation congénitale de la hanche. (*Gaz. méd. de Nantes*, 16 avril.)

Klein (R.). Zur Kasuistik der Krupp-Erkrankungen im Kindesalter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.) — Quelques cas de croup chez des enfants.

Monié et **Thouvenet**. Rétrécissement cicatriciel proprement dit de l'urèthre, consécutif à la varicelle chez un enfant de cinq ans; uréthrotomie interne; guérison. (*Limousin méd.*, mars.)

Roussel (Marie). Lait maternisé et lait cru à la Goutte de Lait de Rouen en 1903. (*Normandie méd.*, 15 avril.)

Thierfeld (R.). Ein Fall von Enteritis membranacea bei einem 9jährigen Knaben. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 avril.) — Entérite membraneuse chez un garçon de neuf ans.

Voron. Sur un cas d'imperforation du duodénum chez un nouveau-né. (*Lyon méd.*, 10 avril.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Barth (A.). Otitis externa ulcerosa. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.)

Germain (H. H.). Laryngectomy for cancer. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 avril.)

Grant (J. D.). Intralaryngeal growths treated by means of the galvanocautery. (*Lancet*, 9 avril.) — La cautérisation galvanique des tumeurs intra-laryngées.

Hölscher. Die otogenen Erkrankungen der Hirnhäute. 1. Teil: Die Erkrankungen an der Aussenfläche der harten Hirnhaut. In-8°, 84 p. Halle. — Les affections otogènes de la face externe de la dure-mère.

Imhofer (R.). Die Krankheiten der Singstimme. In-8°, 171 p. avec planche. Berlin. — Les affections de la voix du chanteur.

Lamacq-Dormoy. Séméiologie des ganglions mastoïdiens et pré-auriculaires. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 avril.)

Voïatchek (V.). Un procédé simplifié de l'exploration quantitative de l'ouïe par les diapasons (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Dancourt (Ch.). Un cas d'intoxication profonde par l'usage immodéré de l'antipyrine. (*Nord méd.*, 15 avril.)

Hauser (G.). Gibt es ein biologisches Differenzierungsverfahren für Menschen- und Tierblut mittelst der Präzipitine? (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 avril.) — Existe-t-il un procédé biologique pour différencier, au moyen des précipitines, le sang humain d'avec celui des animaux?

Husband. Forensic medicine, toxicology, and public health. 7e éd. In-8°, 740 p. Londres. — Médecine légale, toxicologie et hygiène publique.

Lamb (G.). Some observations on the poison of the banded krait (Bungarus fasciatus). In-4°, 32 p. Calcutta.

Marx (H.) et **Ehrnrooth** (E.). Eine einfache Methode zur forensischen Unterscheidung von Menschen- und Säugetierblut; 2. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 avril.) — Procédé simple et applicable en médecine légale pour la différenciation du sang de l'homme d'avec celui des mammifères.

Sambuc. Sur les conditions de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. (*Arch. d'anthropol. crim.*, avril.)

Tuke (Sir John Batty) et **Howden** (Ch. R. A.). The relations of the insanities to criminal responsibility and civil capacity. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv., fév., mars et avril.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Brieger (L.). Erfahrungen bei der hydriatischen Behandlung von Lungenkrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 avril.) — Remarques sur l'hydrothérapie des affections pulmonaires.

De Benedetti (E.). Guarigione di un caso di tetano con sostanza cerebrale. (*Gazz. degli Osped.*, 17 avril.)

De Marsi (A.). Studio su di un nuovo siero anticanceroso. (*Gazz. internazion. di med.*, 10 avril.)

Fedtchenko (N.). Un nouveau sel de mercure pour le traitement de la syphilis : hydrargyrum anilinicum (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 mars.)

Fink (E.). Neuere Behandlungsmethoden des Heufiebers. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — Quelques nouveaux procédés de traitement de la fièvre de foin.

Kipp (A.). Some observations in treating acute morphine poisoning. (*Amer. Practitioner and News*, 1er mars) — Quelques considérations sur le traitement de l'empoisonnement aigu par la morphine.

Latham (A.). On the use of Marmorek's antituberculous serum. (*Lancet*, 9 avril.)

Mendel (F.). Der akute Gelenkrheumatismus und die intravenöse Salizylbehandlung; ein weiterer Beitrag zur endovenösen Applikation der Medikamente. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — Le rhumatisme articulaire aigu et son traitement par les injections intraveineuses de salicylate de soude.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Kablé. Skrofulose und Solbad. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — Scrofule et bain salin.

Lalesque (F.). La cure libre des tuberculeux. In-8°, 99 p. avec fig.

Löbel (A.). Studien über die Wirkungen der Moorbäder. (*Therap. Monatsh.*, mars et avril.) — Sur l'action des bains de boue.

Wettendorff (H.). Contribution à l'étude climathérapique du littoral belge; les indications et les contre-indications de la cure marine. (*Policlinique*, 15 avril.)

Yeo (J. B.). The therapeutics of mineral springs and climates. In-8°, 768 p. Londres. — Action thérapeutique des eaux minérales et des climats.

24e ANNÉE. — N° 22. Vingt centimes le numéro. 1er JUIN 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Giuseppe Vannini, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Friedrich Pregl, privatdocent de physiologie, est nommé professeur extraordinaire.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur N. Kravkov, professeur extraordinaire de pharmacologie, est nommé professeur ordinaire.

M. le docteur V. Ivanov est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

VARIA

Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord en 1904.

Le deuxième Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord se tiendra à Montréal du 28 au 30 juin 1904.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Larguier des Bancels, professeur extraordinaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur Patrick J. Hayes, professeur de chirurgie à l'Université catholique de Dublin. — M. le docteur Almon Clarke, ancien professeur de médecine interne à Milwaukee Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Appel (R.). Contribution à l'étude de la dilatation bronchique congénitale.

Burnet (E.). L'éosinophilie pleurale.

Caramano (G.-N.). Les cardiopathies artérielles à forme arythmique.

Carpentier (P.). Un phénomène palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique.

Charpy (H.). Contribution à l'étude de la langue noire.

Clénet (E.). Contribution à l'étude du traitement de l'eczéma chez l'enfant.

Du Boüays de Couësbouc (P.). La tuberculose et les grandes paralysies infantiles.

Ganiayre (L.). Contribution à l'étude de la mortalité dans la diphtérie; étude statistique et clinique.

Klotz (J.). Chancres de sièges multiples et pathogénie de la syphilis.

Lebreton (E.). Contribution à l'étude des plaies de la rate.

Leconte (A.). Brûlures des os du crâne.

Lecornu (P.). Les laits industriels; leur valeur dans l'allaitement artificiel.

Lemarié (Ch.). Contribution à l'étude de la ration alimentaire du nourrisson à l'époque du sevrage.

Mantoux (Ch.). La syphilis nerveuse latente et les stigmates nerveux de la syphilis.

Ollier (M.). Contribution à l'étude clinique et historique des épidémies de diphtérie en France, depuis 1826.

Ozun (E.). Quelques considérations sur les causes du retard dans l'apparition et dans le développement du langage.

Pitchakhtchi (Marie). La cure de déchloruration dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

Plateau (G.-J.). Recherches historiques et topographiques sur la lèpre en Bretagne et sur ses rapports avec le syndrome de Morvan.

Signard (H.). Contribution à l'étude de la thrombo-phlébite des sinus caverneux d'origine otitique.

Tatarsky (M[lle] E.). Œsophagogastrostomie transdiaphragmatique.

Trastour (P.). L'entérocoque agent pathogène.

Voirin (H.). Des tumeurs fibreuses de l'aponévrose plantaire.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Le Play et **Corpechot**. Hypertrophie rénale expérimentale d'origine néphrotoxique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Lüthje (H.). Die Zuckerbildung aus Glyzerin. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.) — Pouvoir glycogénique de la glycérine.

Parascandolo (C.). Experimentelle Untersuchungen über Verbrennung. (*Wien. med. Wochensch.*, 2, 9 et 16 avril.) — Recherches expérimentales sur les brûlures.

Schwarzkopf (E.). Experimentelle Untersuchungen über die Agglutination bei Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.)

Thelemann. Ueber die Eutkapselung der Niere. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.) — De la décapsulation du rein.

MÉDECINE

Macleod (J. M. H.). A case of a peculiar affection of the mucous membrane of the lips. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril.) — Affection singulière de la muqueuse labiale.

McColgan (J.) et **Cooper** (J. M.). A study of gonococcus metastasis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 avril.)

Meyer (E.). Ein Fall von Wanderleber beim Mann. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 avril.) — Un cas de foie mobile chez l'homme.

Mladejovsky (V.). Dnavá onemocnení a nekteré príznaky nervové. (*Rev. v neurol., psychiatrii, fysikálni a diaetet. therapii*, janv.-fév.) — Affections goutteuses et quelques symptômes nerveux.

Morgan (A. C.). The importance of dropsy as a symptom. (*Med. News*, 2 avril.) — L'hydropisie en tant que symptôme.

Moritz (E.). Zur Aetiologie der Arteriosklerose. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 2 avril.)

Müller (G. P.). A case of pancreatic lithiasis with atrophy and lipomatosis of the pancreas, associated with pulmonary tuberculosis. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mars.)

Nammack (Ch. E.). The diagnosis of thoracic aneurysm. (*Med. Record*, 2 avril.)

Neu (M.). Ein Beitrag zur praktischen Bedeutung des «Valsalva'schen Versuches». (*Münch. med. Wochensch.*, 19 avril.) — Sur la valeur de l'expérience de Valsalva.

Nyrop (E.). Erysipelas contra Nephritis. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 16 avril.)

Oldham (S. P.). Pneumonia and its treatment. (*Amer. Practitioner and News*, 15 mars.)

Oswald (A.). Gibt es eine physiologische Albuminurie? (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.) — Existe-t-il une albuminurie physiologique?

Pal (J.). Ueber Angina pectoris und abdominis. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 et 9 avril.)

Pascoletti (S.). Il fegato infettivo acuto in una forma morbosa non ancora cognita. (*Gazz. degli Osped.*, 17 avril.)

Rossi (A.). Contributo al ricambio, alla patogenesi ed all'uropoiesi del diabete insipido. (*Policlinico*, partie méd., XI, 3 et 4.)

Schupfer (F.). Sulla cosidetta pseudo-cirrosi pericardítica del fegato. (*Riforma med.*, 2 mars.) — La prétendue pseudo-cirrhose du foie dans la péricardite.

Signorelli (A.). La ipofonesi vertebrale nelle malattie del cuore e dell'aorta, tratta dalla percussione delle vertebre cardiache e sopracardiache. (*Policlinico*, partie méd., XI, 4.)

Sihle (M.). Beiträge zu einer funktionellen Diagnose der Arteriosklerose und zur Differentialdiagnose der Angina pectoris. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 avril.) — Sur le diagnostic fonctionnel de l'artériosclérose et le diagnostic différentiel de l'angine de poitrine.

Simon (P.). Deux cas de pleurésie purulente pneumococcique; empyème; guérison. (*Rev. méd. de l'Est*, 1[er] avril.)

Stankévitch (S.). Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 20 et 27 mars et 3 avril.)

Strasburger (J.). Die Fäces-Untersuchung und ihre klinische Bedeutung. (*Berlin. Klinik*, avril.) — L'examen des fèces et sa valeur clinique.

Torday (F. et A. von). Die cytodiagnostische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit bei tuberculösen Meningitiden. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 et 10 avril.) — Le cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les méningites tuberculeuses.

Weil (P.-E.) et **Clerc** (A.). La leucocytose en clinique. In-8°, 182 p. avec fig. A. Joanin et C[ie].

Wieg (K. von). Zur Klinik der Meningitis tuberculosa. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 avril.)

Willoughby (W. M.). The site of referred pain in visceral disease from an embryological standpoint. (*Lancet*, 16 avril.) — Le siège des points douloureux dans les affections viscérales au point de vue embryologique.

MALADIES INFECTIEUSES

Hoke (E.). Zur Frage der Ausscheidung von Typhusbazillen und Typhusagglutininen durch die Milch typhuskranker Wöchnerinnen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 16 avril.) — Sur l'élimination des bacilles d'Eberth et des agglutinines typhoïdiques par le lait des femmes en couches atteintes de dothiénentérie.

Kast (L.) et **Gütig** (C.). Ueber Hypoleukozytose beim Abdominaltyphus und anderen Erkrankungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.) — L'hypoleucocytose de la fièvre typhoïde et de quelques autres affections.

Kharitonov (L.). Contribution à l'épidémiologie de la fièvre typhoïde dans la Mandchourie septentrionale (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

Kletchetov. Contribution au diagnostic de la tuberculose miliaire généralisée (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

Niclot. Une épidémie de diphtérie dans un service de typhoïdiques. (*Rev. de méd.*, avril.)

Perroncito (E.). Febre amarella e mosquito. (*Brazil-medico*, 22 mars.) — Fièvre jaune et moustique.

Ragazzi (M.). Due casi di tifo anomalo. (*Gazz. degli Osped.*, 10 avril.)

Sappington (S. W.). A case of infection with the Bacillus aerogenes capsulatus. (*New York Med. Journ.*, 2 avril.)

Souls. La lutte contre le paludisme dans l'Est africain allemand. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Symes (J. O.) et **Fisher** (Th.). An inquiry into the primary seat of infection in 500 cases of death from tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.) — Recherches sur le siège primitif de l'infection dans 500 cas de mort par tuberculose.

Tobiesen (F.). Om paratyfus. (*Ugeskrift for Læger*, 24 et 31 mars.)

Walsh (J. J.). Pulmonary tuberculosis as an infectious disease; its early diagnosis. (*Med. News*, 9 avril.)

Wright (J.). A critical review of some of the recent literature of tuberculosis; third paper. (*New York Med. Journ.*, 2 avril.)

Zeri (A.). La infezione malarica perniciosa. (*Policlinico*, partie méd., XI, 4.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Koelichen (J.). O przewleklem postepujacem porazeniu zewnetrznych miesni oczów (ophthalmoplegia externa chronica progressiva). (*Gaz. lekarska*, 27 fév. et 5 mars.)

Köhler (F.). Casuistische Beiträge zur Aetiologie der Lipomatose und zur Säurebehandlung des Pruritus nach Leo. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 avril.) — Etiologie de la lipomatose et traitement du prurit par les acides d'après la méthode de Leo.

Langley (J. N.) et **Anderson** (H. K.). On the union of the fifth cervical nerve with the superior cervical ganglion. (*Journ. of Physiol.*, XXX, 5-6.)

Lyon (S. B.). Some drug and alcoholic habitués. (*New York Med. Journ.*, 2 avril.)

Macaigne. Polynévrite et lésions médullaires. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Malaisé (von). Zur Differentialdiagnose der extra- und intramedullären Rückenmarkstumoren. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 1-2.) — Diagnostic différentiel des tumeurs médullaires extra et intrarachidiennes.

Marina (A.). Sul restringimento pupillare, che si osserva ai movimenti laterali dei bulbi, nell'occhio che va all'interno. (*Policlinico*, partie méd., XI, 4.) — La contraction pupillaire à l'occasion des mouvements du globe vers la ligne médiane.

Matteucci (G.). Le afasie motorie. (*Gazz. degli Osped.*, 17 avril.)

Monro (T. K.) et **McGregor** (A. N.). A chronic neurosis characterised by frequent paroxysms of pain, swelling, and hæmorrhage in various parts of the body; death from acute pulmonary tuberculosis. (*Lancet*, 16 avril.) — Névrose chronique caractérisée par des paroxysmes fréquents de douleur, œdème et hémorrhagie dans différentes parties du corps; mort par tuberculose pulmonaire aiguë.

Montagnini (T.). Contributo allo studio dell'idrocefalia. (*Riforma med.*, 17 fév.)

Muskens (L. J. J.). Het præ-epileptische tijdperk en zijn belang voor de prophylaxe. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 mars.) — La période pré-épileptique et son importance pour le traitement préventif.

Nazari (A.). Sulla mielite cronica cervicale nei vecchi. (*Policlinico*, partie méd., XI, 4.) — Myélite chronique cervicale chez le vieillard.

Nina Rodrigues. Atavismo psychico e paranoia. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 et 31 mars.)

Pelnár (J.). Dalsí dva prípady jednostranné obrny brisních svalu. (*Casopis lékaru ceskych*, 16 avril.) — 2 cas d'hémiparésie de la paroi abdominale.

Pennato (P.). Malattia di Dercum con osteomalacia. (*Riforma med.*, 3 fév.)

Pieraccini (G.). Nevrosi traumatica e lesione traumatica contusiva pleuro-polmonare. (*Clinica moderna*, 23 mars.)

Rosenbach (O.). Ist für die Entstehung der Tabes die Syphilis oder die Anlage und ein sozialer Faktor massgebend? (*Therap. Monatsh.*, mars et avril.) — Le tabes est-il dû à la syphilis ou à une prédisposition morbide et à un facteur social?

Ruhemann (K.). Ueber Schüttellähmung nach Unfällen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 mars, 4 et 11 avril.) — La paralysie agitante post-traumatique.

Sicuriani (F.). Contributo allo studio del fonomioclono. (*Riforma med.*, 20 janv.)

Spratling (W. P.). Guides to the prognosis in epilepsy, with remarks on the curability of the disease. (*New York Med. Journ.*, 9 avril.)

Testi (A.). Tumori del cervello. (*Riforma med.*, 20 et 27 janv.)

Turner (W. A.). The mental condition in epilepsy in relation to prognosis. (*Lancet*, 9 avril.)

White (W. A.). The early diagnosis of general paresis. (*Med. News*, 9 avril.)

Wolfstein (D. I.). A case of atrophy of hand muscles, with localized sensory disturbances; possible early syringomyelia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 avril.) — Un cas d'atrophie des muscles de la main, avec troubles sensitifs localisés, peut-être par suite de syringomyélie au début.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Matzenauer (R.) et **Brandweiner** (A.). Keratosis palmaris arteficialis; ein Beitrag zur Kenntnis der Gewerbedermatosen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 avril.)

Pautrier (L.). Ueber die tuberkulöse Natur des Angiokeratom und über familiäre Tuberkulide. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.)

Pick (W.). Ueber ein eigenartiges lichenoides Exanthem. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 3.) — Sur un exanthème lichénoïde singulier.

Potier (F.). Deux cas de syphilis héréditaire précoce, histologiquement examinés. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Rille (J. H.). Zur Kenntnis der syphilitischen Veränderungen der Vagina und der Vaginalportion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.) — Syphilis du vagin et du museau de tanche.

Rosenheim (S.). Two cases of leukokeratosis buccalis; comparison with the histological changes in a case of tylosis palmæ et plantæ. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, fév.)

Schütze (A.). Zur Kenntnis der Jododerma tuberosum fungoides. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.)

Sprecher (F.). Alopecia areata da trauma. (*Riforma med.*, 3 fév.)

Stein (E.). Gewerbedermatose bei Glasmachern. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — La dermatose professionnelle des verriers.

Suber (H.). Ett fall af mycosis fungoides. (*Hygiea*, avril.)

Thimm (P.). Hypertrophie und multiple Cystadenome der Schweissdrüsenknäuel. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.) — L'hypertrophie et les adénokystomes multiples des glomérules sudoripares.

Wälsch (L.). Paranoische Zustände bei Syphilis. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 avril.)

Werther. Ueber Pseudoxanthoma elasticum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.)

Wolters (M.). Ueber einen Fall von Lupus nodularis hämatogenen Ursprunges. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 1-2.) — Lupus nodulaire d'origine vasculo-sanguine.

Youvatchev (V.). Traitement des chancres mous par le pansement aseptique (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

CHIRURGIE

Clément (P.). Myxome du sein. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Jonnesco (Th.). Cancer du pylore, pylorectomie, gastro-entérostomie transmésocolique postérieure; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

Lucas (R. C.). Two cases of « corset cancer », with remarks on the origin and spread of cancer. (*Lancet*, 2 avril.) — 2 cas de cancer produit par le frottement du corset; considérations sur l'origine et la propagation du cancer.

Martin (E. Denegre). A suggestion in operations for hypospadias. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, avril.)

McCurdy (S. L.). The wiring of bone for recent and ununited fracture. (*New York Med. Journ.*, 9 avril.) — La suture osseuse dans les fractures récentes et non consolidées.

Milner (R.). Ueber hyperalgetische Zonen am Halse nach Kopfschüssen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 avril et 9 mai.) — Les zones cervicales d'hyperalgésie dans les blessures de la tête par coup de feu.

Mirallié (Ch.). Kyste hydatique du foie latent; hydatides dans les vaisseaux sus-hépatiques. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 avril.)

Morestin (H.). Fusion congénitale des os de l'avant-bras à leur partie supérieure. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Mortegoutte. Anus contre nature datant de trois ans. (*Limousin méd.*, mars.)

Mouchet (A.) et **Clément** (P.). Opération de Talma (omentopexie pour ascite d'origine hépatique); survie de trois mois; constatations nécropsiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Mouisset (F.) et **Bonnamour** (S.). Cancer primitif de la tête du pancréas avec obstruction intermittente du cholédoque. (*Lyon méd.*, 17 avril.)

Nicolotti (A.). Sul valore della gastroenterostomia nei carcinomi del piloro radicalmente inoperabili. (*Clinica moderna*, 23 mars.)

Péraire (M.). Luxation latérale ancienne irréductible de la phalangette de l'index; résection de la tête phalangienne; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Poucher (J. W.). The surgical treatment of gallstones. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire.

Robinson (H. B.). Papilliferous cyst from an axillary sudoriparous gland. (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.)

Rogers (J.). Gastro-enterostomy without a « loop ». (*Med. News*, 2 avril.) — Gastro-entérostomie sans anse.

Roy (M.). Thérapeutique de la bouche et des dents; hygiène buccale et anesthésie dentaire. 2e éd. In-18, 315 p.

Sachs (G.). Beitrag zur Frage der Behandlung der Kotfisteln. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 avril.) — Sur le traitement des fistules stercorales.

Schmidt (P.). Beitrag zur Statistik der Mammakarzinome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.)

Schulz (O. E.). Ueber Myositis ossificans im Gebiete des Ellbogengelenkes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 avril.) — La myosite ossifiante de la région cubitale.

Sheldon (J. G.). The technique of the removal of one-half of the thyroid gland. (*Med. Record*, 9 avril.) — Manuel opératoire de l'hémithyroïdectomie.

Shrady (G. F.). Hip and thigh amputations for sarcoma of the femur. (*Med. Record*, 2 avril.) — La désarticulation de la hanche et l'amputation de la cuisse pour sarcome du fémur.

Soubeyran (P.). Le myxome pur des os. (*Rev. de chir.*, fév. et avril.)

Southam (F. A.). A case of removal of a polypoid growth from the base of the skull after a preliminary excision of the upper jaw. (*Lancet*, 9 avril.) — Extirpation d'une tumeur polypeuse de la base du crâne après résection temporaire de la mâchoire supérieure.

Stewart (J.). Two cases of primary malignant disease of the pancreas. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.) — 2 cas de cancer primitif du pancréas.

Trendelenburg (F.). Ueber die Operationsresultate bei der vom Wurmfortsatz ausgehenden Peritonitis in der Leipziger chirurgischen Klinik. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.) — Résultats des interventions pratiquées à la clinique chirurgicale de Leipzig pour péritonite d'origine appendiculaire.

Vautrin. De la luxation du genou en dehors, compliquée de déchirure du nerf sciatique poplité externe. (*Rev. de chir.*, avril.)

Vigouroux et **Charpentier** (J.). Plaie du cerveau par balle de revolver. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Wyeth (J. A.). A case of gunshot wound of the brain. (*Amer. Medicine*, 13 fév.) — Blessure du cerveau par coup de feu.

Yastremsky (F.). Contribution à l'étude des blessures des viscères par coup de feu à bout portant (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

UROLOGIE

Motz (B.) et **Bartrina** (J. M.). Przyczynek do nauki o ropniach krocza, o rozlanem zapaleniu tkanki lacznej (phlegmone), oraz o ropówkach rozlanych pochodzenia cewkowego. (*Gaz. lekarska*, 19 et 26 mars et 2 avril.) — Contribution à l'étude des abcès et des phlegmons du périnée d'origine uréthrale.

Murray (Ch.). Observations on some tests for albumen in urine. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.) — Remarques sur quelques procédés pour la recherche de l'albumine dans l'urine.

Rohn (A.). Zur Genese der einseitigen Nierenschrumpfung. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 avril.) — Pathogénie de la sclérose unilatérale du rein.

Völcker (F.) et **Joseph** (E.). Chromozystoskopie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 et 14 avril.)

Woods (R. F.). Suburethral abscess. (*Amer. Medicine*, 13 fév.)

OPHTALMOLOGIE

Alger (E. M.). The epidemic of so-called trachoma. (*New York Med. Journ.*, 9 avril.)

Iéroussalimsky (M.). Deux cas de blépharospasme unilatéral essentiel (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, avril.)

Nance (W. O.). The influence of dental disease on the etiology of certain ocular disturbances. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 avril.) — Influence des affections dentaires sur certains troubles de la vision.

Oliver (Ch. A.). Right pulsating exophthalmos: ligation of both the right common carotid artery and the left internal carotid artery; accidental traumatism; cure. (*New York Med. Journ.*, 9 avril.)

Stieren (E.). Acquired hydrophthalmus. (*Amer. Medicine*, 2 avril.)

Wiener (A.). The modern treatment of dacryocystitis. (*Med. Record*, 2 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Montgomery (E. E.) et **Bland** (P. B.). The use of ethyl chlorid as a general anesthetic in gynecology. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 avril.)

Murray (R. A.). Fibromyomata complicating pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — Les corps fibreux compliquant la grossesse.

Newman (H. P.). Plastic surgery of the female generative organs. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Norris (R. C.). The prevention and treatment of puerperal infection. (*Amer. Medicine*, 13 fév.)

Ostreil (A.). Die Umwandlung von Gesichtslage zu Hinterhauptslage durch äussere Handgriffe. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 avril.) — Transformation de la présentation de la face en présentation du sommet par manœuvres externes.

Oui (M.). L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. (*Echo méd. du Nord*, 17 avril.)

Palmer (Ch. D.). The philosophy and rationale of uterine displacements. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Peham (H.). Ueber Serumbehandlung bei Puerperalfieber. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 avril.) — La sérothérapie de la fièvre puerpérale.

Polano (O.). Ueber intra-uterine Skelettierung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 avril.)

Pond (A. M.). Normal labor considered from a surgical standpoint. (*Med. News*, 9 avril.) — Le travail normal au point de vue chirurgical.

Ross (A. B.). Treatment of a case of depressed fracture of the skull caused during birth. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.) — Traitement d'une fracture du crâne par enfoncement d'origine obstétricale.

Runge (E.). Beitrag zur Anatomie der Tubargravidität. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 3.)

Sampson (J. A.). The efficiency of the periureteral arterial plexus, and the importance of its preservation in the more radical operations for carcinoma cervicis uteri. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, fév.)

Schäffer (O.). Ueber die Blutversorgung der Gebärmutter vor und während des Geburtsbeginnes, sowie über die Aenderungen der allgemeinen peripheren Blutmischung unter der Wehenthätigkeit. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXI, 3.) — La circulation de l'utérus avant l'accouchement et pendant la parturition; les modifications de la crase sanguine périphérique durant la période des douleurs.

Schauta (F.). Die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation bei Gebärmutterkrebs; anatomische und klinische Untersuchungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — L'extirpation totale de l'utérus cancéreux par voie vaginale est-elle légitime?

Schücking (A.). Ueber innere Sekretion der Uterusschleimhaut und über Bildung von Metrotoxin; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 avril.) — Sécrétion interne de la muqueuse utérine et formation de métrotoxine.

Sippel (A.). Die Nephrotomie bei Anurie Eklamptischer. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 avril.)

Sonnenfeld (J.). Ueber die Dauererfolge der Operationen bei Falschlagen des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Les résultats éloignés des opérations pour déviations utérines.

Szili (A.). Neuere Untersuchungen über Eclampsia gravidarum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 avril.) — Nouvelles recherches sur l'éclampsie au cours de la grossesse.

Veith (A.). Ein bemerkenswerter Geburtsfall auf hoher See. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 avril.) — Accouchement en mer.

Vértes (O.). Beiträge zur krebsigen Erkrankung des fibromatösen Uterus. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3, 10 et 17 avril.) — Le cancer de l'utérus fibromateux.

Winter (G.). Der Erfolg der «Bekämpfung des Uteruskrebses» in Ostpreussen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 avril.) — Résultats de la lutte contre le cancer de l'utérus dans la Prusse orientale.

Wolff (F.). Eclampsia gravidarum und Bossi'sche Methode. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 avril.)

Zweifel (P.). Ueber die Gefahren intra-uteriner Injektionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.) — Les dangers des injections intra-utérines.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Kirchner (W.). Handbuch der Ohrenheilkunde. 7e éd. In-8°, 272 p. avec fig. Leipzig. — Manuel d'otologie.

Klein (V.). Parese af mm. crico-thyreoidei. (*Ugeskrift for Læger*, 17 mars.)

Kuttner (A.). Die nasalen Reflexneurosen und die normalen Nasenreflexe. In-8°, 252 p. Berlin.

La Rosa (G.). Un caso di sifiloma iniziale del setto nasale. (*Gazz. degli Osped.*, 17 avril.) — Un cas de chancre induré du septum nasal.

Mertins (P. S.). Empyema of frontal sinus, followed by extradural abscess and abscess of frontal lobe; operation and death from hypostatic congestion of the lungs. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Sheen (W.). Cases of lateral sinus pyæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.)

Uchermann (V.). Otitiske hjernelidelser. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.) — Les abcès du cerveau d'origine otique.

Watson (J. A.). Sarcoma of the nasal passages; an inductive study based on the records of 150 cases. (*Amer. Medicine*, 2 avril.)

Winslow (J. R.). The treatment of adenoid vegetations. (*Journ. of Eye, Ear, and Throat Diseases*, janv.-fév.)

HYGIÈNE

Bertin-Sans (H.). L'habitation; procédés de recherche et de contrôle. Fasc. 2 : les matériaux de construction. In-8°, p. 225 à 336, avec fig.

Blochmann (F.). Ist die Schutzpockenimpfung mit allen notwendigen Kautelen umgeben? Erörtert an einem mit Verlust des einen Auges verbundenen Falle von Vaccineübertragung. In-8°, 81 p. avec planches. Tubingue. — S'entoure-t-on, en vaccinant, de toutes les précautions indispensables?

Bruns (H.). Die Bekämpfung der Wurmkrankheit (Ankylostomiasis) im rheinisch-westfälischen Ruhrkohlenbezirk. (*Münch. med. Wochensch*, 12 et 19 avril.) — La lutte contre l'ankylostomiase dans le bassin minier de la Ruhr.

Buono (F.). Due anni di profilassi malarica tra gli impiegati della rete ferroviaria dell'agro cerignolano. (*Gazz. degli Osped.*, 17 avril.) — Deux années de prophylaxie antimalarique parmi les employés de chemins de fer de la campagne de Cerignola.

Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène et de salubrité publiques du département du Puy-de-Dôme (années 1900-1902). In-8°, 147 p. Clermont-Ferrand.

Gautier (A.). L'alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades. In-8°, 528 p. avec fig.

Spillmann (L.). Hospitalisation et isolement des tuberculeux. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Liepelt (K.). Ueber die Verwendung des Scopolaminum hydrobromicum in der ärztlichen Praxis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 avril.)

Luzzatto (M.). Sopra un caso di tetano traumatico guarito col metodo Baccelli. (*Policlinico*, 16 avril.)

Maragliano (E.). Specific therapy of tuberculosis and vaccination against the disease. (*Med. News*, 2 avril.)

Mòglie (G.). La terapia fisica; teoria e applicazioni. In-12, 610 p. Rome.

Mouneyrat (A.). L'arsenic organique (biologie et thérapeutique). In-8°, 125 p.

Pershing (H. T.). The treatment of neurasthenia. (*Med. News*, 2 avril.)

Plavec (V.). Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung. (*Wien. med. Presse*, 10 et 17 avril.) — Le traitement de l'empoisonnement aigu par le phosphore.

Poczobut (J.). Sprawozdanie o przebiegu plonicy, leczonej surowica przeciwplonicza dra Palmirskiego. (*Gaz. lekarska*, 12, 19 et 26 mars.) — De l'évolution de la scarlatine traitée par le sérum antiscarlatineux de Palmirski.

Shattuck (F. C.). The general management of diabetes. (*Albany Med. Ann.*, avril.) — Le traitement du diabète.

Smith (A. C.). Antistreptococcic serum in the treatment of smallpox. (*Med. Record*, 2 avril.) — Le sérum antistreptoccique dans le traitement de la variole.

Thomson (W. H.). Medical treatment of diabetes. (*Albany Med. Ann.*, avril.)

Voigt (B.). Ueber Anwendung und Wirkung des Adrenalins am Krankenbett. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.) — Emploi thérapeutique et action de l'adrénaline.

Vorontzov (V.). Du traitement des diarrhées par la teinture d'orangettes (fructus aurantii immaturus) (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 avril.)

Zeigan. Untersuchungen über subdurale Injektion von Adrenalin und Cocain. (*Therap. Monatsh.*, avril.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Barjon (F.). La courbe de Damoiseau et l'examen radioscopique des épanchements pleuraux. (*Lyon méd.*, 17 avril.)

Cole (L. G.). Skiagraphic errors; their causes, dangers, and prevention. (*New York Med. Journ.*, 26 mars, 2 et 9 avril.)

Destot et **Violet**. Les données de la radioscopie sur le pronostic et le traitement de l'empyème après pleurotomie. (*Lyon méd.*, 10 avril.)

Freund (L.). Ein neues radiometrisches Verfahren; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 avril.) — Nouveau procédé radiométrique.

Holzknecht (G.) et **Dömény** (P.). Ueber Projektil-Extraktionen aus dem Gehirn während der Röntgen-Durchleuchtung; experimentelle Studie. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXV, 3.) — L'extraction des projectiles du cerveau sous la radioscopie (étude expérimentale).

Lippert (V.). Ueber einige neuere Versuche einer Verbesserung der Herzgrenzenbestimmung, nebst Bemerkungen über sinusoidale Voltasation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 avril.) — Sur quelques expériences récentes en vue de la délimitation du cœur; remarques sur la voltaïsation sinusoïdale.

Newcomet (W. S.). Pathological changes in tissue under the influences of the X-ray. (*Med. News*, 9 avril.)

Pardo (R.). Due casi di tracoma trattati coi raggi di Röntgen. (*Gazz. degli Osped.*, 10 avril.)

Plimmer (H. G.). On the treatment of cancer with radium bromide. (*Lancet*, 16 avril.)

Strebel (H.). Kathodenstrahlen als therapeutische Konkurrenz der Röntgen- und Radiumstrahlen; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 avril.) — Rayons cathodiques comme succédané des rayons de Röntgen et des radiations du radium.

Walsh (J. J.). Electricity in medicine. (*Amer. Medicine*, 2 avril.)

Wathen (J. R.). The present state of radiotherapy. (*Amer. Practitioner and News*, 1er mars.)

BACTÉRIOLOGIE

Johnson (Alice V.) et **Goodall** (E.). On the action of the blood serum from cases of acute mental disorder on Bacillus coli communis. (*Brit. Med. Journ.*, 9 avril.) — Action, sur le colibacille, du sérum sanguin de sujets atteints de troubles mentaux aigus.

Pfeiffer (H.). Ueber die Bakterienflora der normalen männlichen Harnröhre. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXIX, 3.) — La flore bactérienne de l'urèthre normal de l'homme.

Sachs (H.). Ueber die Constitution des Tetanolysins. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 avril.)

Schenk (F.). Untersuchungen über das biologische Verhalten des mütterlichen und kindlichen Blutes und über Schutzstoffe der normalen Milch. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév., mars et avril.) — Le sang de la mère et du fœtus au point de vue biologique et les corps bactéricides du lait normal.

Tirelli (E.) et **Ferrari Lelli** (F.). Ricerche batteriologiche sulle maschere carnevalesche. (*Riforma med.*, 20 janv.)

Vaughan (V. C.). Some toxigenic germs found in drinking water. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 avril.) — De quelques germes pathogènes de l'eau potable.

Zelenski (Th.). Zur Agglutination der Streptokokken. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 avril.)

GÉNÉRALITÉS

Bazelaire (G. de). Le naufrage de l'*Amiral-Gueydon*. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars, 1er et 15 avril.)

Breuillard (C.). Etude physiologique et médicale sur la marche et sur un moyen mécanique de la faciliter. In-8°, 175 p. avec fig.

Hirshberg (L. K.). An Anopheles mosquito which does not transmit malaria. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, fév.) — Un anophèle ne transmettant pas la malaria.

Pevnickij (A. A.). Ambulatorium pro lécení pijákuv a jeho vyznam boji s alkoholismem. (*Casopis lékaru ceskych*, 26 mars, 2, 9 et 16 avril.) — L'asile des buveurs et son rôle dans la lutte contre l'alcoolisme.

Pfaff (W.). Die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkt. In-8°, 35 p. Tubingue. — La question de l'alcool au point de vue médical.

Senn (N.). Tahiti from a medical standpoint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 et 9 avril.)

Wolkow (M.). Ueber die physiologische Anschauung in der klinischen Medizin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 et 18 avril.) — Sur les raisonnements physiologiques en clinique médicale.

24e ANNÉE. — N° 23. Vingt centimes le numéro. 8 JUIN 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Vincent, médecin inspecteur du service de santé des troupes coloniales françaises, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur John M. Duff, professeur d'obstétrique et de gynécologie au Western Pennsylvania Medical College de Pittsburg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Bernheim (A.). Contribution à l'étude de la blennorrhagie latente chez la femme (utérus et trompes).

Casalta (Ch. M.). Contribution à l'étude du paludisme en Corse, envisagé particulièrement au point de vue de sa prophylaxie et de son traitement.

Chassagne (G.). Etude sur le traitement de la syphilis chez le nouveau-né (injections intra-musculaires de sels solubles de mercure).

Chatel (M.). Des gangrènes en général et, en particulier, des gangrènes des extrémités se développant brusquement à la suite d'une opération pour tumeur maligne de l'abdomen.

Demarque (R.). Contribution à l'étude de l'alimentation par les féculents au cours des gastro-entérites chroniques de l'enfance.

Grant-Smith-Bianchi (Ch.-A.). Recherches expérimentales sur le traitement de l'ivresse alcoolique.

Grélety-Bosviel (J.). Du traitement de l'hydrorrhée nasale par l'air chaud.

Janvier (E.). De la résection du nerf maxillaire supérieur immédiatement à la sortie du crâne dans les névralgies rebelles de la face.

Lhéritier (G.). Etude sur le goitre dans le département du Puy-de-Dôme.

Mory (F.). Le bleu de méthylène dans la diarrhée des tuberculeux.

Piel (A.). Les malformations congénitales de l'oreille et leur interprétation embryologique.

Renault (J.). De la gastro-entérostomie dans l'ulcère du duodénum.

Vergnoux (L.). Traitement nucléinique de la tuberculose pulmonaire chronique; recherches expérimentales sur la leucothérapie.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bikeles (G.). Einige Thesen betreffend den Anordnungstypus der motorischen Zellen auf der Ursprungshöhe der Extremitätennerven. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.) — Quelques théorèmes relatifs aux dispositions typiques des cellules motrices au niveau de l'origine réelle des nerfs des membres.

Davis (D. J.). A method of microscopic observation by means of lateral illumination. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 avril.) — L'éclairage latéral comme méthode d'observation au microscope.

Durante (G.). Régénération autogène chez l'homme et la théorie du neurone. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Stieda (A.). Zur Kenntnis der Sesambeine der Finger und Zehen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Sur les os sésamoïdes des doigts et des orteils.

Tomes (C. S.). A manual of dental anatomy, human and comparative. 6e éd. In-8°, 644 p. avec fig. Londres.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bushnell (F.) et **Cavers** (F.). Structural links in malignant growths. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.) — Les caractères histologiques établissant le passage [des types normaux] aux tumeurs malignes.

Cazeaux (P.). Des modifications de la muqueuse utérine au cours de l'évolution des grossesses ectopiques. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, fév.)

Low (G. C.) et **Mott** (F. W.). The examination of the tissues of the case of sleeping sickness in a European. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.) — Examen histo-pathologique d'un Européen mort de maladie du sommeil.

Provera (C.). Sopra un metodo rapido di colorazione dell'*Actinomices bovis* nelle sezioni. (*Morgagni*, avril.)

Wolff (A.). Ueber Leukocytengranulationen, speciell über Azurgranula und über Pseudomastzellengranula. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 3-4.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Castronuovo (G.). Le infezioni miste nella difterite e loro cura. (*Riforma med.*, 24 fév.)

Crile (G. W.). Summary of an experimental research into digitalis in shock and collapse, with illustrative protocols. (*Amer. Medicine*, 23 avril.)

Ghilarducci (F.). Contributo alla patogenesi della mielite infettiva sperimentale acuta; nota preventiva. (*Policlinico*, 23 avril.)

Laignel-Lavastine. Les syndromes solaires expérimentaux. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Perthes. Versuche über den Einfluss der Röntgenstrahlen und Radiumstrahlen auf die Zellteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 avril.) — Recherches expérimentales relatives à l'action des rayons de Röntgen et des radiations du radium sur la division cellulaire.

Rinaldi (O.). A proposito di una nuova teoria sulla patogenesi delle nefriti; ricerche sperimentali sulle citotossine renali. (*Gazz. internazion. di med.*, 10 et 20 avril.)

Rossi (A.). Ricerche chimiche e chimico-fisiche sul siero di sangue in alcuni casi di uremia e di anuria sperimentale. (*Riforma med.*, 9 mars.)

Tappeiner (H. von) et **Jodlbauer** (A.). Ueber die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Diphtherietoxin und Tetanustoxin. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.) — Action des substances fluorescentes sur les toxines diphtérique et tétanique.

MÉDECINE

Babcock (R. H.). The pulse as a guide to the life insurance examiner. (*Med. News*, 23 avril.) — Le pouls comme élément de pronostic au point de vue des assurances sur la vie.

Baccelli (G.). Cancro primitivo della milza. (*Policlinico*, 23 avril.) — Cancer primitif de la rate.

Barabás (J.). Pellagra-Fälle. (*Pest. med.-chir. Presse*, 1er mai.)

Bishop (L. F.). The importance of considering the element of vasomotor instability in estimating the significance of irregularity of cardiac rhythm. (*Amer. Medicine*, 23 avril.)

Bonheim (P.). Ueber sogenannte primäre Pleuraendotheliome. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.)

Bottentuit. On some forms of pseudo-appendicitis (entero-typhlo-colitis, intestinal lithiasis). (*Lancet*, 23 avril.)

Dyball (B.). A fatal case of secondary parotitis. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.)

Eliot (E.). The behavior of the costal arch in diseases of the abdominal organs and its importance as a diagnostic symptom. (*Med. News*, 23 et 30 avril.) — Le rebord costal dans les affections abdominales et son importance au point de vue diagnostique.

Heitler (M.). Pulsveränderung durch Erregung des Gehörs, Geruchs und Geschmacks. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 23 avril.) — Les modifications du pouls consécutives à des excitations de l'ouïe, de l'odorat et du goût.

Hoffmann (F. A.). Ueber Herzuntersuchung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.) — Sur l'examen du cœur.

Jundell (I.). Bemerkungen zur Perkussion der Lungenspitzen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 30 avril.) — Remarques sur la percussion des sommets pulmonaires.

Knapp (M. I.). Insufficientia pylori. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 avril.)

Körber (H.). Ein Fall von allgemeiner entzündlicher Schwellung der Haut. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.) — Un cas d'œdème inflammatoire généralisé des téguments.

Krebs (W.). Der Einfluss localer Kälteanwendung auf die Herzthätigkeit. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 avril.) — Influence de la réfrigération locale sur l'action du cœur.

Kretschmer (W.). Ueber das primäre Bronchial- und Lungencarcinom. (*Thèse de Leipzig.*) — Le cancer primitif des bronches et du poumon.

Mathieu (A.) et **Roux** (J.-Ch.). Maladies de l'appareil digestif; notes de clinique et de thérapeutique. 1re série. In-8°, 137 p.

Minnich (W.). Das Kropfherz und die Beziehungen der Schilddrüsenerkrankungen zu dem Kreislaufapparat. In-8°, 166 p. avec fig. Vienne. — Le cœur des goitreux et les rapports des affections thyroïdiennes avec l'appareil circulatoire.

Monin (E.). Les maladies de la respiration (médecine et hygiène). In-16, 351 p.

MALADIES INFECTIEUSES

Battignani (C.). Un caso di tifemia senza reazione di Gruber-Widal. (*Riforma med.*, 2 mars.)

Curschmann (H.). Ungewöhnliche Verlaufsweisen und plötzliche Todesfälle beim Unterleibstyphus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril.) — Formes anormales et mort subite dans la fièvre typhoïde.

Ely (L. W.). Supplementary note on a case of typhoid spine. (*Med. Record*, 23 avril.) — Spondylite typhoïdique.

Eyre (J. W. H.). Asylum dysentery in relation to Bacillus dysenteriæ. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.)

Gordon (A.). A note on cerebrospinal symptoms in infectious diseases (à propos of a case of typhoid fever). (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, fév.)

Hastings (R. W.). A clinical study of the Bacillus dysenteriæ in Boston and vicinity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 avril.) — Etude clinique du bacille de la dysenterie à Boston et dans les environs.

Losio (S.). Tubercolosi toracica ed addominale; guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 24 avril.)

Manges (M.). Some general considerations on the treatment of typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 23 avril.)

Mannuélidès. Les manifestations gastro-intestinales du paludisme. (*Comptes rendus du Club méd. de Constantinople*, 30 janv.)

Perkins (J.). Varieties of pulmonary tuberculosis. (*Med. News*, 16 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Badaloni (G.). Sullo strapazzo del cervello. (*Nuovo raccoglitore med.*, mars.) — Le surmenage intellectuel.

Broz (P.). O angioneurotickych œdemech. (*Sbornik klinicky*, V, 4.) — Les œdèmes angioneurotiques.

Bury (J. S.). On trauma in relation to disease of the nervous system. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.) — Les traumatismes dans leurs rapports avec les affections du système nerveux.

David (M.). Traumatische Gelenkneurosen. (*Monatssch. f. orthopäd. Chir.*, avril.) — Névroses articulaires d'origine traumatique.

Diller (Th.). An investigation of certain of the reflexes and sensory phenomena and the condition of the eye-grounds, based on a study of 103 healthy young men; knee-jerks, Achilles-jerks, conjunctival and pharyngeal reflexes, pupillary reflexes, stereognostic appreciation, muscular and spacing senses. (*Amer. Medicine*, 23 avril.) — Recherches sur certains réflexes et phénomènes sensoriels, ainsi que sur l'état du fond de l'œil.

D'Ormea (A.). Una famiglia coreica; nota clinica con brevi considerazioni sulla profilassi individuale. (*Riforma med.*, 23 mars.)

Dornblüth (O.). Kompendium der Psychiatrie. 2e éd. In-8°, 290 p. avec fig. Leipzig.

Everts (O.). Therapeutics of insanity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 avril.) — Traitement de l'aliénation mentale.

Fournier (N.). Report of a case of epilepsy. (*Amer. Practitioner and News*, 1er avril.)

Gould (G. M.). Pervigilium, or long periods of physiologic wakefulness. (*Amer. Medicine*, 30 avril.) — Insomnie prolongée.

Hirschl (J. A.). Gehirn und Syphilis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 avril.) — Cerveau et syphilis.

Hunt (J. R.). Acute infectious osteomyelitis of the spine and acute suppurative perimeningitis. (*Med. Record*, 23 avril.) — Spondylite infectieuse aiguë et périméningite suppurée aiguë.

Le Clerc (R.). De la migraine et, en particulier, de la migraine ophtalmique chez les adolescents. (*Année méd. de Caen*, avril.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Cannac. Note sur le goundou ou anakhré. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Clark (G. G.). The treatment of syphilis, with a report of 2 obstinate cases. (*Med. Bull.*, avril.)

De Dominicis (N.). Die latente Syphilis als ätiologisches Moment für die Entstehung alltäglicher Erkrankungen; diagnostische Wichtigkeit der cubitalen (epitrochlearen) Drüsenschwellungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 et 30 avril.) — La syphilis latente comme facteur étiologique d'affections communes; valeur diagnostique de l'adénopathie épitrochléenne.

Dubreuilh (W.). Précis de dermatologie. 2e éd. In-18, 529 p. avec fig.

Einis (L.). Ueber das Vorkommen von Syphilis ohne Affektion des Lymphsystems. (*Wien. med. Presse*, 24 avril.) — Syphilis sans lésions concomitantes du système lymphatique.

Eustis (A. C.). A case of pemphigus vulgaris, with some observations on its bacteriology. (*Amer. Medicine*, 16 avril.)

Jacobi (E.). Atlas des maladies de la peau et des principales maladies vénériennes. (Éd. française par Dubois-Havenith, annotée par E. Gaucher.) In-4°, 189 p. avec planches.

PARASITOLOGIE

Adams (A. M.). Trypanosomiasis and morbus dormitivus. (*Brit. Med. Journ.*, 16 avril.)

Christophers (S. R.). A preliminary report on a parasite found in persons suffering from enlargement of the spleen in India. In-4°, 16 p. avec planches. Calcutta. — Parasite décelé chez des sujets habitant les Indes et atteints de splénomégalie.

Kautsky Bey (A.). Blutuntersuchungen bei Bilharzia-Krankheit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 3-4.) — Recherches hématologiques dans la bilharziose.

Mackenzie (A. D.). A case of parasitic hemoptysis or infection with the Distoma Westermanii. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 avril.)

Stieda (A.). Verkalkte Parasiten (Cysticercus cellulosæ) im Röntgenbilde. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.)

Vaccino (N.). Un caso di tænia nana. (*Gazz. degli Osped.*, 1er mai.)

Wainwright (J. M.) et **Nichols** (H. J.). Hookworm disease and miners' anemia in the anthracite coal fields. (*Med. News*, 23 avril.) — L'ankylostomiase et l'anémie des mineurs.

CHIRURGIE

Allport (F.). The relationship existing between ophthalmology and otology and dentistry. (*Med. News*, 16 avril.)

Alves de Lima. Luxação irreductivel da articulação escapulo-humeral; arthrotomia; reducção; cura. (*Gazeta clinica*, avril.)

Amantini (A.). Contributo allo studio delle lesioni cerebrali per ferita d'arma da fuoco. (*Gazz. degli Osped.*, 1er mai.) — Sur les lésions du cerveau par coup de feu.

Ashley (D. D.) et **Müller** (F.). The treatment following the bloodless reduction of congenital hip dislocation. (*New York Med. Journ.*, 23 avril et 21 mai.) — Le traitement post-opératoire de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

Baldy (J. M.). Appendicitis : its relation to pelvic inflammations. (*Amer. Medicine*, 16 avril.)

Banister (J. M.). Surgical observations in the Philippines. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 avril.)

Bányai (A.). Fremdkörper. (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 avril.) — Corps étrangers.

Beach (H. A.) et **Cobb** (Farrar). Traumatic asphyxia; report of a recent case, with a study of the minute pathology, and summary of reported cases. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Beck (Carl). Sclerosis and ossification of veins. (*New York Med. Journ.*, 23 avril.)

Bonanome (A. L.). Un caso di rottura traumatica dell'intestino tenue per una violenza indiretta. (*Policlinico*, partie chir., XI, 4.) — Rupture traumatique de l'intestin grêle par violence indirecte.

Brinkmann (L.). Acute appendicitis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, janv.)

Brown (J. Y.). Penetrating and perforation gunshot and stab wounds of the abdomen. (*New York Med. Journ.*, 16 avril.) — Plaies pénétrantes et perforantes de l'abdomen par armes à feu et par instruments piquants.

Cavazzani (T.). Studio clinico sopra le degenerazioni maligne del testicolo con una statistica e considerazioni inedite del prof. Luigi Porta. (*Morgagni*, avril.)

Chute (A. L.). Some clinical observations on the care of septic wounds. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 21 avril.) — Du pansement des plaies infectées.

Craig (Ch. F.). Rupture of the spleen. (*Med. News*, 23 avril.) — 2 cas de rupture de la rate.

Cumston (Ch. G.). Epigastric hernia. (*New York Med. Journ.*, 30 avril.)

Cunningham (J. H.). Gastric dilatation and tetany. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Davis (G. G.). The operative treatment of trifacial neuralgia, with the report of a case of removal of the Gasserian ganglion for recurrence following intracranial neurectomy of the superior maxillary nerve. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

De Vecchi (B.). Su di un caso di ipernefroma epatico. (*Nuovo raccoglitore med.*, mars.) — Glande surrénale accessoire intrahépatique.

Draudt (M.). Ueber eine Hernie der Regio pubica mit Durchtritt durch den Musculus rectus abdominis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Hernie de la région pubienne à travers le muscle grand droit de l'abdomen.

Farkas (D.). Ein operirter Fall von Epilepsie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 1er mai.)

Fiori (P.). Sopra due casi di ferite cavitarie. (*Riforma med.*, 23 mars.) — 2 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen.

Forgue (E.). Précis de pathologie externe. 2e éd. 2 vol. In-18, 1,948 p. avec fig.

Fricker (E.). Ueber einen Fall von sogenanntem spindelförmigem oder flaschenförmigem Divertikel der Speiseröhre. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — Diverticule fusiforme de l'œsophage.

García Lagos (H.). Arteritis simétrica; aneurisma de la femoral; curación por medio de la compresión intermitente. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.)

Goldmann (E.). Zur unblutigen Behandlung von irreponiblen und veralteten Hüftgelenksluxationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Du traitement non sanglant des luxations irréductibles et anciennes de la hanche.

Goldthwait (J. E.). Slipping or recurrent dislocation of the patella. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 fév.) — 11 cas de luxation récidivante de la rotule.

Gubb (A. S.). Intraspinal cocainization. (*Brit. Med. Journ.*, 23 avril.) — La rachicocaïnisation.

Hammond (L. J.). The surgical relation of the vermiform appendix to perforation in typhoid fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 avril.)

Horwitz (O.). A study of 91 cases for the relief of various forms of hernia, with their complications. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, janv.) — Traitement de différentes variétés de hernie et de leurs complications, d'après l'étude de 91 cas.

Iacobelli (F.). Sulla gangrena gassosa. (*Riforma med.*, 16 mars.)

Jeanbrau (E.). De la tarsectomie interne dans le pied plat valgus douloureux invétéré. (*Montpellier méd.*, 7 fév.)

Jonnesco (Th.). Ostéosarcome de la clavicule gauche; résection totale de la clavicule; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

Just (H.). Entfernung eines Fremdkörpers aus dem rechten Hauptbronchus. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 avril.) — Extraction d'un corps étranger de la bronche droite.

King (E.). Resuscitation after apparent death in chloroform anesthesia. (*Amer. Medicine*, 16 avril.) — Rappel à la vie dans 2 cas de mort apparente sous le chloroforme.

Lafoy. Fracture du radius par manivelle d'automobile. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Lorenzi (N.). Un caso di infiammazione dei gangli crurali profondi coincidente con strozzamento erniario e simulante un'occlusione intestinale. (*Riforma med.*, 2 mars.) — Adénite crurale profonde coexistant avec un étranglement herniaire et simulant une occlusion intestinale.

Masse (E.). Amputation basse dans un cas de gangrène par endartérite chronique; gangrène de tous les orteils du pied gauche; amputation de Lisfranc; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 avril.)

Mayo (C. H.). The surgical treatment of goiter. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 avril.)

UROLOGIE

Andouard (P.). Recherche clinique de l'albumine dans les urines. (*Gaz. méd. de Nantes*, 30 avril.)

Bedford (C. H.). Clinical handbook of urine analysis. 2e éd. In-8°, 182 p. avec fig. Londres.

Brown (F. T.). Some features of renal tuberculosis. (*Med. News*, 23 avril.)

Campani (A.). Sulla maggiore dissociabilità dei composti ammoniacali e sulla maggior eliminazione dei carbonati nella pseudofosfaturia terrosa. (*Riforma med.*, 16 mars.)

Doern (W. G.). Routine method of detecting and differentiating reducing agents found in the urine. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 avril.) — Procédé courant pour la recherche et la différenciation des principes réducteurs contenus dans l'urine.

Dreyfus (W. E.). The Hopkins-Folin method for the determination of uric acid in urine. (*New York Med. Journ.*, 30 avril.)

Dzirne (J.). Ueber die Behandlung der Nephrolithiasis, der Hydro- und Pyonephrose; 17 Fälle von Operationen an den Nieren. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 3 et 4.) — Traitement de la lithiase rénale, de l'hydronéphrose et de la pyonéphrose; 17 cas d'intervention chirurgicale sur le rein.

Füth (H.). Beitrag zur Ureterenchirurgie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 avril.)

Stefanesco. Ruptures de l'urèthre. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

OPHTALMOLOGIE

Abadie (Ch.). Des formes de glaucome à crises intermittentes et de leur traitement. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Bartels (M.). Ueber die Beziehungen zwischen Trigeminusneuralgie und rezidivierender Hornhauterosion. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.) — Rapports de la névralgie du trijumeau avec l'érosion à rechutes de la cornée.

Blondel (R.) et **Sendral.** Guérison d'accidents oculaires graves chez une aménorrhéique par le traitement emménagogue. (*Gynécologie*, fév.)

Hippel (von). Neuere Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie der Pupillenphänomene. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 et 26 avril.)

Kalish (R.). Some external diseases of the eye due to rheumatism. (*Med. News*, 23 avril.) — Affections externes de l'œil dues au rhumatisme.

Klein (S.). Bemerkungen zur Operationstechnik der Augenmuskelvorlagerung. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 avril.) — Technique opératoire de l'avancement des muscles de l'œil.

Parinaud (H.). Stéréoscopie et projection visuelle. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Parsons (J. H.). On the neurology of vision. (*Lancet*, 16 et 23 avril.)

Sattler (H.). Ueber die Grundsätze bei der Behandlung der Kurzsichtigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 avril.) — Principes à observer dans le traitement de la myopie.

Terson (J.). Sur l'urgence et la technique de la suture dans les plaies pénétrantes de la conjonctive et de la sclérotique. In-8°, 8 p. Toulouse.

Widmark (J.). Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen medico chirurgischen Instituts zu Stockholm. 5e fasc. In-8°, 99 p. avec fig. Iéna. — Travaux de la clinique ophtalmologique de Stockholm.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abadie-Feyguine (Mme) et **Abadie**. Suppuration des kystes de l'ovaire par la fièvre typhoïde. (*Montpellier méd.*, 3 et 31 janv. et 7 fév.)

Barozzi (J.). Résultats éloignés de l'exérèse dans le cancer de l'utérus. (*Gynécologie*, fév.)

Bastian (J.). Un cas de bassin rachitique; premier accouchement : embryotomie céphalique; second accouchement : opération césarienne conservatrice, enfant à terme. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Batigne (P.). De l'énucléation intrapéritonéale des corps fibreux utérins. (*Gynécologie*, fév.)

Brodhead (G. L.). Prophylaxis of puerperal sepsis. (*Med. Record*, 23 avril.)

Coudert. Les tumeurs solides de l'ovaire à type pelvien et abdomino pelvien dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*Obstétrique*, janv. et mars.)

Croisier. Epithélioma du corps de l'utérus greffé à la base d'un polype fibreux intra-utérin. (*Gynécologie*, fév.)

Deaver (J. B.). Cesarean section for placenta previa. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 avril.)

Fieux (G.). Rupture spontanée de l'utérus au cours du travail; hystérectomie subtotale; pneumonie double pendant les suites; abcès de fixation; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er mai.)

Frankl (O.). Zur Technik der gynäkologischen Heissluftbehandlung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 avril.) — Technique du traitement par l'air chaud en gynécologie.

Gauthier (Ch.-L.). Hématométrie post partum. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, fév.)

Gayler (W. C.). Retro-uterine hæmatocele. (*New York Med. Journ.*, 16 avril.)

Hirst (B. C.). The plastic surgery in the University Maternity for the year 1903. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, fév.)

Jonnesco (Th.). Cancer primitif de l'ovaire; salpingite double, à droite pyosalpinx, à gauche hémato-salpinx; castration abdominale totale, section complète de l'uretère droit; anastomose bout à bout de l'uretère; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

Kaan (G. W.). Malignant growth in the abdominal wall following abdominal ovariotomy. (*Amer. Medicine*, 23 avril.) — Tumeur maligne de la paroi abdominale, survenue à la suite d'une ovariotomie abdominale.

Karczewski (A.). Ein Fall von Ovarialcyste bei einem 10jährigen Mädchen mit Stieltorsion; Volvulus des S romanum. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 avril.) — Un cas de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule chez une fillette de dix ans; volvulus du côlon iliopelvien.

Kisch (E. H.). Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. 2e partie. In-8°, p. 241 à 480, avec fig. Vienne. — La vie sexuelle de la femme, au point de vue physiologique, pathologique et hygiénique.

PÉDIATRIE

Ausset (E.). La Goutte de Lait de Saint-Pol-sur-Mer. (*Obstétrique*, janv.)

Berchoud. Quelques réflexions sur le lait humanisé, système du professeur Backhaus. (*Lyon méd.*, 24 avril.)

Bovaird (D.). The pathology of lobar and bronchopneumonia in infants and children. (*Med. News*, 30 avril.)

Brannan (J. W.). Appendicitis in children. (*Med. Record*, 30 avril.) — L'appendicite chez l'enfant.

Delacour (J.). Le syndrome adénoïdien (ozène; végétations adénoïdes; appendicite chronique). In-8°, 231 p.

Escherich (T.). Le affezioni tetanoidi della prima infanzia. (*Pediatria*, avril.)

Fischer (L.). Some points on the diagnosis and drug treatment of pneumonia in infants and young children. (*Med. Record*, 23 avril.) — Le diagnostic et le traitement médicamenteux de la pneumonie dans la première enfance.

Friedländer (F. von). Zur Diagnostik der Coxitis; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 avril.) — Diagnostic de la coxalgie.

Frühwald (F.). Kompendium der Kinderkrankheiten. In-8°, 415 p. avec fig. Vienne. — Compendium de pédiatrie.

Fuller (A. W.). Note on the causes of cough in children. (*Lancet*, 30 avril.) — Sur les causes de la toux chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Ardenne. Sinusite ethmoïdo-fronto-maxillaire et syphilis. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 avril.)

Böke (J.). Traumatische Ohraffectionen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 avril.) — Affections traumatiques de l'oreille.

De Simoni (A.). Dell'importanza della siero-agglutinazione nella diagnosi precoce della tubercolosi primitiva dell'orecchio medio. (*Gazz. degli Osped.*, 1er mai.) — Importance de la séro-réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose primitive de l'oreille moyenne.

Grasset (J.). Un cas de voix eunucoïde datant de l'ictus dans l'hémiplégie cérébrale (paralysie du crico-thyroïdien). (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Jarecky (H.). Hemorrhage after tonsillotomy; its general consideration. (*Med. Record*, 30 avril.)

Stanculeano. Abcès cérébral d'origine otique. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

HYGIÈNE

Arenberg (A. d'). La suppression du paludisme par la destruction des moustiques; expérience faite à Ismaïlia. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Ascher. Beiträge zur socialen Hygiene : Sind Erfolge gegen die Tuberculose erzielt worden ? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 avril.) — La lutte contre la tuberculose a-t-elle donné des résultats ?

Brähmer (O.) et **Schwechten** (E.). Eisenbahnhygiene. 2e éd. In-8°, 312 p. avec fig. Iéna. — L'hygiène dés chemins de fer.

Brouardel (P.). La saccharine; état actuel de la question au point de vue de l'hygiène alimentaire. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Dibaïlov (S.). Détermination de l'aptitude au service militaire d'après les données des mensurations [de la taille et de la circonférence du thorax] (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

Fowler (G. J.). The application of chemical analysis to the study of the biological processes of sewage purification. In 8°, 21 p. Manchester. Sherratt et Hughes.

Lunardi (G.). La malaria nella provincia di Parma. (*Clinica moderna*, 13 avril.)

Manfredi (L.). Istituto d'igiene dell'Università di Palermo : lavori di laboratorio. T. VI (1902-1903). In-8°, 230 p. Palerme.

Vigot. Huîtres et fièvre typhoïde. In-8°, 42 p. Caen.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Baumel (L.). Symptômes tardifs et intenses de l'empoisonnement par le phosphore observés chez une fillette de 7 ans qui avait mangé d'une volaille trouvée morte; guérison. (*Montpellier méd.*, 20 et 27 mars.)

Biondi (C.). Intorno ad alcuni criterj di giudizio medico-legale nel caso di ferita del cuore e dei grossi vasi intrapericardici. (*Clinica moderna*, 13 avril.)

Clemens (J. R.). Poisoning by the white of an egg. (*Med. News*, 16 avril.) — Empoisonnement par le blanc d'œuf.

Clift (M. W.). The effect of putrefactive bodies on the chemical tests for morphin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 avril.) — Les produits de la putréfaction comme cause d'erreur dans la recherche [médico-légale] de la morphine.

Deléarde (A.). Le service médical des assurances ouvrières obligatoires en Allemagne; l'organisation de la médecine des accidents en France; ce qu'elle est et ce qu'elle devrait être. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril et mai.)

Peterson (F.) et **Haines** (W. S.). The text-book of legal medicine and toxicology. T. II. In-8°, 826 p. Londres.

Ponzio (F.). Contributo al riconoscimento microchimico della stricnina in tossicologia. (*Riforma med.*, 16 mars.)

Reinhold (G.). Ueber schwere Anämie mit Hyperglobulie als Folgezustand chronischer Kohlenoxydvergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.) — L'anémie grave avec hyperglobulie, causée par l'intoxication oxycarbonée chronique.

Uhlenhuth. Gibt es ein biologisches Differenzierungsverfahren für Menschen- und Tierblut mittelst der Präzipitine? (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 avril.) — Existe-t-il un procédé biologique pour différencier, au moyen des précipitines, le sang humain d'avec celui des animaux ?

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Amucano (A.). Contributo alla cura della pneumonite cruposa colla digitale ad alte dosi. (*Gazz. degli Osped.*, 24 avril.)

Asher (P.). Are the antidotal effects of alcohol and glycerin upon carbolic acid chemical or physical? (*New York Med. Journ.*, 16 avril.) — L'action de l'alcool et de la glycérine comme antidotes de l'acide phénique est-elle de nature chimique ou physique?

Bartholow (P.). The dangers of potassic chlorate. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 avril.)

Bonnes (J.). Stérilisation de quelques solutions destinées à des injections hypodermiques ou à des collyres. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er mai.)

Büdinger (K.). Die Behandlung chronischer Arthritis mit Vaselininjektionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 avril.)

Bulling. Inhalation von phenylpropiolsaurem Natrium gegen Kehlkopf- und Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.) — Inhalations de phénylpropiolate de soude contre la tuberculose pulmonaire et laryngée.

D'Auria (S.). Le iniezioni alla Durante nella cura della tubercolosi polmonare. (*Morgagni*, avril.)

Fabio (G.). Infezione puerperale ed iniezioni endovenose di sublimato corrosivo. (*Gazz. degli Osped.*, 24 avril.)

Fenn (S. B.). The so-called « gold-cure » of inebriety. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.) — La « cure d'or » contre l'alcoolisme.

Gauducheau (A.). Sur le lavage antiseptique de l'intestin; 5e mémoire. In-8°, 8 p. Hanoï.

Gessner (W.). Die Behandlung der Lungentuberkulose mit intrapulmonalen Injektionen von Jodoform Glyzerin. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 23 avril.) — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-pulmonaires de glycérine iodoformée.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Abelous. La matière radiante. In-16, 29 p.

Bergonié (J.). Cancroïde de la paupière et de l'orbite traité avec succès par la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 avril.)

Boggs (R. H.). Accuracy in X-ray diagnosis. (*New York Med. Journ.*, 30 avril.)

Böke (J.). Epitheliom des Ohres und Radiumbehandlung. (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 avril.) — Epithélioma de l'oreille et son traitement par le radium.

Delherm et **Laquerrière**. L'électricité dans le traitement des accidents hystériques. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 avril.)

Hammond (J. A. B.). The use of radium in a case of rodent ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 23 avril.)

Kime (J. W.). Actinic sunlight in the treatment of pulmonary tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 30 avril.) — Héliothérapie de la tuberculose pulmonaire.

Lassueur (A.). Aperçu critique sur la radiothérapie et la photothérapie; la radiumthérapie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Taylor (G. S.). Rodent cancer treated with X-rays. (*Brit. Med. Journ.*, 23 avril.) — Traitement de l'épithélioma par les rayons de Röntgen.

24e ANNÉE. — N° 24. Vingt centimes le numéro. 15 JUIN 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Morestin, A.-P. Duval et Proust (*chirurgie*); Brindeau (*accouchements*).

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Venot est nommé, après concours, agrégé de chirurgie.

Faculté de médecine de Lille. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Lefort (*chirurgie*); Bué (*accouchements*).

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs M.-G. Gayet et Ch.-M. Patel (*chirurgie*); Commandeur (*accouchements*).

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Soubeiran (*chirurgie*); Ch. Guérin (*accouchements*).

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs G.-F. Gross (*chirurgie*); Fruhinsholz (*accouchements*).

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Desforges-Mériel (*chirurgie*); Thoyer (*accouchements*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

PHYSIOLOGIE

Glässner (K.). Zur Eiweissverdauung im Darm; I. Mitteilung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 3-4.) — La digestion des albuminoïdes au niveau de l'intestin.

Mares (F.). Energetická bilance zivého tela. (*Casopis lékaru ceskych*, 16 et 23 avril.) — Sur les transformations d'énergie dans l'organisme.

Montuori (A.). Ricerche biotermiche. In-8°, 146 p. Naples.

Ouwehand (C. D.). Bijdrage tot de bepaling van het menschelijk ademvolumen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 avril.) — Sur la mensuration du volume respiratoire chez l'homme.

Williams (E. T.). Blood iron. (*Amer. Medicine*, 16 avril.) — Le fer du sang.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abramow (S.) et **Samoilowicz** (A.). Zur Frage der normalen und pathologischen Histologie der Gallenkapillaren in Verbindung mit der Lehre von der Pathogenese des Ikterus. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 2.) — Histologie normale et pathologique des canalicules biliaires au point de vue de la pathogénie de l'ictère.

Baer (J. L.). Distribution of the ulcers in typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Baschieri-Salvadori (G.). Contributo allo studio della endocardite acuta. (*Policlinico*, 7 et 14 mai.)

Baumann (E. P.). Mesenteric cysts. (*Lancet*, 7 mai.)

Brosch (A.). Zur Anatomie und Pathogenese der Vorderwand-Divertikel des Oesophagus. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 2.) — Anatomie et pathogénie des diverticules de la paroi antérieure de l'œsophage.

Charvet (J.). Le cœur des athéromateux : lésions scléreuses du cœur associées à l'athérome de l'aorte et des gros troncs coronaires. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Cisler (J.). O pomeru pathologickych zmen svalstva hrtanového k zákonu Semon-Rosenbachovu. (*Casopis lékaru ceskych*, 7 et 14 mai.) — Les altérations pathologiques des muscles du larynx, considérées dans leurs rapports avec la loi de Semon-Rosenbach.

Forgue (E.) et **Jeanbrau** (E.). Anatomie pathologique des plaies de l'estomac par armes à feu. (*Montpellier méd.*, 6 mars.)

Fredet (P.). Etude anatomique sur l'origine des kystes du vagin. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mars.)

Hunter (W.). The occurrence of primary tuberculous infection of the intestinal tract in children; the results of 5,142 consecutive necropsies. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mai.) — La tuberculose primitive du tube digestif chez l'enfant, d'après 5,142 autopsies.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Blumenthal (F.) et **Wolff** (H.). Ueber das Auftreten der Glukuronsäure im Fieber. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 3-4.) — Sur l'apparition de l'acide glycuronique au cours des états fébriles.

Campbell (H. J.). Note upon the causation of cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.)

Ceconi (A.) et **Micheli** (F.). Intorno alla questione delle nefrolisine. (*Morgagni*, avril.)

Grassberger (R.) et **Schattenfroh** (A.). Ueber die Beziehungen von Toxin und Antitoxin. In-8°, 103 p. Vienne. — Relations des toxines avec les antitoxines.

Hofbauer. Beitrag zur Lehre von der Fieberdyspnoe. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 avril.) — De la dyspnée dans les états fébriles.

Huber (J. B.). The tendency to tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 23 avril.) — La prédisposition à la tuberculose.

Le Fevre (E.). Uric acid and its relation to the clinical manifestations of gout and lithæmia. (*Med. Record*, 30 avril.)

Mohr (L.). Ueber die Zuckerbildung im Diabetes mellitus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 3-4.) — La glycogénie dans le diabète sucré.

Neufeld (F.). Zur Geschichte der Entdeckung der Immunisierung gegen Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 avril.) — A propos de l'historique de la découverte de l'immunisation contre la tuberculose.

Vaughan (V. C.), **Munson** (J. F.) et **Spencer**. The extraction of a toxin from liver cells; a preliminary report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 avril.) — Une toxine extraite du foie.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Armand-Delille (P.) et **Mayer** (A.). Expériences sur l'hyperglobulie des altitudes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Crile (G.). Summary of an experimental research into the use of alcohol, nitroglycerin and amylnitrate in shock and collapse, with illustrative protocols. (*Med. News*, 7 mai.)

Cristiani (H.). De la greffe hétérothyroïdienne. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Ehrhardt (O.). Experimentelle Beiträge zur Nierendekapsulation. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 2.) — Recherches expérimentales sur la décapsulation du rein.

Füth (H.) et **Meissl**. Ueber den Wert der Heisswasseralkoholdesinfectionsmethode auf Grund von Tierversuchen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Recherches expérimentales sur la valeur de la désinfection par l'eau chaude et l'alcool.

Hervieux (C.). Recherches expérimentales sur les chromogènes urinaires du groupe indolique; 1[er] mémoire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

MÉDECINE

Albu (A.). Die sogenannte Banti'sche Krankheit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 et 12 mai.) — De la maladie de Banti.

Allan (J. W.). The relation of the pancreas to diabetes and the question of the transplantation of that gland as a remedy for the disease. (*Lancet*, 14 mai.) — Rôle du pancréas dans le diabète; traitement de cette maladie par la greffe pancréatique.

Baccelli (G.). Ascesso del fegato. (*Policlinico*, 30 avril.)

Bell (J. W.). Clinical aspect of chronic myocarditis. (*Med. News*, 7 mai.)

Bertoye (H.). Contribution à l'étude de la maladie de Bence-Jones. (*Rev. de méd.*, avril et mai.)

Best (G. N.). Acute appendicitis and its medical treatment. (*Med. News*, 7 mai.)

Beykovsky (S.). Oculomotoriuslähmung und plötzlicher Tod infolge von Aneurysmen der Arteria carotis interna. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 mai.) — Paralysie du nerf moteur oculaire commun et mort subite dans un cas d'anévrysme de l'artère carotide interne.

Blake (E.). Colitis (tubal catarrh), appendicitis, and their allies. In-8°, 168 p. Londres.

Ceraulo (S.) et **Sulli** (G.). Contributo alla diagnostica dei tumori pancreatici. (*Policlinico*, 14 mai.)

Chajes (B.). Ueber alimentäre Lävulosurie bei Leberkranken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mai.) — La lévulosurie alimentaire dans les maladies du foie.

Cohn (M.). Ein Fall von angeborenem Herzfehler. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.) — Malformation congénitale du cœur.

Döbert (A.). Ueber Entzündung des Herzbeutels und Punction desselben. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 mai.) — Sur la péricardite et la ponction du péricarde.

Lau (H.). Zur Frage der Skrophulose. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 et 16 avril.)

Lazarus (P.). Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreaserkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung der Cysten und Steine. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LI, 1-2, 3-4 et 5-6, LII, 1-2 et 3-4.) — Pathologie et traitement des affections du pancréas, notamment au point de vue des kystes et des calculs.

Luzzatto (M.). Emiplegia cerebrale, diabete, laringite. (*Gazz. degli Osped.*, 10 avril.)

Monnier (A.). Un cas d'endocardite emboligène « post partum »; embolies multiples; survie de cinq mois. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 avril.)

Overholser (M. P.). On laboratory diagnosis. (*New York Med. Journ.*, 2, 9 et 16 avril.)

Pagès et **Ardin-Delteil**. Curabilité des processus méningés tuberculeux devant les nouveaux procédés d'exploration clinique. (*Montpellier méd.*, 10, 17 et 24 janv.)

Pappenheim (A.). Betrachtungen über Leukämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 3-4.)

Sabrazès (J.). Procédés pratiques pour déterminer, au lit du malade, le début de la coagulation du sang et pour faciliter l'examen du caillot et du sérum. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 avril.)

Salaghi (S.). Ueber die Herzarhythmie bei Rekonvaleszenten, mit besonderer Berücksichtigung der Herzarhythmie im Kindesalter. (*Monatssch. f. Kinderheilk.*, avril.) — L'arythmie cardiaque de la convalescence, notamment chez les enfants.

Setti (G.). Sulla cura del carcinoma col metodo del Jaboulay (iniezioni di chinino); sul preteso antagonismo fra carcinosi e malaria e sulla cura del cancro con l'inoculazione della malaria; contributo clinico e considerazioni critiche. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Shoemaker (J. V.). Hæmorrhoids; cirrhosis of the liver. (*Med. Bull.*, avril.)

Signorelli (A.). La pleurite linfomatosa. (*Riforma med.*, 10 et 17 fév.)

Silvestrini (R.). Per la semeiotica dei versamenti pleurici. (*Clinica moderna*, 6 avril.)

Wathen (W. H.). Gastric and duodenal ulcer. (*Amer. Practitioner and News*, 1[er] avril.)

Wister (J. W.) et **Gwyn** (N. B.). A case of acute hemorrhagic leukæmia. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

MALADIES INFECTIEUSES

Peterson (F.) et **Heins** (G. L.). The tuberculosis hospitals of the New York State Hospitals for the Insane. (*Med. Record*, 16 avril.) — Les pavillons de tuberculeux dans les asiles publics d'aliénés de l'Etat de New-York.

Pexa (V.). Angina diphtherica maligna. (*Casopis lékaru ceskych*, 23 et 30 avril.)

Reincke. The epidemiology of enteric fever and cholera in Hamburg. (*Lancet*, 23 avril.)

Reynaud (G.). Infection malarienne sur un navire en mer. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Rosenberger (R. C.). A review of literature relating to serum diagnosis. (*Amer. Medicine*, 16 avril.)

Schottmüller (H.). Parotitis epidemica. In-8°, 100 p. Vienne.

Soltmann. Die Infektionskrankheiten der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig und die Grundzüge ihrer Behandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 avril.) — Les maladies infectieuses à la clinique pédiatrique de Leipzig; principes de leur traitement.

Swan (J. M.). Condition of the blood in patients suffering from pulmonary tuberculosis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, fév.) — Le sang des malades atteints de tuberculose pulmonaire.

Velasco (L. V.). Etiologia y tratamiento de la disenteria. (*Thèse de San-Salvador.*)

Willson (R. N.). The contagiousness of pneumonia. (*New York Med. Journ.*, 23 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Holtzapple (G. E.). Family periodic paralysis. (*Amer. Medicine*, 30 avril.)

Klien (H.). Ueber kontinuierliche rhythmische Krämpfe der Schlingmuskulatur. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 avril.) — Spasmes rythmiques continus des muscles du pharynx.

Magnus-Levy (A.). Ueber Myxödem. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 3-4.)

Mattirolo (G.). Ricerche sulla cosidetta sensibilità ossea. In-8°, 20 p. avec planches. Turin.

Noyes (W. B.) et **Newton** (R. C.). Hysteria and organic disease. (*Med. News*, 16 avril.) — Hystérie et affection organique.

Ott (I.). Intestinal peristalsis in its nervous relations. (*Med. Bull.*, avril.)

Pilcz (A.). Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. In-8°, 294 p. Vienne.

Sachs (E.). A case of amaurotic family idiocy. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.)

Serrigny. A propos de l'alimentation forcée chez les aliénés par la voie buccale; mandrin pour faciliter l'introduction de la sonde œsophagienne. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Snell (S.). Eyestrain as a cause of headache and other neuroses. (*Lancet*, 30 avril.) — L'asthénopie comme cause de la céphalée et de certaines autres névroses.

Spratling (W. P.). The non-operative relief of eyestrain for the possible cure of epilepsy as tested in 68 cases at the Craig Colony. (*Amer. Medicine*, 9 avril.) — La guérison non opératoire de l'asthénopie comme traitement de l'épilepsie.

Stephenson (F. H.). Multiple neuritis; a case resulting probably from morphine toxæmia. (*New York Med. Journ.*, 16 avril.)

Thomayer (J.). O obrnách dnavych. (*Sbornik klinicky*, V, 4.) — Sur les paralysies goutteuses.

Weygandt (W.). Ueber Virchow's Cretinentheorie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 avril et 1er mai.)

Wolseley-Lewis (H.). The mental state in myxœdema. (*Lancet*, 23 avril.) — L'état mental des myxœdémateux.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Lemaire (P.). Diagnostic des éruptions médicamenteuses, scarlatineuses et rubéoliques par la diazo-réaction. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 avril.)

Mahot et **Barthélemy**. Méningo-encéphalite subaiguë et rétrécissement de l'intestin chez une hérédo-syphilitique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 30 avril.)

Mendes da Costa (S.). Een autochtoon geval van lepra in Nederland en een opmerking over de strijdvraag der aetiologie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 avril.) — Un cas de lèpre autochtone, observé en Hollande; remarque sur la question de l'étiologie.

Mibelli (V.). Ueber einige Fälle von Neurodermitis chronica linearis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mai.)

Nobl (G.). Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte und ihre Folgen. (*Wien. med. Presse*, 24 avril et 1er mai.) — Erreurs de diagnostic relatives aux chancres extra-génitaux et leurs conséquences.

Ramazzotti (V.). Alopecia areata in seguito a trauma. (*Gazz. degli Osped.*, 24 avril.)

Sadger (J.). Was lehrt uns die Geschichte der Syphilis-Hydriatik? (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er et 15 avril et 1er mai.) — Quels enseignements peut-on tirer de l'histoire de l'hydrothérapie de la syphilis?

CHIRURGIE

Mastrosimone (F.). Decorticazione del polmone per essudato pleurico calcificato. (*Policlinico*, 30 avril.)

Mayer (M.). Bissverletzung zweier Aeste der Vena saphena; drohende Verblutung; eigenartiges Verfahren der Blutstillung. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.) — Blessure, par morsure, de deux branches de la veine saphène interne; mort imminente par hémorrhagie; hémostase par un procédé particulier.

Mayo (W. J.). Ulcer and cancer of the stomach from a surgical standpoint. (*Med. News*, 16 avril.) — L'ulcère et le cancer de l'estomac au point de vue chirurgical.

McGavin (L. H.). A new form of removeable deep suture for the prevention of stitch sinuses. (*Lancet*, 23 avril.) — Nouveau procédé de suture temporaire profonde évitant la suppuration des points de suture.

Meinhold. Subkutaner Bruch des rechten Schlüsselbeines; sekundärer Verschluss der Schlüsselbeinschlagader; Aufmeisselung; Knochennaht; Mechanismus der Gefässverletzungen bei Schlüsselbeinbrüchen. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.) — Fracture sous-cutanée de la clavicule droite; thrombose consécutive de l'artère sous-clavière; ostéotomie; suture osseuse; pathogénie des lésions vasculaires dans les fractures de la clavicule.

Mellish (E. J.). Chronic empyema of the gall-bladder; report of a case of thirteen or more years' duration. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Empyème chronique de la vésicule biliaire, remontant à treize ans au moins.

Mergari (A.). Su di un caso di lipoma della mano. (*Nuovo raccoglitore med.*, mars.)

Mixter (S. J.) et **Chase** (H. M.). Operation in spinal-cord injuries. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Opérations pour traumatismes de la moelle épinière.

Monprofit (A.). Chirurgie du gros intestin; nouvelles méthodes d'anastomose, d'exclusion et de résection de l'intestin; implantation double et drainage par l'intestin. In-8°, 77 p. avec fig.

Morestin (H.). De l'emploi dans un but esthétique de lambeaux prélevés sur des territoires pileux. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Moynihan (B. G. A.). On the removal of the gall-bladder in operations for gall-stones. (*Lancet*, 30 avril.) — La cholécystectomie dans le traitement chirurgical de la lithiase biliaire.

Newell (James). The surgical treatment of hallux valgus and bunions. (*Amer. Medicine*, 23 avril.)

Noccioli (G.). Sulla perdita di liquido cefalorachidiano dalla base del cranio spontanea o post-traumatica. (*Clinica moderna*, 20 avril.)

Orvañanos (D.). Un caso interesante de oclusión intestinal. (*Gaceta méd. de Mexico*, 1er fév.)

Padula (F.). Amputazione osteoplastica della gamba senza accorciamento. (*Policlinico*, 30 avril.) — Amputation ostéoplastique de la jambe sans raccourcissement.

Park (Roswell). Spontaneous gangrene of the hollow viscera; a study of mesenteric occlusion. (*Ann. of Surgery*, avril.) — La gangrène spontanée des viscères creux; étude de l'occlusion mésentérique.

Pascoletti (S.). Frattura dell'ipocondilo sinistro. (*Gazz. degli Osped.*, 24 avril.)

Pendl (F.). Ein Fall von Volvulus des Magens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 avril.) — Volvulus de l'estomac.

Quintela (E.). Aneurisma de la arteria poplitea curado por la extirpación del saco. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.)

Ransohoff (J.). Hepatectomy for tuberculoma of the liver. (*Med. News*, 16 avril.) — Hépatectomie pour tuberculome du foie.

Rawling (L. B.). On fractures of the skull. (*Lancet*, 9, 16 et 23 avril.) — Les fractures du crâne.

Ridlon (J.). The ultimate results of the bloodless replacements of congenitally dislocated hips. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 et 23 avril.) — Résultats éloignés de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

Robinson (H. B.). A case of ulcerative colitis in which a left inguinal colotomy was performed to control extensive hæmorrhage. (*Lancet*, 23 avril.) — Colite ulcéreuse ayant nécessité une colotomie inguinale gauche pour arrêter une hémorrhagie abondante [de l'intestin].

Rodman (W. L.). The operative treatment of malignant disease of the mammary gland, rectum, penis and lip. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, janv.) — Traitement opératoire du cancer du sein, du rectum, de la verge et de la lèvre.

Rogers (J.). On the present status of the operation of gastro-enterostomy. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Santucci (A.). Ittero benigno pre e post-operatorio. (*Clinica moderna*, 6 avril.)

Smith (F. J.). A case of aneurysm of the aorta rupturing into the pulmonary artery associated with fibrosis of one lung. (*Lancet*, 23 avril.) — Rupture d'un anévrysme de l'aorte dans l'artère pulmonaire, avec sclérose d'un poumon.

Solina (C.). Piotorace per versamento di contenuto gastrico in seguito a ferita da punta e taglio dello stomaco. (*Policlinico*, 23 avril.) — Pyothorax par épanchement du contenu de l'estomac, à la suite d'une plaie pénétrante de cet organe.

Soules (Th. E.). The Soules Hospital method of burying the stumps of the appendix and mesoappendix in appendicectomy. (*New York Med. Journ.*, 23 avril.) — Procédé d'enfouissement du moignon appendiculaire après la résection de l'appendice.

Steinthal. Zur Prognose der Dünndarmsarkome. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 avril.) — Sur le pronostic du sarcome de l'intestin grêle.

Tillmanns (H.). Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie einschliesslich der modernen Operations- und Verbandlehre. II. Band : Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 8e éd. 2 vol. In-8°, 1690 p. avec fig. Leipzig. — Traité de chirurgie générale et spéciale. T. II : chirurgie spéciale.

Urrutia (A.). Algunos puntos de referencia para identificar las vísceras durante las intervenciones abdominales. (*Gaceta méd. de Mexico*, 1er fév.)

Vaccari (L.). Su di una rara disposizione della fascia di Cooper a livello di un' ernia diretta della vescica. (*Gazz. degli Osped.*, 24 avril.) — Disposition rare du fascia de Cooper au niveau d'une hernie directe de la vessie.

Wakefield (H.). The rational treatment of malignant tumors. (*Amer. Medicine*, 23 avril.)

Willmoth (A. D.). Gonorrhea from a surgical standpoint. (*Amer. Practitioner and News*, 1er avril.) — La blennorrhagie au point de vue chirurgical.

Wood (W. C.). Temporary sutures for hemostasis. (*Amer. Medicine*, 30 avril.)

Zinninger (G. F.). Multiple myeloma. (*Amer. Medicine*, 16 avril.)

UROLOGIE

Ferguson (A. H.). Surgical treatment of nephritis (Bright's disease). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 avril.)

Gallaudet (B. B.). Traumatic pyeloparanephric cyst. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Garceau (E.). Removal of calculus in the ureter by a new method. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 21 avril.) — Nouveau procédé pour l'extraction des calculs de l'uretère.

Goldmann (E.). Die ausgiebige Mobilisation der Harnröhre; ein Verfahren zur Nahtvereinigung von grösseren Defekten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.) — La mobilisation large de l'urèthre, procédé de réunion après les pertes de substance étendues de ce canal.

Jonnesco (Th.). Pyonéphrose calculeuse; urétéro-néphrectomie parapéritonéale; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

Macalester (R. K.). The deficient urea-excretion in gout and lithæmia. (*Med. Record*, 16 avril.)

Montero (L.). Sobre las inyecciones epidurales aplicadas al tratamiento de las afecciones del aparato jénito-urinario. In-8°, 48 p. Santiago-du-Chili.

Moynihan (B. G. A.). Hydronephrosis due to abnormalities in the ureters; 2 cases successfully treated by plastic operations. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.)

Nelken (A.). A plea for the meatus. (*Amer. Medicine*, 30 avril.)

Newman (D.). Three cases of reno-renal reflex pain, cases in which the symptom pointed to the sound kidney being the diseased one. (*Lancet*, 23 avril.) — 3 cas de réflexe réno-rénal.

Rovsing (Th.). Zur Behandlung des chronischen Morbus Brightii durch Nephrolysis und Nephrokapsektomie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 30 avril.)

Schüller (H.). Beitrag zur Lehre von den Blutungen aus anscheinend unveränderten Nieren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 avril.) — Sur les hématuries provenant d'un rein normal en apparence.

Sheldon (J. G.). Reflections on the surgery of prostatic hypertrophy. (*Med. News*, 23 avril.)

Spooner (H. G.). The bladder in health and disease, as demonstrated by the cystoscope. (*Med. Record*, 16 avril.) — Aspects cystoscopiques de la vessie à l'état normal et à l'état pathologique.

Thorndike (P.). When and how shall we operate for obstructing hypertrophy of the prostate gland? (*Med. News*, 23 avril.) — Quand et comment doit-on opérer pour hypertrophie de la prostate?

Van der Poel (J.). Ureteral catheterism as a routine method of diagnosis in renal disease. (*New York Med. Journ.*, 16 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Krönig. Die Berechnung der Grösse der Conjugata vera aus der Conjugata diagonalis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 avril.) — Diamètres promonto-pubien minimum et promonto-sous-pubien.

Labadie-Lagrave (F.) et **Legueu** (F.). Traité médico-chirurgical de gynécologie. 3e éd. In-8°, 1302 p. avec fig.

Legueu (F.). De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, avril.)

Macé (O.). Des indications de l'interruption de la grossesse tirées de l'examen du sang dans les anémies. (*Obstétrique*, janv.)

Maier (F. H.). A plea for the earlier diagnosis of uterine cancer. (*New York Med. Journ.*, 30 avril.) — Nécessité d'un diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

Mandl (L.) et **Bürger** (O.). Die biologische Bedeutung der Eierstöcke nach Entfernung der Gebärmutter; experimentelle und klinische Studien. In 8°, 240 p. avec fig. Vienne. — Rôle biologique des ovaires après hystérectomie.

Mauclaire (P.). Trois cas de stomatoplastie du col utérin pour hypertrophie unilatérale du col, déchirure médiane et post-puerpérale de la lèvre inférieure, dégénérescence micro-polykystique et polypoïde. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, fév.)

McGlinn (J. A.). Report of a case of ovarian cystoma. (*Med. Bull.*, avril.)

Orthmann (E. G.). Handbook of gynæcological pathology. (Trad. de l'allemand par C. H. Roberts et M. L. Trechmann.) In-8°, 127 p. avec fig. Londres. J. Bale et Danielsson. — Vademecum de l'examen histo-pathologique en gynécologie.

Oviatt (Ch.). The correction of retrodisplacements of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 avril.)

Perruchet (E.-V.). Un cas de leucoplasie vulvo-vaginale. (*Gynécologie*, fév.)

Puech (P.). Des vomissements incoercibles de la grossesse et de leur traitement par la ventouse mammaire. (*Montpellier méd.*, 24 janv.)

Rathcke (P.). Ein abgerissener Kopf im Parametrium. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 avril.) — Pénétration, dans le ligament large, de la tête fœtale après arrachement.

Renaud (A.). Tuberculose ulcéreuse primitive de la grande lèvre. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Richelot (L.-G.). Note additionnelle sur le traitement de la métrite cervicale. (*Gynécologie*, fév.)

Sampson (J. A.). The relation between carcinoma cervicis uteri and the ureters, and its significance in the more radical operations for that disease. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.)

Späth (F.). Zur Vermeidung der Ventrofixatio uteri. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 avril.) — Faut-il proscrire l'hystéropexie abdominale?

Vasilio et **Negruzzi**. Fièvre puerpérale et kyste de l'ovaire; ovariotomie; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

Webster (J. C.). More local and less general anesthesia in gynecologic operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc*, 23 avril.) — Plus d'anesthésie locale et moins d'anesthésie générale en gynécologie.

Zárraga (F.). Operación cesarea seguida de la extirpación de la matriz practicada con exito para la madre y el hijo. (*Gaceta méd. de Mexico*, 1er fév.) — Opération césarienne avec hystérectomie consécutive, pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant.

PÉDIATRIE

Halipré (A.). Les Gouttes de Lait au Congrès de Rouen; ce qu'elles sont, ce qu'elles doivent être. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 avril.)

Iovane (A.). Tubercolosi primaria dell' intestino con incipiente tubercolosi secondaria del pulmone in un bambino di trenta mesi. (*Pediatria*, avril.)

Morquio (L.). Sindrome cerebeloso en un niño, con doble papilitis; curación. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.) — Syndrome cérébelleux avec œdème papillaire bilatéral chez un enfant; guérison.

Muggia (A.). Su un caso di acondroplasia. (*Pediatria*, avril.)

Nicoll (M.). The symptomatology, differential diagnosis and course of bronchopneumonia in children. (*Med. News*, 30 avril.)

Northrup (W. P.). Treatment of bronchopneumonia in children. (*Med. News*, 30 avril.)

Peyroux. L'œuvre des Gouttes de Lait. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 avril.)

Rabot et **Bertier** (J.). Deux observations d'hydronéphrose congénitale chez des enfants du premier âge. (*Lyon méd.*, 1er mai.)

Simonini (R.). Un caso di psoriasi congenita. (*Pediatria*, avril.)

Zanetti (G.). Il fenomeno di Chvostek. (*Pediatria*, avril.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Schwidop. Stimmbildung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 30 avril.) — L'émission de la voix.

Suñé y Molist (L.). Un caso de gangrena aguda gaseosa del oído y regiones peri-auriculares; septicemia; muerte. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, janv.-fév.)

Wallace (C. S.) et **Marriage** (H. J.). A case of attempted division of the eighth nerve within the skull for the relief of tinnitus. (*Lancet*, 30 avril.) — Section intra-crânienne du nerf auditif pour tintements d'oreille.

Ward (N. G.). Otitis media in croupous pneumonia, with the report of a case of acute suppurative otitis media preceding the pneumonia. (*Med. News*, 16 avril.)

White (L. E.). Resection of the nasal septum. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 21 avril.)

Wiener (J.). Operation for congenital saddle-nose by introduction of a celluloid plate. (*Med. Record*, 16 avril.) — Traitement de l'ensellure nasale par introduction d'une plaque de celluloïde.

Yonge (E. S.). A new method of demonstrating the laryngeal image and intralaryngeal operations. (*Lancet*, 30 avril.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Langenhagen (M. de). The treatment of muco-membranous colitis. (*Lancet*, 30 avril.)

Lenné. Coma diabeticum und Alkalibehandlung. (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, 15 avril.)

Livingston (A. T.). Ergot in typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 16 avril.)

McBride (C. A.). The treatment of inebriety by atropine. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.) — Traitement de l'alcoolisme par l'atropine.

Meyer. De l'emploi du salicylate de soude dans le traitement des angines. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai.)

Myrtle (A. S.). Adrenalin in neurotic heart. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.) — L'adrénaline contre les névroses du cœur.

Panyrka (D.). Jednoduchá methoda ke krisení bezvedomych, zvláste pripadu lehcich. (*Sbornik klinicky*, V, 4.) — Un nouveau procédé pour le traitement de la syncope.

Peters. Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosierung inklusive Serum- und Organtherapie in alphabetischer Reihenfolge. 4e éd. In-12, 692 p. Vienne. — Les nouveaux remèdes et leur posologie.

Sharp (J. G.). The treatment of hypertrophic pharyngitis and laryngitis by the emanations from thorium nitrate. (*Lancet*, 23 avril.)

Tyson (J.). On the treatment of puerperal eclampsia. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, fév.)

Vires (J.). Traitement des épilepsies infectieuses. (*Montpellier méd.*, 3 et 10 janv.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Leduc (S.). Emploi thérapeutique des émanations radio-actives. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 avril.)

London (E. S.). Action des rayons du radium sur le sens de la vue. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 et 25 avril.)

Marquès (H.). Sur un nouveau mode de notation des réactions électriques. (*Montpellier méd.*, 14 fév.)

Morton (R.). Treatment by Röntgen and radium rays. (*Brit. Med. Journ.*, 23 avril.)

Rosenberg (J.). My experience with phototherapy; a preliminary report. (*New York Med. Journ.*, 23 avril.)

Shoemaker (J. V.). Electrolytic treatment of the prostate. (*Med. Bull.*, avril.)

Wigmore (A. W.). Some typical examples of Röntgen-ray and high-frequency treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 23 avril.)

BALNEOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Ambler (C. P.). When should the tuberculous patient be sent from home? (*New York Med. Journ.*, 2 avril) — Quand doit-on envoyer le phtisique faire une cure climatérique?

Galli (G.). Contributo all'influenza dell'altitudine sui malati di cuore. (*Riforma med.*, 23 mars.)

Laignel-Lavastine. Voyage d'études médicales : compte rendu du voyage de 1903 aux stations du sud-est de la France. In-8°, 152 p. avec fig.

Sohon (F.). Personal observations on the advantages of certain arctic localities in the treatment of tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 23 avril.)

BACTÉRIOLOGIE

Arloing (S.) et **Courmont** (P.). De l'agglutination comparée des différents bacilles tuberculeux en rapport avec l'origine des bacilles et des sérums. (*Lyon méd.*, 24 avril.)

Fiorani (P. L.). Alcune ricerche sulla flora bacterica delle glandole salivari. (*Riforma med.*, 9 mars.)

Giannettasio (N.). Per l'eziologia dei fibromiomi suppurati dell'utero. (*Riforma med.*, 23 mars.)

Leach (Mary F.). The chemistry of Bacillus coli communis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 avril.)

MacIntyre (D. R.). The intracellular toxin of Bacillus pyocyaneus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 avril.)

Stefanelli (P.) et **Cumbo** (E.). Ricerche batteriologiche in alcuni casi di febbre tifoide con speciale riguardo al reperto del bacillo tifico nelle orine. (*Riv. critica di clinica medica*, 12, 19 et 26 mars.)

Stevenson (W. C.). Differentiation of Bacillus typhosus and Bacillus coli communis by means of the photographic plate. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.)

Verney (L.). I germi patogeni ultramicroscopici. (*Policlinico*, 30 avril.)

Wheeler (M.). The action of mineral acid on the cellular substance of Bacillus typhosus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 avril.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Barbeau (A.). Une ville d'eaux anglaise au XVIIIe siècle : Bath. In-8°, 406 p. Londres.

Hopf (L.). Die Heilgötter und Heilstätten des Altertums; eine archäologisch-medizinische Studie. In-8°, 69 p. Tubingue. — Les dieux guérisseurs et les lieux de cure de l'antiquité.

McCrae (Th.). George Cheyne, an old London and Bath physician (1671-1743). (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.)

Morton (W. T. G.). The first use of ether as an anesthetic, at the battle of the Wilderness in the Civil War. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 avril.) — La première application de l'éther comme anesthésique, à la bataille de la Wilderness, pendant la guerre de Sécession.

GÉNÉRALITÉS

Bett (J.). Ueber Simulanten. (*Militärarzt*, 29 avril.)

Brunswic-Le Bihan. L'assistance médicale des indigènes de Tunisie et les auxiliaires médicaux. In-8°, 13 p. Tunis.

Dumas. Les étudiants en médecine et la loi de « deux ans ». (*Montpellier méd.*, 14 fév.)

Parisot (P.). Des divers modes d'assistance des vieillards. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars 1903 et 1er mai.)

Ruta (S.). Note ed appunti sulla organizzazione sanitaria civile e militare del Giappone. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, mars.)

24e ANNÉE. — N° 25. Vingt centimes le numéro. 22 JUIN 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Maillard est nommé, après concours, agrégé de chimie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs P.-A. Morel (*chimie*); Causse (*pharmacie*).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Gagnière est nommé, après concours, agrégé de physique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Laborde est nommé, après concours, agrégé de chimie.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Aloy est nommé, après concours, agrégé de chimie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Le Roy des Barres, chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis. — M. le docteur L. Niemilowicz, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur F. Savary Pearce, professeur de neurologie et de psychiatrie au Medico-Chirurgical College de Philadelphie. — MM. les docteurs Frederick C. Schaefer, ancien professeur d'anatomie, et Ralph N. Isham, ancien professeur de clinique chirurgicale au Northwestern University Medical School de Chicago.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Acher-Dubois (J.). La fréquence du pouls et l'élimination urinaire dans la fièvre typhoïde.

Astaouroff (Mme O.). Contribution à l'étude de l'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

Bardet (R.). Contribution à l'étude de la mort apparente des nouveau-nés : du rôle prépondérant des lésions du système cérébro-spinal dans l'étiologie et le pronostic de la mort apparente.

Bouygues (J.). Des fractures isolées de l'extrémité inférieure du cubitus.

Bregeon (H.). Sécrétine et entérokynase ; leur application au traitement de certains dyspeptiques; opothérapie intestinale.

Dupuy (P.). Le cœur dans le syndrome rhumatisme chronique primitif.

Ferreyrolles (P.). Les eaux de La Bourboule et leur action dans les dermatoses.

Guerin-Beaupré (F.). La pulpite et l'extraction indolore de la pulpe vivante par la cocaïne.

James (J.). Du traitement de l'éventration latérale post-opératoire.

Léo (G.) Contribution à l'étude du traitement chirurgical des plaies du cœur.

Letinois (A.). Essai sur les pleurésies métadiphtériques.

Levadoux (A.). De l'emploi de la voie soussymphysaire pour aborder l'urèthre et la vessie chez l'homme et la femme.

Naveau (H.). Des résultats fonctionnels défectueux de certaines gastro-entérostomies et des moyens d'y remédier.

Roche (Ch.). Contribution à l'étude des paralysies oculaires traumatiques d'origine orbitaire.

Saintignon (H.). Laënnec; sa vie et son œuvre.

Tridon (P.). De la surélévation congénitale de l'omoplate.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bayer (H.). Kritisches und Antikritisches zur Beckenlehre. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Le bassin au point de vue obstétrical.

Edinger (L.). Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen und der Tiere. I. Band : Das Zentralnervensystem des Menschen und der Säugetiere. 7e éd. In-8°, 398 p. avec fig. Leipzig. — Anatomie des centres nerveux chez l'homme et chez les mammifères.

Lodholz (E.). The skin; a study in elasticity. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.) — L'élasticité de la peau.

Poirier (P.) et **Charpy** (A.). Traité d'anatomie humaine. T. V, 2e fasc. In-8°, p. 721 à 1488, avec fig.

Voigt (J.). Zur Bildung der intervillösen Räume bei frühen Stadien von tubarer und intrauteriner Gravidität. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 3.) — Formation des espaces intervilleux au début de la grossesse tubaire et de la grossesse intra-utérine.

Wallich (V.). Les leucocytes dans le lait. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, avril.)

Wlassow (K.) et **Sepp** (E.). Zur Frage bezüglich der Bewegung und der Emigration der Lymphocyten des Blutes. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 2.) — Amiboïsme et migration des lymphocytes du sang.

PHYSIOLOGIE

Basch (S. R. von). Ein Apparat zum Messen des Venendrucks am Menschen. (*Wien. med. Presse*, 15 mai.) — Appareil pour la mesure de la pression veineuse chez l'homme.

Castex (E.). Recherches dynamométriques sur le membre supérieur chez les écoliers et les étudiants. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Dufourt (E.). Contribution à l'étude de l'influence des alcalins sur le métabolisme des albuminoïdes dans l'organisme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Frey (M. von). Vorlesungen über Physiologie. In-8°, 392 p. avec fig. Berlin. — Leçons de physiologie.

Goffe (J. R.). The physiological function of menstruation and the part played therein by the Fallopian tubes. (*Med. Record*, 7 mai.)

Hammarsten (O.). Lehrbuch der physiologischen Chemie. 5e éd. In-8°, 715 p. avec planche. Wiesbaden.

Kishi (K.). Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 2.) — Sur la physiologie du corps thyroïde.

Marage. Contribution à l'étude de l'audition. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Oliver (G.). On recent studies on the tissue-lymph circulation. (*Lancet*, 30 avril et 7 mai.)

Sakharov (N.). L'oxygène est-il indispensable à l'action des ferments hydrolytiques (en russe)? (*Roussk. Vratch*, 24 avril.)

Schemiakine (A.). L'excitabilité spécifique de la muqueuse du canal digestif; 7e mémoire. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 2.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Kaufmann (E.). Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 3e éd. In-8°, 1242 p. avec fig. Berlin.

Laignel-Lavastine et **Voisin** (R.). Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale des broncho-pneumoniques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Marchand (F.). Beitrag zur Kenntnis der normalen und pathologischen Histologie der Decidua. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Histologie normale et pathologique de la caduque.

Marchiafava (E.). Sopra la sclerosi delle arterie coronarie. (*Riv. critica di clinica medica*, 23 avril.)

Marx (H.). Komplizierte Fremdkörperperforation eines Traktionsdivertikels des Oesophagus. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mai.) — Perforation d'un diverticule de l'œsophage par un corps étranger.

Matsuoka. Beitrag zur Lehre von der fötalen Knochenerkrankung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 4-6.) — De l'ostéopathie fœtale.

Perrin de la Touche et **Dide** (M.). Contribution à l'étude anatomo-pathologique des thyroïdites chroniques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Nattan-Larrier (L.). La tuberculose mammaire; un procédé pour la recherche des bacilles tuberculeux. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Otz (V.). Experimentelle Untersuchungen zur Genese der Sternumfraktur bei Wirbelfrakturen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 4-6.) — Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fracture du sternum dans les fractures vertébrales.

Pearce (R. M.). Experimental pancreatitis, considered in its relation to the acute forms of pancreatitis in man. (*Albany Med. Ann.*, mai.)

Pugliese (A.). Recherches sur l'action physiologique des substances actives des organes et des tissus. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Remlinger et **Mustapha Effendi**. Deux cas de guérison de la rage expérimentale chez le chien. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Ribadeau-Dumas et **Lecène**. Note sur l'état du foie et de la rate après ligature du cholédoque chez le cobaye. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Austin (A. E.). The products of glycolysis in blood and other animal fluids. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Les produits de la glycolyse dans le sang et dans les autres humeurs organiques.

Dobrowolski (S.). O cytotoksynach lozyskowych. (*Ginekologia*, mars.) — Des cytotoxines placentaires.

Drucbert (J.). Sur le passage des microbes à travers les parois de l'intestin. (*Echo méd. du Nord*, 1er mai.)

Grube (K.). Ueber den Einfluss der Diät auf die Eiweissausscheidung bei den chronischen Nierenentzündungen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 mai.) — Influence du régime sur le taux de l'albuminurie dans les néphrites chroniques.

Henke (A.). Les propriétés bactéricides de la moelle osseuse et l'étiologie de l'ostéomyélite. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 2.)

Kyes (P.). Cobragift und Antitoxin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mai.) — Venin de cobra et antitoxine.

Leyden (E. von). Weitere Untersuchungen zur Frage der Krebsparasiten. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 4.) — Nouvelles recherches sur les parasites du cancer.

Mohr (L.). Ueber den Stoffzerfall im Fieber. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 3-4.) — La désassimilation dans la fièvre.

Morgenroth (J.). Untersuchungen über die Bindung von Diphtherietoxin und Antitoxin, sowie über die Constitution des Diphtheriegiftes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 mai.)

Opie (E. L.). The relation of leucocytes with eosinophile granulation to bacterial infection; preliminary publication. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.)

Simmonds (M.). An welchen Komplikationen sterben Krebskranke? (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 4.) — Quelles sont les complications dont meurent les cancéreux?

Smidt (H.). Beiträge zur Beurteilung der Tuberkulinreaktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.)

MÉDECINE

Ebbinghaus (H.). Zur Kasuistik der kongenitalen Herzfehler und deren möglichen Folgen. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.) — Malformation congénitale du cœur et ses suites éventuelles.

Fairbanks (A. W.). Hereditary œdema. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Favitzky (A.). Le cancer latent de l'estomac (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 avril.)

French (H.). Medical laboratory methods and tests. In-8°, 160 p. Londres.

Gilbert (A.) et **Weil** (P.-E.). Contribution à l'étude de la leucémie aiguë; 2e mémoire. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Hollis (A. W.). The diastolic murmur in diagnosis. (*Med. News*, 7 mai.) — Valeur diagnostique du souffle diastolique.

Joachim (G.). Ueber die Bedeutung des Nachweises von Blutspuren in den Fäces. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 mai.) — Valeur de la recherche du sang dans les fèces.

Korovitzky (K.). Valeur de l'examen du sang pour le diagnostic et le traitement des maladies (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 et 24 avril.)

Kramer-Petersen (H. M.). Et tilfælde af idiopatisk œsofagusdilatation. (*Ugeskrift for Læger*, 21 avril.)

Laache (S.). Om paralytiske tilstande i gastrointestinaltraktus, særlig den akute og subakute mavedilatation. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Des paralysies gastrointestinales, et notamment de la dilatation aiguë et subaiguë de l'estomac.

Lemoine. Du pneumothorax tuberculeux et de son pronostic. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Lotti (C.). Contributo alla citodiagnosi dei versamenti delle sierose. (*Riv. critica di clinica medica*, 30 avril.) — Cytodiagnostic des épanchements des séreuses.

Lourié (A.). Les altérations des globules rouges du sang en tant que signe précoce de l'intoxication saturnine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 avril.)

Mariani (F.). Sulle peritoniti. (*Policlinico*, partie méd., XI, 5.)

Moldavsky. Contribution à l'étude de la tétanie consécutive à la dilatation de l'estomac (en russe). (*Prakt. Vratch*, 10 avril.)

Schürmayer (B.). Neue Gesichtspunkte in der Diagnose und Therapie der Cholelithiasis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 7 mai.)

Weiss (J.). Ueber klinische Befunde beim chronischen Rheumatismus. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 7 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Anders (J. M.). The relation of typhoid fever to tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Aufrecht (E.). Ueber die Lungenschwindsucht. In-8°, 30 p. Magdebourg. — De la phtisie pulmonaire.

Behring (E. von). Tuberculoseentstehung, Tuberculosebekämpfung und Säuglingsernährung. In-8°, 138 p. Berlin. — Pathogénie de la tuberculose, lutte antituberculeuse et alimentation du nourrisson.

Benoît (F.). Une épidémie de peste à Blida en 1903; épidémie de maison. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, fév.)

Bettencourt (A.) et **França** (C.). Ueber die Meningitis cerebrospinalis epidemica und ihren specifischen Erreger. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 3.) — La méningite cérébro-spinale épidémique et son agent spécifique.

Bindi (F.). Emoglobinuria da chinino in infezione malarica a tipo quartanario. (*Policlinico*, 7 mai.)

Busquet (P.) et **Bichelonne** (H.). Sur un cas d'infection générale à gonocoque avec localisation secondaire. (*Rev. de méd.*, mai.)

Campos-Hugueney. Auréole et lymphangite vaccinales. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, janv.)

Coste (N.). Considérations sur la méningite cérébro-spinale. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, fév.)

De Korte (W. E.). Amaas, or Kaffir milk-pox. (*Lancet*, 7 mai.)

Faber (E.). Der Einfluss der Serumbehandlung auf die Diphtheriemortalität. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 5.) — Influence de la sérothérapie sur la mortalité par diphtérie.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Babes (V.). Ueber Gesichtsanomalien, welche eine Umwandlung der Extremitäten (Akrometagenese) zur Folge haben. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 mai.) — Sur certaines anomalies de la face avec lésions du côté des membres (acrométagenèse).

Borchard. Die Knochen- und Gelenkerkrankungen bei der Syringomyelie. (*Deutsche Zeitsch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4-6.) — Les ostéo-arthropathies de la syringomyélie.

Bresler (J.). Erbsyphilis und Nervensystem. In-8°, 141 p. Leipzig. — Syphilis héréditaire et système nerveux.

Carrière (G.). A propos de l'épilepsie tardive. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Chardon et **Raviart**. Hémorrhagie de l'ergot de Morand gauche au cours d'une fièvre typhoïde; déviation conjuguée de la tête et des yeux. (*Echo méd. du Nord*, 8 mai.)

Dana (Ch. L.). The partial passing of neurasthenia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 31 mars.)

Diller (Th.). Two fatal cases of Landry's paralysis, with autopsy findings in one of them. (*Amer. Medicine*, 7 mai.)

Edes (R. T.). The relation of some special causes to the development of neurasthenia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 3 mars.)

Favre (Ch.). Sur un cas d'acromégalie avec hypertrophie du corps pituitaire et diabète concomitant. (*Loire méd.*, mai.)

Gordon (A.). Juvenile tabes, with a case of tabetic symptoms in a girl aged 17 years, who presented from infancy a brachial monoplegia, probably of poliomyelitic origin. (*New York Med. Journ.*, 7 mai.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Adamson (H. G.). A case of impetigo circinata with bullous lesions on the hands and feet, and subsequent infection of the nail-matrices. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mai.)

Alexander (A.). Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie der Folliclis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 1.)

Bettmann. Ueber akneartige Formen der Hauttuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 avril et 5 mai.) — Types acnéiformes de tuberculose cutanée.

Bunch (J. L.). Case of syphilitic pseudo-contracture of the biceps. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mai.)

Calvert (W. J.). Icterus in secondary syphilis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Diatchkov (N.). Contribution à l'étude du chancre induré non accompagné d'adénite (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3 avril.)

Einis (L.). Ueber einen Fall von Eczema reflexum sive neuroticum in Kombination mit Urticaria. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 16 mai.)

Fox (T. C.). Note on a small outbreak of Tinea trichophytina cruris. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mai.)

Haslund (A.). Phlebitis syphilitica i extremiteternes subkutane vener under det sekundære stadium. (*Hospitalstidende*, 30 mars et 6 avril.)

Hébert (A.). Erythèmes dus à la vaccine. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 mai.)

Joseph (M.). Ueber die Rhodanausscheidung im Speichel Syphilitischer. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 1.) — L'élimination du sulfocyanure par la salive chez les syphilitiques.

PARASITOLOGIE

Askanazy (M.). Die Aetiologie und Pathologie der Katzenegelerkrankung des Menschen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mai.) — Etiologie et pathologie de la maladie due à la présence du *Distomum felineum* chez l'homme.

Cranwell (D. J.). La actinomicosis en la República Argentina. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Miyake (H.). Beiträge zur Kenntnis des Bothriocephalus liguloides. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 2.)

Panse. Trypanosoma Theileri (?) in Deutsch-Ostafrika. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 3.)

Thomas (H. W.) et **Linton** (S. F.). A comparison of the animal reactions of the trypanosomes of Uganda and Congo Free State sleeping sickness with those of Trypanosoma gambiense (Dutton); a preliminary report. (*Lancet*, 14 mai.) — Etude comparée des réactions biologiques des trypanosomes de la maladie du sommeil dans l'Ouganda et dans l'Etat indépendant du Congo et du *Trypanosoma gambiense*.

CHIRURGIE

Alt (F.). Operative Eingriffe in der hinteren Schädelgrube. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 mai.) — Des interventions chirurgicales sur la fosse occipitale.

Arrizabalaga (G.). Aneurisma arteriovenoso popliteo por herida de bala; cuádruple ligadura; curación. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.) — Anévrysme artérioveineux poplité par coup de feu; quadruple ligature; guérison.

Atwood (C. A.). A case of traumatic cerebral hemorrhage. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 mars.)

Barling (G.). On gastro-jejunostomy for pyloric stenosis, gastric ulcer and some other non-malignant conditions. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.)

Behr (M.). Ein Fall von Tuberkulose des Wurmfortsatzes. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 2.) — Tuberculose appendiculaire.

Beyer (C.). Das Zusammentreffen von Gallensteinkolik und Leberechinokokkus; 1. Mitteilung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 1-3.) — Coexistence de coliques hépatiques et de kystes hydatiques.

Blau (O.). 15 Kahnbeinbrüche (Fractura ossis navicularis carpi). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 4-6.)

Brehm (O.). Resultate bei den penetrierenden Bauchverletzungen des Friedens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — Résultats du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen en temps de paix.

Brook (W. F.). On congenital hour-glass stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.) — Estomac en sablier congénital.

Brousse. Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu (revolver calibre 42); laparotomie; décès. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, fév.)

Bunts (F. E.). Parotitis complicating appendicitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Burgos. Cerclage sem rotula. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 avril.)

Clark (A.). A case of strangulated femoral hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.)

Codman (E. A.). Some points on the diagnosis and treatment of certain neglected minor surgical lesions. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 7 avril.)

Cordier (A. H.). Gallstones in the common duct. (*Med. Record*, 7 mai.) — Calculs du canal cholédoque.

Corneloup. Sur un cas d'angiome caverneux du vaste interne. (*Lyon méd.*, 15 mai.)

Corner (E. M.). Thrombosis and acute gangrene in strangulated herniæ. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Cros (L.). Utilisation de la bretelle de suspension [du ceinturon] pour immobiliser le membre supérieur. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, janv.)

Cumming (R.) et **Beattie** (J. M.). Lacerated wound of the heart. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.) — Déchirure traumatique du cœur.

Cumston (Ch. G.). Dentigerous cysts. (*Med. Record*, 7 mai.)

Delabost (M.). Emploi de l'oxygène dans la thérapeutique chirurgicale. (*Normandie méd.*, 1er mai.)

Dérémaux et **Minet** (J.). L'albuminurie post-chloroformique; quelques recherches cliniques faites à la clinique chirurgicale de la Charité. (*Echo méd. du Nord*, 8 mai.)

Duval (P.) et **Lenormant** (Ch.). Rectoplicature antérieure et myorrhaphie des releveurs de l'anus dans le traitement du prolapsus rectal. (*Rev. de chir.*, mai.)

Elder (J. M.). Acute intestinal obstruction caused by syphilitic ulceration in the ileum. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.)

Escalier (J. M.). Diagnóstico de los quistes hidatídicos del cerebro. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Faulkner (W. E.). Report on blood-pressure observations at the Boston City Hospital. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 10 mars.) — Observations sur la pression sanguine, recueillies au *City Hospital* de Boston.

Federmann (A.). Ueber Perityphlitis, mit besonderer Berücksichtigung der Leukocytose: Begrenzte eiterige Peritonitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 2.) — La péritonite purulente enkystée d'origine appendiculaire.

Fullerton (A.). A foreign body impacted for seven months in the œsophagus. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.) — Corps étranger enclavé dans l'œsophage pendant sept mois.

Gant (S. G.). Die Krankheiten des Mastdarms und des Afters. (Trad. de l'anglais par A. Rose.) T. Ier. In-8°, 470 p. avec fig. Munich. — Les maladies du rectum et de l'anus.

Goldthwait (J. E.). Infectious arthritis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 7 avril.)

Gorokhov (D.). La lutte contre la tuberculose chirurgicale (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 et 10 avril.)

Hagentorn (A.). Ueber einen Fall elephantiastischer Verdickung des Unterschenkels mit diffuser Knoten- und Warzenbildung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.) — Elephantiasis de la jambe.

Hall (J. B.). A case of dermoid cyst of the mesentery. (*Lancet*, 14 mai.)

Helbing (C.). Die Behandlung der koxitischen Hüftgelenkskontrakturen durch Osteotomie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mai.) — L'ostéotomie contre les contractures de la coxalgie.

Herrenknecht (W.). Ueber Aethylchlorid und Aethylchloridnarkose. In-8°, 48 p. avec fig. Leipzig.

Hertle (J.). Ueber einen Fall von temporärer Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher zum Zwecke der Entfernung eines grossen Nasenrachenfibromes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — Résection ostéoplastique temporaire des deux mâchoires supérieures par le procédé de Kocher, en vue de l'ablation d'un volumineux polype nasopharyngien.

Péraire (M.). Lipomatose symétrique des membres avec lipome sus-épitrochléen douloureux; ablation; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

UROLOGIE

Bloch (R.). Ueber eigentliche Hauttuberkulose (Tuberculum cutis propria Kaposi) des Penis bei Urogenitaltuberkulose, nebst einigen Bemerkungen über verschiedene Formen von Periurethritis. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 avril, 5 et 12 mai.) — Tuberculose cutanée de la verge au cours des tuberculoses génito-urinaires; remarques sur quelques formes de péri-uréthrite.

Englisch (J.). Isolirte Entzündung der Blasendivertikel und Perforationsperitonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — Inflammation circonscrite des diverticules de la vessie et péritonite par perforation.

Friedrich (P. L.). Operative Behandlung der Wanderniere. (*Arch. f Gynäkol.*, LXXII.) — Traitement chirurgical du rein flottant.

Goldmann (E.). Zur Frage der cerebralen Blasenstörungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 1.) — Des troubles vésicaux d'origine cérébrale.

Hofmann (A.). Ueber einen Fall von primärem Nierencarcinom. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 4.) — Cancer primitif du rein.

Krönig. Beitrag zur Ureterenchirurgie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.)

Newman (D.). Decapsulation of the kidney for the treatment of albuminuria. (*Brit. Med. Journ.*, 30 avril.) — Traitement de l'albuminurie par la décapsulation du rein.

Stenczel (A.). Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Phimose. (*Militärarzt*, 29 avril.)

Wildbolz (H.). Ueber doppelseitige, cystenartige Erweiterung des vesicalen Ureterendes. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 4.) — Dilatation kystique bilatérale de l'extrémité vésicale de l'uretère.

OPHTALMOLOGIE

Dansan. Epithélioma de la conjonctive et de la cornée; action comparée du traitement par le bistouri employé seul et par le bistouri suivi d'une cautérisation au thermocautère. (*Montpellier méd.*, 3 avril.)

Evans (J. J.). Neuro-retinitis in chlorosis. (*Lancet*, 14 mai.)

Holth (S.). Om hornhindetatoveringens teknik. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Technique du tatouage de la cornée.

Kilburn (H. W.). Eye strain considered as a factor in the production of lateral curvature of the spine; preliminary communication. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 mars.) — L'asthénopie comme facteur étiologique de la scoliose vertébrale.

Landolt (E.). Die Untersuchungsmethoden. 2e éd. In-8°, 811 p. avec fig. Leipzig. — Les procédés d'examen [ophtalmologique].

Mazet. Kératectomie avec doublure conjonctivale; prothèse oculaire. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld et **Aschoff**. Neue Beiträge zur Genese der Placenta praevia. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 3.)

Bjerregaard (P. Ch.). Aeter som obstetrisk narkotikum. (*Hospitalstidende*, 16 mars.)

Bröse (P.). Ueber die Wendung bei Erstgebärenden mit engem (plattem) Becken und die Anwendung eines neuen Handgriffes bei schweren Wendungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 3.) — La version chez les primipares à bassin rétréci (aplati); manœuvre nouvelle facilitant les versions difficiles.

D'Erchia (F.). Ueber das physiologische Verhalten des unteren Uterinsegmentes während der Geburt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 mai.) — Le segment inférieur de l'utérus dans l'accouchement normal.

Döderlein (A.). Ueber alte und neue beckenerweiternde Operationen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Procédés anciens et récents de pelvitomie.

Fehling (H.). Zur geburtshülflichen Therapie der im kleinen Becken eingeklemmten Tumoren. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Traitement de la dystocie due à la présence de tumeurs enclavées dans l'excavation pelvienne.

Franze (K.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Extrauteringravidität mit lebendem Kinde. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 mai.) — Grossesse extra-utérine avec enfant vivant.

Füth (H.). Ueber das Vordringen des Chorion læve in die Tubenschleimhaut, nebst Bemerkungen über die tubare Eieinbettung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Pénétration du chorion dans la muqueuse de la trompe.

Gilman (W. R.). The use of obstetric forceps. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 fév.)

Gräfe (M.). Zwei Fälle von Endo- beziehungsweise Perithelioma ovarii und ein Fall von Endothelioma der Portio vaginalis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.)

Helme (T. A.). A suggestion for the treatment of puerperal convulsions by spinal subarachnoid puncture. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mai.) — La ponction lombaire contre l'éclampsie puerpérale.

Hennig (C.). Der heutige Stand der Lehre von der Metritis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Etat actuel de nos connaissances relatives à la métrite.

Hohmeier. Ueber einen vaginal ausmündenden überzähligen Ureter und dessen operative Behandlung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 3.) — Uretère surnuméraire à embouchure vaginale; traitement chirurgical.

Hönck (E.). Ueber einen seltenen Fall von Gebärmutterzerreissung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.) — Rupture de l'utérus.

Jonnesco (Th.). Prolapsus complet de l'utérus; hernie crurale droite réductible; hystérectomie abdominale totale; cure radicale de la hernie crurale par la voie abdominale; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

Kantorowicz (L.). Eierstockschwangerschaft. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 370.) — Grossesse ovarienne.

Knapp (L.). Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Uterus-Myome. (*Berlin. Klinik*, mai.) — Etat actuel de la question du traitement des fibromyomes de l'utérus.

Kouznetzky. Cancer des deux ovaires chez une fillette de quatorze ans; opération; guérison sans récidive. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mars.)

Krömer. Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 mai.) — Faut-il, en cas d'éclampsie, donner la préférence à l'accouchement provoqué ou à l'accouchement forcé?

Kynoch (J. A. C.). A case of cæsarean section for contracted pelvis. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Laroyenne (L.). Imperforation de l'hymen; pyocolpos fermé. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, avril.)

Lemaire. Persistance de l'hymen chez une primipare en travail. (*Normandie méd.*, 1er mai.)

PÉDIATRIE

Baumel (L.). Contribution à l'étude du diabète insipide chez l'enfant. (*Montpellier méd.*, 8 mai.)

Biernacki (J.) et **Muir** (J. C.). Intubation in laryngeal diphtheria. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mai.)

Campana (Mlle R.) et **Codet-Boisse**. Abcès de fixation dans quelques cas de bronchopneumonie grave chez de jeunes enfants. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 et 15 mai.)

Cleveland (A. J.). Case of congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.)

Demay de Certant (M.). Laryngite morbilleuse; tirage intense ayant duré quatorze jours; traitement médical; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 mai.)

Dörnberger (E.). Pneumonie, Meningismus und Aphasie. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mai.)

Gaudier (H.). Volumineuse tumeur du scrotum chez un enfant (lymphangiome polykystique). (*Echo méd. du Nord*, 1er mai.)

Grancher (J.) et **Comby** (J.). Traité des maladies de l'enfance. 2e éd. T. III. In-8°, 1001 p. avec fig.

Istomine (P.). Du croup primitif non diphtérique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 8.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bezdek (H.). Ein Fall von Tonsilla pendula. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 mai.)

Botey (R.). La laringoscopia, traqueoscopia, broncoscopia y esofagoscopia directas en la extracción de los cuerpos extraños. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, janv.-fév. et mars-avril.)

Escat (E.). De l'emploi de l'adrénaline dans les anesthésies difficiles du larynx. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Ferreri (G.). Thérapeutique des sténoses laryngo-trachéales chroniques. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Gellé (G.). Cranio-hydrorrhée d'origine traumatique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Girmounsky (M.). Contribution à l'étude des otolithes (en russe). (*Prakt. Vratch*, 24 avril.)

Jacquet (L.). Coryza chez un albuminurique; obstruction nasale prolongée; influence favorable de l'hypochloruration. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Koschier (H.). Zur operativen Behandlung des Larynxkarzinoms. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 et 12 mai.) — Sur le traitement chirurgical du cancer du larynx.

HYGIÈNE

Bissell (W. G.). The bacterial examination of 104 samples of water, together with a detailed study of the colon bacillus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — L'examen bactériologique de 104 échantillons d'eau [potable], avec une étude détaillée du colibacille.

Bonhoff (H.). Ueber einige neuere Untersuchungen auf dem Gebiete der Formaldehyddesinfection. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mai.) — De quelques recherches récentes sur la désinfection par l'aldéhyde formique.

Delépine (Sh.). Report upon an alleged effluvium nuisance attributed to the use of yeast in a tannery and upon an outbreak of diphtheria. In-8°, 32 p. Manchester. Sherratt et Hughes. — Emanations attribuées à l'emploi de levure dans une tannerie et apparition d'une épidémie de diphtérie.

Duclaux (E.). Etudes d'hydrographie souterraine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août, oct. et déc. 1903; fév., mars et avril.)

Frottier. Hospitalisation des tuberculeux; le rôle de l'hôpital dans la lutte antituberculeuse. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 mai.)

Godinho (V.). A tuberculose sob o ponto de vista social. (*Rev. méd. de S. Paulo*, 29 fév.)

Huber (J. B.). The prevention of disease. (*Med. Record*, 7 mai.) — La prophylaxie des maladies.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Baranov (N.). Les injections sous-cutanées de cocaïne contre les vomissements incoercibles de la grossesse (en russe). (*Prakt. Vratch*, 17 avril.)

Bassewitz (E. von). Die moderne Therapie des Ophidismus in Brasilien. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mai.)

Bauermeister (W.). Ueber Insektenstich-Ikterus, nebst Beiträgen zur Therapie der Gallenstein-Krankheiten. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — L'ictère consécutif aux piqûres d'insecte; le traitement de la lithiase biliaire.

Britto (V. de). Contribuição ao estudo do tratamento do cancro. (*Brazil-medico*, 8 et 15 avril.)

Cairns (L.). Beobachtungen über die Behandlung der Bubonenpest mittels intravenöser Anwendung von Yersin's Serum. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Remarques sur le traitement de la peste bubonique par les injections intraveineuses de sérum d'Yersin.

Croftan (A. C.). Preliminary note concerning the reduction of diabetic glycosuria with pancreas-hæmoglobin-muscle extracts. (*New York Med. Journ.*, 7 mai.)

Donadieu-Lavit. Du traitement mercuriel intensif dans le tabes spécifique. (*Montpellier méd.*, 24 avril, 1er et 8 mai.)

24e ANNÉE. — N° 26. Vingt centimes le numéro. 29 JUIN 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Branca est nommé, après concours, agrégé d'anatomie.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Gautrelet est nommé, après concours, agrégé de physiologie.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Ch. Dubois est nommé, après concours, agrégé de physiologie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Ancel (*anatomie*); Neveu-Lemaire (*histoire naturelle*).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur E.-C. Grynfeltt est nommé, après concours, agrégé d'anatomie.

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés agrégés, après concours : MM. les docteurs Weber (*anatomie*); Mathieu (*physiologie*).

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Dieulafé est nommé, après concours, agrégé d'anatomie.

VARIA

Congrès français de chirurgie en 1904.

La dix-septième session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris le 17 octobre 1904. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° *Traitement chirurgical de la cirrhose du foie ;*
2° *Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie ;*
3° *Décollement traumatique des épiphyses.*

NÉCROLOGIE

M. le docteur A.-E. Mordret (du Mans), correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Giovanni M. Fiori, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Sassari. — M. le docteur Charles Kelly, ancien professeur d'hygiène à King's College de Londres. — M. le docteur João Pizarro Gabizo, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Sehrt (E.). Zur Fermentwirkung des Mumienmuskels. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mai.) — Sur la réaction de fermentation des muscles de momie.

Spiethoff (B.). Ueber das Vorkommen von Albumosen im tuberkulösen Käse. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 14 mai.) — Présence d'albumose dans le caséum tuberculeux.

Tomlinson (H. A.). The significance of parenchymatous change in the kidneys. (*New York Med. Journ.*, 7 mai.) — Les lésions parenchymateuses du rein.

Tschistowitsch (Th.) et **Akimow-Peretz** (K.). Amyloider Tumor der Retroperitonealdrüsen. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 2.) — Tumeur amyloïde des ganglions rétropéritonéaux.

Wells (H. G.) et **Scott** (L. O.). Zur pathologischen Anatomie des Paratyphus. (*Allg. militärärztl. Ztg.*, 8 mai.)

Westenhöffer. Kritisches zur Frage der « gangrène foudroyante » und der Schaumorgane. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 2.) — Gangrène foudroyante et septicémie gazeuse.

Zappert (J.). Ueber das Auftreten von Fettsubstanzen im embryonalen und kindlichen Rückenmark; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 mai.) — Présence de granulations graisseuses dans la moelle de l'embryon et de l'enfant.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Roger (H.) et **Weil** (P.-E.). Contribution à l'étude des adénomes; une nouvelle saccharomycose expérimentale chez le lapin. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Salvioli (I.). Contributo allo studio delle trasfusioni sanguigne : come si comportano i cani ai quali venga trasfuso sangue eterogeneo; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mai.)

Sato (T.). Experimentelle Studie über Enteroanastomose respective Gastroenteroanastomose ohne operative Eröffnung des Darmlumens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — Recherches expérimentales sur l'entéro-anastomose et la gastro-entérostomie sans ouverture de l'intestin.

Vigliani (R.). Contributo alla conoscenza delle alterazioni di alcuni organi nell'avvelenamento da florizina. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mai.)

Wadsworth (A.). Experimental studies on the etiology of acute pneumonitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Zakoussov (V.). Contribution à l'étude de l'action des poisons sur les vaisseaux des reins isolés (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 avril.)

MÉDECINE

Pearson (S. V.). Abdominal pain in acute rheumatism. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mai.) — La douleur abdominale dans le rhumatisme aigu.

Rankin (G.). Arterial degeneration. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Rebaudi (S.). Le curve renali nel diabete insipido. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mai.)

Reinhard. Zur Kasuistik des chronischen kontinuierlichen Magensaftflusses. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mai.) — Gastrosucorrhée chronique.

Sabrazès (J.) et **Cauvin** (P.-R.). Note sur l'hématologie des affections du foie et de la maladie de Banti. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 mai.)

Schattenstein (I.). Pneumothorax primitif spontané (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 24 avril.)

Schmidt (A.). Die Funktionsprüfung des Darmes mittels der Probekost, ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis und ihre diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse. In-8°, 63 p. avec planche. Wiesbaden. — L'examen fonctionnel de l'intestin par le repas d'épreuve.

Schott. Ueber Hämoglobin-Untersuchungen in Fällen von chronischen Herzkrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mai.) — Recherches relatives à l'hémoglobine dans les affections chroniques du cœur.

Schwalbe (J.). Grundriss der praktischen Medizin, mit Einschluss der Gynäkologie, der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 3e éd. In-8°, 570 p. avec fig. Stuttgart. — Eléments de médecine pratique.

Siegel (M.). Zur Frage des Hydrothorax e vacuo. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 mai.)

Teissier (J.) et **Courmont** (P.). Elimination des chlorures et perméabilité rénale dans un cas de néphrite interstitielle (diabète insipide hyperchlorurique). (*Lyon méd.*, 8 mai.)

Titov (N.). Sur quelques conditions mécaniques de la formation du thrombus dans l'anévrysme de l'aorte ascendante et de la crosse aortique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 20 et 27 mars et 3 avril.)

Ury (H.). Ueber den quantitativen Nachweis von Fäulnis- und Gährungsprodukten in den Fäzes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mai.) — Dosage des produits de la putréfaction et de la fermentation dans les fèces.

MALADIES INFECTIEUSES

Faber (K.). Et tilfælde af kronisk tropediarré («sprue») med anatomisk undersögelse af fordöjelseskanalen. (*Hospitalstidende*, 23 mars.) — Diarrhée tropicale chronique avec examen anatomique du tube digestif.

Heller (A.). Beiträge zur Tuberculose-Frage. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 mai.)

Martini (E.). Symptome, Wesen und Behandlung der Malaria (Wechselfieber). In-8°, 39 p. avec fig. Berlin.

Mouisset (F.) et **Bonnamour** (S.). Du foie des tuberculeux. (*Rev. de méd.*, mai.)

Neufeld (L.). Ueber chronische Diphtherie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 mai.)

Prinzing (F.). Die Verbreitung der Tuberculose in den europäischen Staaten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 3.) — La diffusion de la tuberculose parmi les différentes nations d'Europe.

Stein (P.). Alcoholismus und Tuberculose. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 et 15 mai.)

Sylvester (Ch. P.). Typhoid fever in infancy, with report of a case complicated with meningitis terminating in recovery. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 mars.) — Fièvre typhoïde chez un enfant, compliquée de méningite; guérison.

Tchekhovitch. Contribution à l'étude des méningites grippales (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 avril.)

Tchérepnine (S.). De la tension sanguine dans la scarlatine (en russe). (*Prakt. Vratch*, 17 avril.)

Titi (A.). Essai étiologique et pathogénique sur la tuberculose. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

Williams (S. L.). Report of a case of scarlet fever, with a brief history of the origin. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, mai.)

CHIRURGIE

Brüning (A.). Beitrag zur Lehre von der blutigen Reposition veralteter Hüftluxationen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 4-6.) — Sur la réduction sanglante des luxations anciennes de la hanche.

Hildebrandt. Ueber diabetische Extremitätengangrän. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 4-6.)

Hofmann (C.). Zur Radikaloperation der Leistenhernien mittels der Peritonealverschlussmethode. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 14 mai.) — Le procédé de l'occlusion péritonéale dans la cure radicale des hernies inguinales.

Höpfl (A.). Beitrag zur Appendicitisfrage auf Grund von 114 Operationsfällen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — Le traitement de l'appendicite, d'après 114 cas d'intervention chirurgicale.

Isambert et **Petit** (J.-H.). Blessure de l'artère fémorale gauche par une pointe de couteau; anévrysme faux consécutif; ligature; guérison. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, fév.)

Jeltonojsky (T.). Contribution à l'étude du *circulus vitiosus* en cas de gastro-entérostomie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 10 avril.)

Jonnesco (Th.). De la résection du sympathique cervical dans la maladie de Basedow. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, nov. 1903-fév.)

Kappeler (O.). Stichschnittwunde des linken Vorhofs; Herznaht; Heilung. (*Deutsche Zeitsch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4-6.) — Plaie de l'oreillette gauche par un instrument piquant et tranchant; suture du cœur; guérison.

Keen (W. W.). Enormous mixed tumour of the parotid region, reaching to the clavicle and weighing about seven pounds; operation; recovery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 avril.) — Enorme tumeur mixte de la région parotidienne, descendant jusqu'à la clavicule et pesant plus de 3 kilogrammes; opération; guérison.

Koropovsky (P.). Résection partielle du foie d'après le procédé de Pensky et Kouznetzov (en russe). (*Prakt. Vratch*, 10 avril.)

Kreutzmann (H.). Ein kleines Hilfsmittel, das Zurücklassen von Tüchern in der Bauchhöhle nach Operationen zu vermeiden. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 mai.) — Procédé en vue de prévenir l'abandon de compresses dans l'abdomen au cours de la laparotomie.

Lauper. Ueber Refractura patellæ. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mai.)

Lexer (E.). Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. T. Ier. In-8°, 388 p. avec fig. Stuttgart. — Traité de chirurgie générale.

Lichtenstein. Zur Behandlung der Paratyphlitis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 14 mai.) — Le traitement de la paratyphlite.

Mayo (W. J.). Some observations on the surgery of the common duct of the liver. (*Med. Record*, 30 avril.) — Chirurgie du canal cholédoque.

Mikulicz (J. von) et **Tomasczewski** (Mme V.). Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. 2e éd. In-8°, XLII-107 p. avec fig. Iéna. — La gymnastique orthopédique contre les déviations rachidiennes et les attitudes vicieuses.

Miyake (H.). Beiträge zur Kenntnis der sogenannten Myositis infectiosa. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 2.)

Monprofit (A.). Un nouveau procédé de résection du gros intestin. (*Arch. provinc. de chir.*, mars.)

Morkowitin (A. P.). Ueber die Deformirung der Panzerkugel des russischen 3-Linien-Gewehres. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — Sur la déformation de la balle du fusil de guerre russe.

ANNÉE 1903

Nous donnons ci-dessous les indications bibliographiques se rapportant à l'année écoulée, et qui ne sont parvenues à notre connaissance qu'après l'impression de notre dernier bulletin bibliographique de 1903.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Cascella (F.). Sul peso del cervelletto nell'uomo. (*Nuovo raccoglitore med.*, nov.-déc.) — Sur le poids du cervelet de l'homme.

Le Double (A. F.). Traité des variations des os du crâne de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique. In-8°, 407 p. avec fig.

Riche (A.) et **Halphen** (G.). Contribution à l'étude des teintures histologiques à l'acide carminique et au carmin. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Richer (P.). Du rôle de l'anatomie dans l'art. In-8°, 25 p.

Segale (M.). Ricerche col metodo biologico sulla presenza dell' arsenico nei tessuti normali. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 4.)

Toldt (C.) et **Dalla Rosa** (A.). An atlas of human anatomy. (Ed. anglaise par E. Paul.) 1er fasc. In-8°, 160 p. avec planches. Londres.

PHYSIOLOGIE

Bayon (P. G.). Leukocyten und Blutgerinnung. (*Zeitsch. f. Biol.*, XLV, 2.) — Leucocytes et coagulation du sang.

Capriati (V.). Sul tempo di reazione agli stimoli elettro-cutanei di intensità progressivamente crescente. (*Ann. di nevrologia*, XXI, 5-6.)

Hermann (L.). Jahresbericht über die Fortschritte der Physiologie (Jahrgang 1902). T. XI. In-8°, 341 p. Stuttgart. — Compte rendu des travaux de physiologie publiés en 1902.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bajardi (D.). Contributo all'anatomia patologica della linfo-adenite cronica semplice. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 4.)

Billings (F.). The changes in the spinal cord and medulla in pernicious anæmia. In-8°, 41 p. avec planches. Boston. — Les lésions de la moelle et du bulbe dans l'anémie pernicieuse.

Cornil (V.) et **Morestin**. Amincissement progressif, par ostéite raréfiante, de l'extrémité des moignons d'amputation chez les enfants et les adolescents. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Daniels (C. W.). Laboratory studies in tropical medicine. In-8°, 384 p. Londres.

Eccles (W. McAdam). The imperfectly descended testis; its anatomy, physiology and pathology. In-8°, 140 p. avec fig. Londres.

Herbet (H.). Ostéomes des muscles obturateur interne et pyramidal du bassin. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Herbet (H.). Exostoses du fémur et ossification partielle du muscle crural. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Laignel-Lavastine. Tubercules de la moelle épinière. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Lœper (M.) et **Crouzon** (O.). Autopsie d'un cas de maladie d'Addison traité par l'adrénaline. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Nattan-Larrier (L.). Tuberculose primitive du cæcum (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Polignani (L.). Reperto anatomo-patologico post mortem in una inferma affetta da vasto carcinoma del sacco lagrimale e con diffusione alle parti prossime. In-8°, 11 p. avec planches. Naples.

Warthin (A. S.). On the development of hemolymph nodes in adipose tissue. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, déc.) — Formation de nodules hémolymphatiques dans le tissu adipeux.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Baroncini (L.) et **Giacometti** (M.). Ricerche sul siero neurotossico. (*Nuovo raccoglitore med.*, nov.-déc.)

Bayon (P. G.). Erneute Versuche über den Einfluss des Schilddrüsenverlustes und der Schilddrüsenfütterung auf die Heilung von Knochenbrüchen. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Nouvelles recherches relatives à l'influence de la thyroïdectomie ainsi qu'à celle de l'opothérapie thyroïdienne sur la consolidation des fractures.

Breuer (R.) et **Seiller** (R. von). Ueber den Einfluss der Kastration auf den Blutbefund weiblicher Tiere. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, L, 3-4.) — Influence de la castration sur la composition du sang chez les femelles d'animaux.

Tria (G.) et **D'Errico** (G.). La dieta ipoclorurata nella terapia iodica; ricerche sperimentali. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 30 avril.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Dalencour (F.). La lésion anatomique et le trouble fonctionnel; une page de philosophie médicale. In-8°, 60 p. Port-au-Prince.

Kucharzewski (H.). O wplywie jadów (toksyn) bloniczego i tezcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobine i ciezar gatunkowy krwi. In-8°, 124 p. Varsovie. — Influence des toxines diphtérique et tétanique sur les modifications morphologiques, sur l'hémoglobine et sur le poids spécifique du sang.

Ritter (G.). Die Entstehung der entzündlichen Hyperämie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — La pathogénie de l'hyperémie inflammatoire.

Sabrazès Action de diverses substances sur les crachats des tuberculeux cavitaires, des pneumoniques et des asthmatiques emphysémateux et bronchitiques. In-8°, 16 p. Bordeaux.

MÉDECINE

Bottentuit. Etiologia y tratamiento de la colitis mucomembranosa. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Drjévetzky (A.). Un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, déc.)

Galvagni (E.). Un caso di tumore caseoso delle glandole retroperitoneali. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juillet.)

Köster (H.). Die Diät bei der Nephritis. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 4.) — Le régime des brightiques.

Lützhöft (F.). Et tilfælde af medfödt morfinisme. (*Hospitalstidende*, 9 déc.) — Un cas de morphinisme congénital.

Maladies professionnelles; étude technique sur leur assimilation aux accidents du travail. (Publication du ministère [français] du commerce et de l'industrie.) In-8°, 146 p.

Micheli (F.). Anemia grave e pseudo-leucemia plasmacellulare. (*Arch. per le scienze med.*, XXVII, 4.)

Muniagurria (C.). Los edemas idiopáticos. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Oerum (H. P. T.). Die Untersuchung des Magensaftes und ihre Bedeutung, illustriert durch 600 Fälle. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 4.) — Analyse du suc gastrique et valeur de ce procédé d'après 600 cas.

Recueil des travaux de la Société de médecine du Loiret (année 1903, 1er semestre). In-8°, 106 p. Orléans.

Rubinato (G.). Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico sui tumori primitivi del pancreas. (*Riv. critica di clinica medica*, 14, 21 et 28 nov.)

Stein (I.). Ueber Herzschwäche bei Mitralfehlern. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 3 et 4.) — L'asystolie dans les lésions mitrales.

Tarchetti (C.) et **Rossi** (A.). Sul valore della citodiagnosi. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Topalov (S.). De la valeur pratique du cytodiagnostic dans les pleurésies avec épanchement (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, déc.)

MALADIES INFECTIEUSES

Abate (C.). La tubercolosi. In-8°, 171 p. Catane.

Caziot. La tuberculose à l'orphelinat Hériot; un sanatorium militaire. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, déc.)

D'Amato (L.). Sulla etiologia della rabbia. In-8°, 6 p. Padoue.

Illman (G. M.). Report of a case of hydrophobia, with autopsy. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, déc.) — Un cas de rage avec autopsie.

Malgat (J.). La cure solaire de la tuberculose pulmonaire à Nice. In-8°, 118 p. avec graphiques. Nice.

Schüder. Die Tollwut in Deutschland und ihre Bekämpfung. In-8°, 112 p. avec cartes. Hambourg. — La rage en Allemagne et la lutte antirabique.

Vianna (R.). Colibacillose. (*Gac. med. da Bahia*, déc.)

Warfield (L. M.). A mild case of acute dysentery yielding Bacillus dysenteriæ (Shiga) in large numbers. (*Bull. of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hosp.*, 1.) — Un cas bénin de dysenterie aiguë avec nombreux bacilles de Shiga.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Acquaderni (A.). Contributo casistico alla sclerosi a placche infantile. (*Nuovo raccoglitore med.*, nov.-déc.)

Bayon (G. P.). Beitrag zur Diagnose und Lehre vom Cretinismus, unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose mit anderen Formen von Zwergwuchs und Schwachsinn. In-8°, 120 p. Wurtzbourg. A. Stuber. — Diagnostic et pathogénie du crétinisme.

Del Piano (A.). Contributo clinico allo studio della malattia di Friedreich. (*Nuovo raccoglitore med.*, nov.-déc.)

Morselli (A.). La tubercolosi nella etiologia e patogenesi delle malattie nervose e mentali; studio critico e sperimentale. In-8°, 104 p. avec fig. Gênes.

Picot (V.). La migraine ophtalmique. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, déc.)

Prodi (T.). La malattia delle nevralgie e sua forma familiare. (*Clinica medica italiana*, déc.)

Setti (G.). Di una sindrome di mixœdema postoperatorio guarito spontaneamente. (*Riv. veneta di scienze med.*, 31 mai.)

Sforza (N.). Contributo alla questione della sensibilità ossea. In-8°, 13 p. avec fig. Rome.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Austregesilo (A.). Contribuição ao estudo da bouba (frambœsia tropica). (*Gazeta clinica*, 1er déc.)

Gutmann (C.). Multiple Dünndarmgeschwüre, höchstwahrscheinlich syphilitischer Natur. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, L, 5-6.) — Ulcérations multiples de l'intestin grêle, très probablement d'origine syphilitique.

Kark (E.). Un cas rare de chancre syphilitique extra-génital (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, déc.)

PARASITOLOGIE

Bettencourt (A.), **Kopke** (A.), **Gomes de Rezende** et **Correa Mendes**. La maladie du sommeil; rapport présenté au ministère de la marine et des colonies par la mission envoyée en Afrique occidentale portugaise. In-4°, 280 p. avec fig. et graphiques. Lisbonne.

Cranwell (D. J.). Sobre la frecuencia de la actinomicosis humana en la República Argentina. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Dutton (J. E.) et **Todd** (J. L.). First report of the trypanosomiasis expedition to Senegambia (1902) of the Liverpool School of Tropical Medicine and Medical Parasitology. (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, V, 2.) — Premier rapport de la mission de l'École de médecine tropicale et de parasitologie médicale de Liverpool pour l'étude de la trypanosomiase en Sénégambie.

Jensen (V. P. H.). Undersögelser over patogen gjær. In-8°, 126 p. avec planches. Copenhague. — Recherches sur les levures pathogènes.

McFarland (J.). Pseudoparasitism caused by the common clothes moth. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, déc.) — Pseudo-parasitisme dû à des mites.

Ross (R.). A new parasite of man. (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, V, 2.) — Nouveau parasite humain.

Ross (R.) et **Soyce** (R. W.). Note on the discovery of Trypanosoma gambiense (Dutton). (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, V, 2.) — Sur la découverte du *Trypanosoma gambiense*.

Stephens (J. W.) et **Christophers** (S. R.). The practical study of malaria and other blood parasites. In-8°, XXXV-378 p. Londres. — Etude pratique de l'hématozoaire de Laveran ainsi que d'autres parasites du sang.

CHIRURGIE

Bouchouiev (V.). La carie dentaire chez les soldats (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, déc.)

Congrès français de chirurgie. 16e session. Paris, 1903. Procès-verbaux, mémoires et discussions. In-8°, XXXVIII-995 p. avec fig.

Dawbarn (R. H. M.). The treatment of certain malignant growths by excision of the external carotids. In-8°, 192 p. Philadelphie.

Donath (J.). Skolikoiditis und Colica saturnina. (*Wien. klin. Rundschau*, 25 oct.) — Appendicite et colique saturnine.

Forssell (W.). Klinische Beiträge zur Kenntnis der akut septischen Eiterungen der Sehnenscheiden der Hohlhand, besonders mit Rücksicht auf die Therapie. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 3 et 4.) — Recherches cliniques sur les synovites aiguës de la paume de la main, notamment au point de vue du traitement.

Gibbon (J. H.). An unsuccessful attempt at heart suture. (*Amer. Practitioner and News*, 15 oct.) — Echec d'une tentative de suture du cœur.

Herbet (H.). Hernie rétro-péritonéale duodénale gauche. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Hovorka (O. von). Supinationsschwäche bei Plattfuss und ihre Behandlung. (*Zeitsch. f. orthopäd. Chir.*, XII, 3.) — Le pied-plat et son traitement par les mouvements de supination.

Legrand (H.). Organisation du service chirurgical et gynécologique à l'hôpital européen d'Alexandrie Egypte); statistique des opérations pratiquées de 1898 à 1903. In-8°, 47 p. avec fig.

Lemos (R.). Punción del colon en un caso de oclusión intestinal. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov -déc.)

Manevsky (A.). Plaie du cœur par arme à feu (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Nétchaïev (A.). Influence des oscillations de la virulence du streptocoque sur l'évolution de la plaie infectée (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Roux de Brignoles. Quelques réflexions au sujet de deux observations de fracture de la rotule. In-8°, 8 p.

Wichmann (J. V.). Die Behandlung der Darminvagination (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 3 et 4.) — Traitement de l'invagination intestinale.

UROLOGIE

Ogden (J. B.) Clinical examination of urine and urinary diagnosis. 2e éd. In-8°, 418 p. Londres.

Zaaijer (J. H). Anurie infolge doppelseitiger Nierennekrose, verursacht durch Druckerhöhung in den Nieren. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XII, 5.) — Anurie consécutive à une nécrose bilatérale du rein par augmentation de la pression intrarénale.

OPHTALMOLOGIE

Herbert (H.). The practical details of cataract extraction. 2e éd. In-8°, 114 p. Londres.

Polignani (L.). Tubercolosi primaria della congiuntiva forma neoplastica); osservazione clinica. operazione e reperto istologico. In-8°, 15 p. avec planche. Naples.

Polignani (L.). Epitelioma dell' angolo interno dell'occhio sinistro diffuso alle parti prossime; osservazione clinica, operazione di plastica e reperto istologico. In-8°, 9 p. avec planche. Naples.

Stadfeldt (A.). Ueber die Cephalocele der Augenhöhle. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 3 et 4.) — Le céphalocèle de l'orbite.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Audebert (J.). Résultats d'une année de vaccination à la clinique d'accouchements; de la vaccine pendant la grossesse. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1er déc.)

Audebert (J.). Influence de l'asphyxie sur la contractilité utérine; à propos d'un cas de pneumonie pendant la grossesse. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, déc.)

Hirst (B. C.). Practical lessons from an experience of more than 100 cases of eclampsia. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc*, déc.)

Pazzi (M.). Istodiagnosi differenziale delle membrane espulse dall'utero. (*Atti della Soc. ital. di ostet. e ginecol.*, oct.)

PÉDIATRIE

Bresgen (M.). Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren, sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit, nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken In-8°, 53 p. Halle. — Les principales affections des fosses nasales, du pharynx et des oreilles chez les enfants.

Dufour. Un cas de faux croup grave terminé par une trachéotomie suivie de guérison. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXV, 3.)

Gilbert (R. B). Tetanus in newborn infants. (*Amer. Practitioner and News*, 15 oct.) — Tétanie chez le nouveau-né.

Guinon (L.). Deux ans de prophylaxie et d'antisepsie médicale dans un service de l'hôpital Trousseau. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, oct.)

TÉRATOLOGIE

Leblanc. Sur un cas d'hermaphrodisme. (*Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux*, nov.)

Magnanini (N.). Malformación congénita de los miembros superiores. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Botey (R.). Trois cas de trépanation du labyrinthe. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Broeckaert (J.). Les injections de paraffine appliquées au traitement de l'ozène. (*Presse oto-laryngol. belge*, juin.)

Caboche (H.) et **Paisseau**. Sarcome secondaire métastatique de la zone sous-glottique du larynx. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Chavasse et **Mahu**. De la ponction lombaire dans les complications endocrâniennes des otites. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, nov.)

Chimansky (E.). Contribution à l'étude des végétations adénoïdes (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Dench (E. B). Diseases of the ear. 3e éd. In-8°, 696 p avec fig. Londres. — Les maladies de l'oreille.

Garel (J.). Cancer du larynx chez une jeune fille de 18 ans. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, nov.)

Godskesen (N.). Strubetuberkulosen under svangerskab og födsel. (*Hospitalstidende*, 13 et 20 mai.) — La tuberculose laryngée pendant la grossesse et l'accouchement.

Jacques (P.). Deux cas d'abcès cérébelleux otique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 5 déc.)

Levi (I. V.). Erysipelas and atrophic rhinitis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, déc.)

Mignon. Sinusite catarrhale du sinus frontal avec obstruction du canal frontal. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Rozier. Labyrinthite grippale. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Semon (Sir Felix). Thyrotomie et laryngectomie dans le cancer du larynx. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Stein (V. S.). Die Grenzen der Schwerhörigkeit. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVI, 4.) — Les limites de l'acuité auditive.

Stenger (P.). Die otitische Hirnsinusthrombose nach den in der Ohrenklinik der Charité in den Jahren 1899-1901 gesammelten Beobachtungen. In-8°, 64 p Königsberg. — La thrombose des sinus d'origine otique à la clinique otologique de la Charité.

HYGIÈNE

Alféiev (I.). Des modifications du poids du corps chez les jeunes soldats pendant les premiers mois du service (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Hérault (années 1902 et 1903). In-8°, 187 p. Montpellier.

Compte rendu des travaux du conseil central d'hygiène publique et de salubrité et des conseils des arrondissements du département de Meurthe-et-Moselle pendant l'année 1902. In-8°, 421 p. Nancy.

Eury (J.). Recherche de l'aldéhyde formique dans le lait. (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de La Rochelle*, XXXV, 3.)

Galian (D.). Contributiuni la studiul igienei rurale. In-8°, 55 p. avec fig. Focsani.

James (S. P.). First report of the antimalarial operations at Mian Mir (1901-1903). In-4°, 53 p. Calcutta.

Peabody (J. E.). Studies in physiology, anatomy, and hygiene. In-8°, 332 p. Londres.

Pontoppidan (E.). Könssygdommenes betydning og forebyggelse. In-8°, 102 p. Copenhague. — Importance et prophylaxie des maladies vénériennes.

Popineau (A.). La loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique. In-8°, 123 p.

Rapport sur la réglementation de la prostitution en France (Seine, Algérie et colonies exceptées). In-4°, 95 p. Melun. Impr. administrative.

Statistique sanitaire des villes de France pendant l'année 1902 et tableaux récapitulatifs des années 1886 à 1902. In-4°, 268 p. Melun. Impr. administrative.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Ernberg (H.). Ueber Intoxikation mit per os eingenommenem Chloroform. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVI, 4.) — Sur l'intoxication consécutive à l'ingestion de chloroforme par la bouche.

Schwyzer (F.). The pathology of chronic fluorine poisoning. (*Journ. of Med. Research*, oct.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Cyriax (E. F.). The elements of Kellgren's manual treatment. In-8°, 506 p. avec fig. Londres. John Bale.

Gauducheau (A.). Sur le lavage antiseptique de l'intestin; 3e mémoire. In-8°, 11 p. Haïphong.

Malinowski (A.). O leczeniu płonicy (scarlatina) surowica swoista. (*Gaz. lekarska*, 5, 12, 19 et 26 déc.) — Traitement de la scarlatine par un sérum spécifique.

Ribbing (S.). Terapeutisk recepthandbok. 3e éd. In-8°, 437 p. Lund. — Formulaire de thérapeutique.

Somers (L. S.). The serum treatment of hay fever. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, déc.) — La sérothérapie de la fièvre de foin.

Tachard (E.). Note sur la mécanothérapie. In-8°, 5 p. Toulouse.

Vires (J.). Traitement des épilepsies sympathiques ou épilepsies réflexes. (*Montpellier méd.*, 27 déc.)

BACTÉRIOLOGIE

Biffi (U.). Un método nuevo para el cultivo rapido de los microbios anaerobios estrictos. (*Bol. de la Acad. nacion. de med. de Lima*, mai.)

Glynn (E.) et **Matthews** (J C.). Bacteria in public swimming baths (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, V, 2.) — Les microbes des piscines publiques.

Jousset (P.). The pathogenic microbes. (Trad. du français par H. P. Holmes.) In-8°, 192 p. Philadelphie.

Kolle (W.) et **Wassermann** (A.). Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. T. III. In-8°, 942 p. avec fig. Iéna. — Traité de bactériologie.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Delaunay (P.). Vieux médecins mayennais : D. Tauvry; G. Plançon; G. Bigot; A. du Chemin; A. Paré; Tanquerel des Planches. In-8°, 202 p.

Guéry (C.). L'abbé Le Galloys, docteur-médecin (1697-1763). In-8°, 32 p. Brionne.

Regnault. La dissection (notice historique). In-8°, 20 p.

Valdés (F.). Contribución a la historia de la medicina en Mexico. In-8°, 132 p. avec fig. Torreon.

GÉNÉRALITÉS

Festschrift zum 60. Geburtstage von Robert Koch herausgegeben von seinen Schülern. In-8°, 704 p. avec fig Iéna. — Livre jubilaire dédié à Robert Koch.

Hoven (T.). Annuaire de statistique démographique et médicale de la ville de Liège pour 1901 et 1902 (4e et 5e années). In-8°, 124 p. avec tableaux. Liège.

Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten (9 Jahrgang, 1900). In-8°, 549 p. avec planches. Vienne. — Annuaire des hôpitaux de Vienne.

Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königreiche Sachsen auf das Jahr 1902. In-8°, 323 p. Leipzig. — Rapport sur les affaires médicales dans le royaume de Saxe pendant l'année 1902.

Questions d'assistance et d'hygiène publiques traitées dans les conseils généraux en 1902. In-8°, 117 p.

Raffaelli (L.). 9 anni di condotta medica; 5 anni di ufficio sanitario; un dodicennio di osservazioni termoudometriche (comune di Bagnone). In-4°, 30 p. avec graphiques. Fivizzano.

Tartière (E.). De l'aptitude des conscrits au service militaire et de la robusticité humaine déterminées par les mensurations du poids et de la taille du corps. In-8°, 20 p. Impr. nationale.

24e ANNÉE. — N° 27. **Vingt centimes le numéro.** 6 JUILLET 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Aubry est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — MM. les docteurs Johann Herzog et Georg Levinsohn sont nommés privatdocenten d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Benedetto Schiassi est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Hans Reichenbach, privatdocent à la Faculté de médecine de Gœttingue, est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Ernesto Guarnaccia, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Julius Voigt est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Paul Mathes est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Rudolf Magnus, privatdocent de pharmacologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Martin Gildemeister est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Johann Raczynski, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Cracovie, est nommé professeur extraordinaire de pédiatrie.

Faculté de médecine de Marbourg. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Friedrich Kutscher, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Ferdinando Gangitano, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Emilio Alfieri est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Ferdinand Schenk est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Enrico Gagnoni, privatdocent à l'Ecole supérieure de médecine de Florence, est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur A. Schwenkenbecher est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Amedeo Herlitzka est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine d'Upsala. — M. le docteur Herman Svenson est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Paul Moser est nommé privatdocent de pédiatrie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Lorenzo Bardelli est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

University of Maryland de Baltimore. — M. le docteur Ernest C. Leonard est nommé lecteur de matière médicale.

College of Physicians and Surgeons de New York. — M. le docteur Harry McM. Painter est nommé professeur d'obstétrique.

VARIA

Congrès français de médecine interne en 1904.

Le septième Congrès français de médecine interne s'ouvrira à Paris le 24 octobre 1904.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *La pression artérielle dans les maladies;*
2° *Des injections mercurielles;*
3° *De l'obésité.*

L'Académie des sciences de Paris a élu MM. Metchnikoff (de Paris) et Waldeyer (de Berlin) correspondants pour la section d'anatomie et zoologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Angelo Scarenzio, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Z. Oppenheimer, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Grohé, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur James Henry Dunn, professeur de chirurgie à l'University of Minnesota de Minneapolis. — M. le docteur Nathan S. Davis, ancien professeur de médecine au Northwestern University Medical College de Chicago.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Aubourg (P.-E.). La rachicocaïnisation.

Balencie (H.). Du traitement conservateur des arthrites tuberculeuses du cou-de-pied.

Bouet (A.). Marche du rhumatisme articulaire aigu considéré dans la succession des attaques.

Bourgeois (R.). Les épileptiques et la chirurgie.

Broudic (L.). Étude sur les premiers signes indicateurs de la perforation intestinale chez les typhiques.

Caquin (L.). Les nouvelles méthodes de recherche des corps étrangers des bronches (radiodiagnostic et bronchoscopie).

Daussy (P.-H.-J.). Contribution à l'étude de la ration alimentaire du nourrisson élevé artificiellement de un à sept mois.

Delmas (P.). Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire du cou.

Dieuzeide (R.). Résistivité électrique des liquides de l'organisme.

Fonteilles. Du drainage de l'utérus dans les métrites aiguës puerpérales « post abortum et post partum ».

Galezowski (J.). Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux.

Genevoix (O.). Les uréthrites chez les petits garçons (étude clinique et médico-légale).

Huzard (H.). Difficultés de diagnostic au début de la pneumonie infantile.

Joussemet (G.). Traitement du goitre exophtalmique par le salicylate de soude.

Laurens (P.). Thrombo-phlébites du golfe de la jugulaire interne, d'origine otique; leur traitement chirurgical.

Legroux (L.). La botryomycose; anatomie pathologique; clinique; pathogénie.

Maillard (J.). Pronostic des néphrites chroniques des enfants.

Marquis (E.). Pouvoir ocytocique du sucre (étude physiologique et clinique).

Mazuré (A.). Fièvre typhoïde et diphtérie; évolution simultanée des deux maladies.

Morohoisne (E.). Les variations physiologiques du rapport azoturique et l'influence des régimes alimentaires sur l'élimination azotée de l'urine.

Papegaey (A.). De la multiplicité du chancre syphilitique.

Permilleux (J.). Recherches de physiologie expérimentale sur quelques ferments du foie.

Piet (P.-L.). Notes anatomiques sur la glande mammaire et ses vaisseaux sanguins.

Poan de Sapincourt (R.). Du tétanos céphalique avec paralysie faciale (forme faciale du tétanos).

Poirier de Clisson (H.). Sur un procédé simple de localisation des projectiles par la radioscopie.

Pruvost (M.). Essai sur les manifestations infectieuses de la typhlite latente.

Serfaty (M.). Contribution à l'étude de la salicine.

Soullard (R.). Le puérilisme mental; contribution à l'étude des altérations de la personnalité.

Valery (R.). Étude sur la pathogénie de la maladie de Parkinson.

Vernédal (H.). De la conduite à tenir dans les cas de rétention prolongée des fœtus extra-utérins.

Voisselle (J.). Contribution à l'étude de la prostatectomie périnéale.

Wilmart (P.). Rupture spontanée non anévrysmatique de l'aorte dans sa portion thoraco-abdominale.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Kienböck (R.). Angina pectoris hysterica; Radioscopia; Tetanus cordis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 mai.)

Macpherson (J.). Variation in its relation to the origin of insanity and the allied neuroses. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril, mai et juin.)

Massalongo (R.). Sclerosi a placche famigliari; contributo alla patogenesi delle paraplegie spasmodiche eredo-famigliari. (*Riv. critica di clinica medica*, 9 avril.)

Pini (P.). Distrofia muscolare congenita a forma ipertrofica. (*Riv. critica di clinica medica*, 9 avril.)

Smyth (W. J.). A case for diagnosis. (*Lancet*, 7 mai.)

Spratling (W. P.). Guides to the prognosis in epilepsy, with remarks on the curability of the disease. (*New York Med. Journ.*, 9 et 16 avril.)

Steinhausen. Syringomyelie als Folge von Rückenmarksverletzung. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, avril.) — Syringomyélie consécutive à une plaie de la moelle.

Vallois. Un cas de chorée gravidique. (*Montpellier méd.*, 1er mai.)

Weisenburg (Th. H.). A clinical report of 3 cases of injury to the lower spinal cord and cauda equina. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — 3 cas de blessure de la partie inférieure de la moelle épinière et de la queue de cheval.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Blair (L. E.). A case of recurring membranous stomatitis, associated with erythema exsudativum multiforme (Hebra). (*Med. Record*, 7 mai.)

Bodin. Accidents syphilitiques survenus 45 ans après le début de la maladie. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Grouven (C.). Ein Fall von tuberkulösem Tumor der Glans penis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

Köbner (H.). Bemerkungen zur neueren Literatur über Epidermolysis bullosa hereditaria. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 1.)

Korteweg (P. C.). Over het beteugelen van favus en herpes tonsurans capitis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 mai.)

Kreibich (K.). Ein Fall von « Adenoma folliculare cutis papilliferum ». (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 1.)

Lie (H. P.). Om spedalskhed i rygmarv og perifere nerver. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — La lèpre de la moelle épinière et des nerfs périphériques.

Matzenauer (R.). Lehrbuch der venerischen Erkrankungen. 1re partie. In-8°, 285 p. Vienne. — Traité des maladies vénériennes.

Osler (W.). On the surgical importance of the visceral crises in the erythema group of skin diseases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Les crises viscérales au cours des affections érythémateuses et leur signification au point de vue chirurgical.

Pick (W.). Statistisches vom Herpes zoster. (*Prag. med. Wochensch.*, 5 mai.)

Pospelov (A.). Traitement de l'éléphantiasis des Arabes par des injections sous-cutanées de salicylate de mercure (en russe). (*Prakt. Vratch*, 10 avril.)

Schiele (W.). Einiges über die Haare und den Haarschwund. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 et 30 avril.) — Cheveux et calvitie.

Stelwagon (H. W.). Treatise on diseases of the skin. 3e éd. In-8°, 1114 p. avec fig. Londres. — Traité des maladies de la peau.

Van Waveren (A. G. W.). Een paar vragen omtrent overbrenging van lues door den pulex irritans. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 mai.) — Transmission de la syphilis par les puces.

CHIRURGIE

Nimier (H.). Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu. In-8°, 628 p. avec fig.

O'Conor (J.). Radical cure of inguinal hernia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 7 avril.)

Oliver (J. H.). Tratamiento de los quistes hidáticos. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Orta (F.) et **Gualdrini** (G.). Contributo allo studio della tubercolosi della lingua. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mai.)

Péraire (M.). Orteil en marteau avec hygroma fortement développé; ostéotomie cunéiforme; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Poirier (P.). Les lymphatiques et l'épithélioma de la langue; manuel opératoire de l'opération logique; résultats. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Pringle (J. H.). An operation for the radical cure of hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.)

Ramally (H.). Blessure de la moelle cervicale droite par instrument piquant. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, janv.)

Renner. Die Lymphdrüsenmetastasen beim Magenkrebs. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 2.) — Les métastases ganglionnaires dans le cancer de l'estomac.

Reuterskiöld (A.). Tvaa fall af pankreasblödning. (*Hygiea*, mai.) — 2 cas d'hémorrhagie du pancréas.

Schäffer (R.). Weitere Beiträge zur Händedesinfektion. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars et mai.) — Nouvelles recherches sur la désinfection des mains.

Scheidl (J.). Ueber Frakturenbehandlung und Kontentivverband. (*Wien. med. Presse*, 1er et 8 mai.) — Traitement des fractures et appareil inamovible.

Schlacht (P.). Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden; eine klinische Sammelstudie. In-8°, 83 p. Königsberg. — Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes.

Schubert (W.). Beitrag zur Kenntnis der Fussgelenksluxation durch Rotation nach aussen mit hoher Spiralfraktur der Fibula. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 4-6.) — Luxation tibio-tarsienne par rotation externe avec fracture spiroïde de la partie supérieure du péroné.

Sick (P.). Chirurgische Erfahrungen aus dem Ambulatorium der chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel auf Grund eines Dreijahrsberichts (April 1900-1903). In-8°, 54 p. Kiel. — Observations chirurgicales recueillies à la consultation externe de la clinique chirurgicale de Kiel (1900-1903).

Sikemeier (E. W.). Beitrag zur Kenntnis der Desinfection der menschlichen Haut. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — Sur la désinfection de la peau.

Smith (E. Noble). Abnormal muscular contractions. (*Lancet*, 7 mai.) — Les contractures anormales des muscles [au point de vue chirurgical].

Solly (E.) et **Daggett** (H. I.). A case of malignant obstruction of œsophagus; gastrostomy. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.)

Sperling (M.). Hernien in Laparotomienarben und maligne Degeneration der Intestina des Bruchsacks. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 mai.) — Hernies au niveau de cicatrices de laparotomie et dégénérescence maligne des intestins contenus dans le sac herniaire.

Stewart (F. T.). Typhoidal perforation, with a report of eight cases subjected to operation; two recoveries. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Stone (J. S.). Report on blood pressure determinations made at the Boston Children's Hospital. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 10 mars.) — Observations sur la pression sanguine, recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades de Boston.

Taylor (W.). Some cases of intestinal obstruction successfully treated. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.) — Obstruction intestinale; opération; guérison.

Van Gehuchten (A.). The surgical treatment of trifacial neuralgia. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

Vouzelle (L.). Craniectomie. (*Limousin méd.*, avril.)

Wassiljew (M. A.). Ueber Appendicitis in Inguinalhernien bei Männern. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.)

Weber (F.). Zur operativen Behandlung des Mastdarmvorfalls. (*Deutsche Zeitsch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4-6.) — Traitement chirurgical du prolapsus du rectum.

Weinlechner. Ueber Herzchirurgie. (*Wien. Klinik*, avril.) — Chirurgie du cœur.

Wette. Ueber die Frühoperation der Appendicitis, sowie über die Infection des Dünndarmmesenteriums und die Entstehung von Ileus im Anschluss an Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — L'intervention précoce dans l'appendicite; l'infection du mésentère et l'iléus, consécutifs à l'appendicite.

UROLOGIE

Luys (G.). La séparation de l'urine des deux reins. In-8°, 298 p. avec fig.

Oerum (H. P. T.). Kolorimetrisk sukkerbestemmelse. (*Hospitalstidende*, 16 mars.) — Dosage colorimétrique du sucre.

Radouan et **Pigeon**. Large rupture de la vessie, par éclatement, extrapéritonéale; laparotomie sus-pubienne; suture partielle de la vessie avec cystotomie et cystopexie; guérison rapide. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, janv.)

Signorelli (A.). Il dolore ritmico pulsante nella colica renale e la patogenesi del dolore in tale sindrome morbosa. (*Riv. critica di clinica medica*, 2 avril.)

Strzyzowski (C.). Ueber den Einfluss des Formaldehyds auf den Nachweis der normalen und pathologischen Harnbestandteile. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Influence de l'aldéhyde formique sur la recherche des éléments normaux et pathologiques de l'urine.

Suter (F. A.). Ueber einen autochthonen Paraurethralstein aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXII, 4-6.) — Calcul para-uréthral autochtone, composé de phosphate ammoniaco-magnésien.

Wälsch (L.). Ueber nicht-gonorrhoische Urethritis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 1.) — De l'uréthrite non blennorrhagique.

Wells (E. F.) et **Warbrick** (J. C.). Observations upon the chromatic variations in the precipitated and sedimented chlorides, sulphates, and phosphates of urine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

OPHTALMOLOGIE

Lundsgaard (K.). Oejenlæsioner ved elektrisk kortslutning. (*Hospitalstidende*, 20 avril.) — Lésions oculaires par courts circuits.

Norrie (G.). Et tilfælde af læsion af öjet ved en « kinesisk pistol ». (*Hospitalstidende*, 16 mars.) — Blessure de l'œil par un « pistolet chinois ».

Quackenboss (A.). Ligation of the lacrymal canal to prevent infection following cataract extraction. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 31 mars.)

Veasey (C. A.). Brief report of a case of spring conjunctivitis resembling malignant growth of the corneal limbus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Catarrhe printanier, simulant une tumeur maligne du limbe scléro-cornéen.

Wilbrand (H.) et **Sänger** (A.). Die Neurologie des Auges. III. Band, 1. Abteilung : Anatomie und Physiologie der optischen Bahnen und Centren. In-8°, XXI-474 p. avec fig. Wiesbaden. — La neurologie de l'œil : anatomie et physiologie des voies et des centres optiques.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bovin (E.). Ett fall af spontan uterusruptur under förlossning; laparotomi; akut ventrikeldilatation; hälsa. (*Hygiea*, avril.) — Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail; laparotomie; dilatation aiguë de l'estomac; guérison.

Littauer (A.). Beitrag zur Frage der Malignität des Chorionepithelioms. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.)

Magalhães (C.). A proposito do tratamento da infecção puerperal. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 avril.)

Mathes (P.). Ein Beitrag zur Theorie von der Intoxication der Mutter durch die Frucht; vorläufige Mitteilung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — L'intoxication de la mère par le fœtus.

Menge (K.). Ueber abdominelle Myomenucleation. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.)

Meyer-Rüegg (H.). Eihautberstung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 3.) — De la grossesse extra-membraneuse.

Monsiorski (Z.). Placenta praevia; glówniejsze fazy w rozwoju nauki o wadliwym przyczepie lozyska oraz stan kwestyi w swietle dzisiejszych pojec. (*Ginekologia*, mars.) — Evolution et état actuel de nos connaissances sur le placenta prævia.

Mouchotte (J.). L'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mars.)

Orbante (M.). De la restauration du périnée pendant les suites de couches (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 17 et 24 avril.)

Peham (H.). Ein Fall von Extrauteringravidität mit lebendem reifem Kind. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 mai.) — Grossesse extra-utérine à terme, avec enfant vivant.

Rieländer (A.). Ueber die Wirkung von Aetzmitteln auf das lebende Endometrium; ein Beitrag zur Therapie der Endometritis. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 3.) — Action des caustiques sur la muqueuse utérine.

Schäffer (O.). Cervixfrage und unteres Uterinsegment. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 mai.) — Col et segment inférieur de l'utérus.

Scheib (A.). Die operative Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles nach Sänger, mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Résultats éloignés du traitement chirurgical du prolapsus utéro-vaginal d'après le procédé de Sänger.

Stöckel (W.). Die intraperitoneale Implantation des Ureters in die Blase. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 3.) — L'implantation intrapéritonéale de l'uretère sur la vessie.

Troczewski (A.). Ciaza sródmiazszowa. (*Ginekologia*, mars.) — Grossesse ectopique interstitielle.

Vallois. Version dans un cas de procidence complexe des membres supérieurs et du cordon ombilical; difficulté de l'évolution. (*Montpellier méd.*, 28 fév.)

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie; 10. Versammlung abgehalten zu Würzburg vom 3.-6. Juni 1903. In-8°, XXXII-699 p. avec fig. Leipzig. — Compte rendu du dixième Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Wurtzbourg en 1903.

Wadsworth (R. G.). Ultimate results of some gynecological operations at the Massachusetts General Hospital. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 mars.) — Résultats éloignés de quelques opérations gynécologiques pratiquées au *Massachusetts General Hospital* [de Boston].

Wallich (V.). Pyélonéphrite et suites de couches. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mars.)

Walthard (M.). Grundlagen zur Serotherapie des Streptokokkenpuerperalfiebers. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LI, 3.)

Windscheid (F.). Ueber Entbindung bei Myelitis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — L'accouchement des femmes atteintes de myélite.

Xido. Contribution à l'étude de l'arrêt de développement de l'utérus et de l'occlusion du vagin (en russe). (*Prakt. Vratch*, 27 mars.)

Young (E. B.). The intra-abdominal rupture of ovarian cysts. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 3 mars.)

Záborszky (S. von). Ein Fall von Chorioepitheliom. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 mai.)

Zweifel (P.). Zur Aufklärung der Eklampsie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Pathogénie de l'éclampsie.

PÉDIATRIE

Joukovsky (V.). Les hémorrhagies provenant des organes génitaux chez les filles nouveau-nées en tant que phénomène pathologique; métrorrhagie dans un cas de colite et de syphilis de l'utérus; mort; autopsie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 24 avril.)

Jundell (I.). Ueber die nykthemeralen Temperaturschwankungen im ersten Lebensjahre des Menschen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 5.) — Des oscillations nycthémérales de la température pendant la première année de la vie humaine.

Longo (A.). Ulteriore contributo allo studio dell'etiologia del noma. (*Policlinico*, partie méd., XI, 5.)

Lovett (R. W.). Forcible correction in lateral curvature of the spine; fourth paper. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 17 mars.) — Le redressement forcé dans la scoliose.

Mirallié (Ch.). Vomissements avec acétonémie; acétonémie chez les enfants. (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 mai.)

Neter (E.). Hämaturie als einziges Symptom Barlow'scher Krankheit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mai.) — L'hématurie comme signe unique de la maladie de Barlow.

Poynton (F. J.). Remarks on the infective nature of rheumatic fever, illustrated by the study of a fatal case. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mai.)

Rakhmaninov (I.). Quelques cas de purpura et d'hémophilie chez des enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 8.)

Robertson (W.) et **Mair** (W.). On the bacteriology of so-called « sterilized milk », with special reference to the municipal supply of milk for the feeding of infants. (*Brit. Med. Journ.*, 14 mai.)

Rocha (L.). Das suppurações chronicas da attica na infancia. (*Brazil medico*, 15 avril.)

Rotch (Th. M.). The diarrheas of infancy and early childhood. (*Amer. Medicine*, 7 mai.) — Les diarrhées de la première enfance.

Rowell (H. N.). Diabetes in childhood. (*New York Med. Journ.*, 7 mai.) — Du diabète infantile.

Schotten (E.). Die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 368.) — La sténose congénitale du pylore chez le nourrisson.

Variot (G.). « Gouttes de Lait et consultations de nourrissons ». (*Brit. Med. Journ.*, 14 mai.)

TÉRATOLOGIE

Alezais et **Vincentelli**. Absence du cæcum. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Godlewski (E.) et **Madon** (M.). Rétrécissement et oblitération d'un point du tube digestif avec atrésie de toute la masse intestinale située au-dessous du point oblitéré. (*Montpellier méd.*, 31 janv.)

Heine (O.). Ueber den angeborenen Mangel der Kniescheibe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mai.) — Absence congénitale de la rotule.

Leopold (G.). Ueber einen Dicephalus dibrachius. (*Arch f. Gynäkol.*, LXXII.)

Lurier (E.). Anus præternaturalis vestibularis cum defectu uteri et vaginæ. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 mai.)

Michelis (A.). Slówko o anencefalii. (*Ginekologia*, mars.) — Note sur l'anencéphalie.

Tisserand (G.). Sur un cas d'anonychie congénitale. (*Loire méd.*, mai.)

Trautner (H.). Et tilfælde af komplet atresia ani et œsophagi. (*Hospitalstidende*, 27 avril.)

Young (E. B.). Supernumerary breasts and nipples. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 mars.) — Mamelles et mamelons surnuméraires.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Labarrière. Otorrhée chronique et évidement pétro-mastoïdien. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Ménière. Coup de poing sur l'oreille gauche ayant produit l'éclatement du tympan. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Préobrajensky (S.). Les affections du nez et du pharynx dans leurs rapports avec les maladies de l'oreille (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 17 avril.)

Skillern (R. H.). The efficiency of local treatment as a factor in the cure of laryngeal tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 7 mai.) — L'efficacité du traitement local contre la laryngite tuberculeuse.

Sota y Lastra. Eczéma naso-labial. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Spratt (Ch. N.). The removal of septal spurs and the correction of deviations of the septum by more rational methods. (*Amer. Medicine*, 7 mai.)

Stella (H. de). Les injections endo-nasales de paraffine dans le traitement de l'ozène. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Toeplitz (M.). Nasal syphilitic tumors. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Trifiletti (A.). Ramollissement d'une cicatrice mastoïdienne dans le cours d'une scarlatine. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Zünd-Burguet (A.). Etude physiologique et pratique sur les troubles externes ou mécaniques de la parole. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév., mars-avril et mai-juin.)

HYGIÈNE

Hüppe (F.). Ueber die Verhütung der Infectionskrankheiten in der Schule. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2, 9 et 16 mai.) — Prophylaxie des maladies infectieuses à l'école.

Kister et **Trautmann**. Ueber Versuche mit Formaldehydwasserdampf nach dem Verfahren von Esmarch's. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 3.) — Expériences sur la désinfection par l'emploi combiné de l'aldéhyde formique et de la vapeur d'eau.

Kortchak-Tchepourkovsky (A.). Les guerres et les épidémies (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 avril.)

Mouisset. Hospitalisation des tuberculeux indigents. (*Lyon méd.*, 8 mai.)

Nédrigaïlov. Les guerres et les bactéries (en russe). In-8°, 16 p. Kharkov.

Newsholme (A.). Spread of infectious diseases: the rôle of « missed » cases in the spread of infectious diseases. In-8°, 22 p. Manchester. Sherratt et Hughes. — Rôle des cas méconnus dans la propagation des maladies infectieuses.

Niven (J.). Food and drink in relation to disease; feeding in relation to the health of the young. In-8°, 42 p. Manchester. Sherratt et Hughes. — Les boissons et les aliments dans leurs rapports avec les maladies ; alimentation et santé des enfants.

Ravenel (M. P.). The influence of bovine tuberculosis on human health. (*Med. News*, 7 mai.)

Thiele (R.). Die Vorgänge bei der Zersetzung und Gerinnung der Milch. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 3.) — Sur la décomposition et la coagulation du lait.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Holyoke (F.). An attempted suicide by illuminating gas. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 mars.) — Tentative de suicide par le gaz d'éclairage.

Kossmann (R.). Die Verantwortlichkeit des Operateurs. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 mai.) — De la responsabilité du chirurgien.

Köstlin. Die forensische Bedeutung des Puerperalfiebers. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — La fièvre puerpérale en médecine légale.

Momo (C.). Le lesioni contusive del pancreas nella validità del lavoro. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mai.) — Les contusions du pancréas au point de vue de l'incapacité au travail.

Wassermann (A.). Gibt es ein biologisches Differenzierungsverfahren für Menschen- und Tierblut mittelst der Präzipitine? (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 mars et 5 mai.) — Existe-t-il un procédé biologique permettant de différencier, au moyen des précipitines, le sang humain d'avec celui des animaux?

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Ebstein (W.). Die Fettleibigkeit (Korpulenz) und ihre Behandlung nach physiologischen Grundsätzen. 8e éd. In-8°, 202 p. Wiesbaden. — L'obésité et son traitement d'après les principes de la physiologie.

Elkan et **Wiesmüller**. Ueber Inhalationsversuche mit phenylpropiolsaurem Natron nach Bulling. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.) — Inhalations de phénylpropionate de soude.

Forti (A.). Del valore terapeutico di speciali sieri emolitici in casi di cloroanemia. (*Riv. critica di clinica medica*, 16 avril.)

Günzel (O.). Ueber medikamentöse Inhalationen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 5 mai.)

Haddon (J.). Fasting in therapeutics. (*Lancet*, 14 mai.) — Le jeûne en thérapeutique.

Jaquerod. Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum Marmorek. (*Rev. de méd.*, mai.)

Jones (R. L.). Types of rheumatoid arthritis, with suggestions as to thyroid treatment. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Kellogg (J. H.). Hydrotherapie bei Geisteskrankheiten. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, avril.) — L'hydrothérapie dans les maladies mentales.

Kupffer (A.). Ueber die Behandlung der Lepra mit Chaulmoograöl. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 7 mai.) — Traitement de la lèpre par l'huile de chaulmoogra.

Ortali (C.). L'opoterapia placentare. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mai.)

Pratt (J. H.). Hydrotherapeutic prescriptions. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 17 mars.)

Steffen (E.). Die Behandlung der freien Hernien mit Alkoholinjektionen; Mitteilungen über 1182 von Ende 1886 bis Ende 1898 in Behandlung getretene Fälle. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 369.) — Traitement des hernies non adhérentes par les injections d'alcool.

Thorpe (V. G.). A chinese remedy for hydrophobia. (*Lancet*, 14 mai.)

Torresi (V.). Sull'uso del tabacco nella paralisi intestinale. (*Gazz. degli Osped.*, 8 mai.)

Vires (J.). Traitement des épilepsies chroniques. (*Montpellier méd.*, 14 et 28 fév., 13 et 20 mars.)

Wright (A. E.). On the treatment of acne, furunculosis, and sycosis by therapeutic inoculations of staphylococcus vaccine. (*Brit. Med. Journ.*, 7 mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Béclère (A.). Le dosage et sa représentation graphique en radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 mai.)

Büdingen (Th.) et **Geissler** (G.). Die Einwirkung der Wechselstrombäder auf das Herz. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.) — Action des bains hydro-électriques sur le cœur.

Gärtner (G.). Wie wirkt rotes Licht auf die Schutzpocken? (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, avril.) — Comment la lumière rouge agit-elle sur la vaccine?

Gassmann (A.). Histologische Befunde beim Röntgenulcus am Kaninchen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 1.) — Recherches histologiques sur les ulcérations produites chez le lapin par les rayons de Röntgen.

Goldzieher (W.). Ueber die Einwirkung der Röntgen-Strahlen auf die trachomatöse Infiltration; vorläufige Mitteilung. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 mai.) — La radiothérapie de la conjonctivite granuleuse.

Heineke (H.). Ueber die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.) — Action des rayons de Röntgen sur les organes internes.

Jdanov (P.). L'emploi des courants électriques de haute tension et grandes fréquences (Tesla-d'Arsonval) en chirurgie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 avril.)

Jesionek. Lichttherapie nach Professor von Tappeiner. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 et 31 mai et 7 juin.) — La photothérapie d'après M. von Tappeiner.

Klose (B.). Radiographie eines durch das Cystoskop diagnostizierten Falles von kompleter Ureterenverdoppelung. (*Deutsche Zeitsch. f. klin. Chir.*, LXXII, 4-6.) — Radiographie d'un cas d'uretère double, diagnostiqué au cystoscope.

Lassar (O.). Zur Radiotherapie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 mai.)

Leduc (S.). Les énergies nouvelles dans leurs rapports avec la médecine; les rayons cathodiques. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 mai.)

London (E. S.). De l'importance physiologique et pathologique des rayons du radium; 1re communication. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 2.)

Macintyre (J.). On recent electro-therapeutic work, with special reference to lupus, rodent ulcer, and malignant disease. (*Brit. Med. Journ.*, 23 avril.) — Les recherches récentes d'électrothérapie, notamment au point de vue du lupus et du cancer.

Niewenglowski (G. H.). Le radium [luminescence; rayons cathodiques et rayons X; rayons uraniques de Becquerel; expériences de Niepce de Saint-Victor; corps radioactifs (radium, thorium, actinium); propriétés du radium]. In-16, 100 p. avec fig.

Perthes. Ueber Operationen unter unmittelbarer Leitung der Röntgenstrahlen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 7 mai.) — Interventions chirurgicales pratiquées directement sous l'éclairage radiologique.

Schmidt (H. E.). Frühreaktionen nach Röntgenbestrahlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 mai.) — Réactions précoces consécutives à l'exposition aux rayons de Röntgen.

Scholtz (W.). Ueber die Bedeutung der Wärmestrahlen bei der Behandlung mit concentrirtem Licht nach Finsen; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 mai.) — Rôle des rayons calorifiques dans la photothérapie par la méthode de Finsen.

Williams (F. H.). A comparison between the medical uses of the X-rays and the rays from the salts of radium. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 25 fév.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Baccarani (U.). Azione dei fanghi sulla pressione cardio-vascolare e sulla frequenza del polso, e loro applicazioni cliniche. (*Riv. internazion. di terapia fisica*, mai.) — Influence des bains de boue sur la pression cardiovasculaire et sur la fréquence du pouls; leur application clinique.

Edel (P.). Ueber den Einfluss des alpinen Klimas auf Nephritis und « zyklische » Albuminurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 mai.) — Action du climat d'altitude sur la néphrite et l'albuminurie cyclique.

Kisch (E. H.). Ueber Bäderbehandlung in der Geschlechtsperiode der Menarche. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — La balnéothérapie à l'époque de la puberté chez la femme.

Rahmi (Hanna Mikail). The Syrian climates. (*Med. Record*, 7 mai.)

Robertson (J. A.). Cape colony as a health resort for those suffering from pulmonary phthisis, with special reference to the graded altitude system. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Arloing (S.) et **Bancel**. Comparaison de la tuberculine avec l'agent producteur de l'intoxication tuberculeuse chez le malade. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Ball (M. V.). Essentials of bacteriology. 4e éd. In-8°, 236 p. Londres.

Cole (R. I.). Ueber die Agglutination verschiedener Typhusstämme. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 3.) — Sur l'agglutination des différentes races du bacille d'Eberth.

Krause (P.). Zwei Fälle von Gonokokkensepsis mit Nachweis der Gonokokken im Blute bei Lebzeiten der Patienten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 mai.) — 2 cas de septicémie gonococcique avec constatation du microbe dans le sang pendant la vie.

Nicolle (Ch.). Suite d'expériences relatives au phénomène de l'agglutination des microbes. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Streit (H.). Untersuchungen über die Geflügeldiphtherie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVI, 3.) — Recherches sur la diphtérie aviaire.

Weil (E.). Ueber Agglutination; vorläufige Mitteilung. (*Prag. med. Wochensch.*, 12 mai.)

Wyss (O.). Ueber einen neuen anaëroben pathogenen Bacillus; Beitrag zur Aetiologie der akuten Osteomyelitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 2.)

GÉNÉRALITÉS

Anthony (F.). Service de santé de l'armée italienne. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, fév.)

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XXI, 1er fasc. In-8°, 139 p. avec planches. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Brissaud. Ueber medizinisch-artistische Studien. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai.) — La médecine dans l'art.

Grasset (J.). L'Idée médicale dans les romans de Paul Bourget. In-8°, 82 p. Montpellier.

Kossel (A.). Leitfaden für medicinisch-chemische Kurse. 5e éd. In-8°, 71 p. Berlin. — Guide des travaux pratiques de chimie médicale.

Melnotte. Un peu de médecine arabe dans le Sud tunisien. In-8°, 41 p. Tunis.

Neisser (M.) et **Friedemann** (U.). Studien über Ausflockungserscheinungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mars et 10 mai.) — Recherches sur les phénomènes de précipitation.

Normand. Fonctionnement du service médical du Peï-Ho. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

Schlatter (G.). De la vie et de la mort (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 mars, 3 et 10 avril.)

24e ANNÉE. — N° 28. Vingt centimes le numéro. 13 JUILLET 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Roger, agrégé, est nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée, en remplacement de M. Chantemesse.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Karl Franz, privatdocent à la Faculté de médecine de Halle, est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine de Bonn. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Hans Schröder, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Karl Bonhöffer, professeur à la Faculté de médecine de Heidelberg, est nommé professeur ordinaire de neurologie et de psychiatrie, en remplacement de M. K. Wernicke.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur B. Krönig, professeur à la Faculté de médecine d'Iéna, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. A. Hegar, démissionnaire.

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Ch. Girard, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Berne, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. G. Julliard, démissionnaire.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur A. Chimanovsky, privatdocent, est nommé professeur d'ophtalmologie, en remplacement de M. A. Khodine, démissionnaire.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur K. Rabl, professeur à la Faculté allemande de médecine de Prague, est nommé professeur ordinaire d'anatomie, en remplacement de M. W. His, décédé.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur N. Broussianine, professeur extraordinaire d'hygiène, est nommé professeur ordinaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Bazin (R.). Contribution à l'étude de l'histoire de la médecine à la Renaissance.

Belot (J.). La radiothérapie; son application aux affections cutanées.

Boudréaux (G.). Contribution à l'étude de la fièvre chez les tuberculeux à la période de germination et, en particulier, chez les enfants.

Cambier (R.). Contribution à l'étude des eaux alimentaires; méthode de recherche du bacille typhique; stérilisation par filtration sur lits oxydants insolubles.

Cazemajour (P.). Considérations sur quelques résultats de l'application de la loi sur les accidents du travail en France au point de vue médical.

Chifoliau (M.). L'anévrysme de la carotide primitive et son traitement chirurgical.

Finelle (L.). Contribution à l'histoire des paracentèses et injections de liquides dans l'organisme : de l'emploi d'une aiguille-trocart.

Foucault (E.-Ch.). La gastro-entérite du nourrisson dans les campagnes de Normandie (vallée d'Auge); essais de thérapeutique par la pepsine pure en paillettes associée à l'eau chloroformée.

Lagarde (P.). La gymnastique respiratoire dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (méthode de G. Rosenthal).

Gazave. Angines syphilitiques secondaires.

Grosset (M.). De l'éréthisme cardiaque particulièrement étudié au cours de la tuberculose pulmonaire chronique.

Herbomez (L. d'). Etude synthétique de l'emploi de la levure de bière en thérapeutique.

Jougla (G.). Contribution à l'étude chimique, toxicologique et thérapeutique des essences.

Maire (F.). Sur une forme spéciale de l'angine diphtérique pure simulant l'angine phlegmoneuse (étude clinique et bactériologique).

Maurat (L.). Essai d'un traitement des rétrécissements de l'urèthre par la « dilatation élastique ».

Monier (L.). Contribution à l'étude pathogénique des infections dentaires.

Monjauze (M.). Contribution à l'étude de l'hydarthrose intermittente.

Russe (J.). Essai sur les indications opératoires de la méningite tuberculeuse, et plus particulièrement de l'hémiplégie qu'elle provoque.

Thobois (A.). Contribution à l'étude du traitement de l'exstrophie de la vessie par le procédé de Maydl.

PHYSIOLOGIE

Bainbridge (F. A.). On the adaptation of the pancreas. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 2.)

Charpy (A.). De l'action de la volonté sur les muscles. In-8°, 20 p. Toulouse.

Frank (O.). Die unmittelbare Registrierung der Herztöne. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mai.) — L'inscription immédiate des bruits du cœur.

Frey (A.). Ueber Venendruckmessung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 12 mai.) — La mesure de la pression veineuse.

Hamburger (H. J.). Osmotischer Druck und Ionenlehre in den medicinischen Wissenschaften. 2. Band : Circulirendes Blut; Lymphbildung; Hydrops; Resorption; Harn und sonstige Secrete; electrochemische Aciditätsbestimmung; Reactions-Verlauf. In-8°, 516 p. avec fig. Wiesbaden. — L'osmose et les ions.

Kœttlitz (H.). Note préliminaire sur une nouvelle méthode de mesure du ferment lab. (*Policlinique*, 15 mai.)

Lommel. Ueber die Viskosität des menschlichen Blutes bei Schwitzprozeduren. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — De la viscosité du sang humain après la sudation provoquée.

Mayer (P.). Ueber einige Fragen des intermediären Kohlehydratstoffwechsels. (*Wien. med. Wochensch.*, 14 et 21 mai.) — Sur les produits intermédiaires du métabolisme hydrocarboné.

Oehler (J.). Ueber die Hauttemperatur des gesunden Menschen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — De la température cutanée chez l'homme sain.

Sajous (Ch. de M.). The vasomotor centre in inhibition of the heart. (*New York Med. Journ.*, 14 et 21 mai.) — Le centre vasomoteur dans l'inhibition du cœur.

Schultz (N.). Praktikum der physiologischen Chemie. 2e éd. In-8°, 104 p. avec fig. Iéna.

Vial (L.-E.). Mécanisme et dynamisme cardiaques; loi fonctionnelle de la création. In-8°, 23 p. avec fig.

Zunz (E.). De la quantité d'albumoses contenues dans l'estomac du chien après ingestion de viande. (*Ann. de la Soc. royale des scienc. méd. et natur. de Bruxelles*, XIII, 1.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bindi (F.). Endoteliomi della mammella : endoangiosarcoma, endolinfosarcoma, sarcomi puri del seno. (*Morgagni*, mai.)

Chute (A. L.). The gross pathology and mechanism of prostatic obstruction. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 avril.)

Ciechanowski (S.). Odma pecherzykowa jelit (pneumatosis cystoides intestinorum). (*Przeglad lekarski*, 2, 9 et 16 janv.)

Coplin (W. M. L.). Carcinoma of the œsophagus. (*Amer. Medicine*, 14 mai.)

Kermauner (F.). Beiträge zur Anatomie der Tubenschwangerschaft. In-8°, 137 p. avec fig. Berlin. — Sur l'anatomie de la grossesse tubaire.

Lenormant (Ch.) et **Desjardins** (A.). Anatomie d'une luxation ancienne, probablement congénitale, de la hanche. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Marchand (F.). Ueber Gehirncysticerken. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 371.) — Les cysticerques du cerveau.

Marie (R.) et **Rabé** (M.). Deux cas d'épithélioma à cellules cylindriques des fosses nasales avec envahissement du sinus maxillaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Biffi (U.) et **Ribeyro** (R. E.). Infección experimental de la llama (auchenia lama) con el virus vaccínico. (*Bol. de la Acad. nacion. de med. de Lima*, fév.)

Bremener (M.). De l'influence de la toxine diphtérique sur les échanges azotés et minéraux chez les animaux (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 9.)

Danilevsky (V.). Expériences sur l'irritabilité post mortem des appareils nerveux du cœur chez les mammifères (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 1er mai.)

Donati (M.). Sulla possibilità di produrre sperimentalmente l'ulcera gastrica mediante lesioni dei nervi estrinseci dello stomaco. (*Sperimentale*, LVIII, 2.)

Gayet (G.) et **Cavaillon** (P.). Recherches expérimentales sur l'exclusion du rein. (*Lyon méd.*, 29 mai.)

Hallopeau (P.) et **Proust** (R.). Contribution expérimentale à l'étude de la luxation du poignet en arrière. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Kemp (R. C.) et **Gardner** (A. W.). Experimental researches on resuscitation after death from chloroform. (*New York Med. Journ.*, 7 et 14 mai.) — Recherches expérimentales sur le rappel à la vie après mort par chloroforme.

Klingmüller (V.) et **Bärmann** (G.). Ist das Syphilisvirus filtrierbar? (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mai.) — Le virus syphilitique passe-t-il au filtre?

Kose (O.). Studie o alkalické reakci krve. (*Casopis lékaru ceskych*, 30 avril et 7 mai.) — Recherches expérimentales d'hémoalcalimétrie.

Le Play et **Corpechot**. Lésions rénales par action néphrolytique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Sowinski (Z.). Proby szczepienia kily na prosietach. (*Przeglad lekarski*, 27 fév. et 5 mars.) — Essais d'inoculation de la syphilis à des cochons de lait.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Breitman (M.). Les théories modernes du fonctionnement normal et pathologique du cœur d'après les recherches anatomiques, physiologiques et cliniques (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8 mai.)

Carini (F.). Sui nucleo-proteidi del cancro; contributo alla patogenesi della cachessia cancerigna. (*Morgagni*, mai.)

Christian (H. A.). Einige Beobachtungen über natürliche und künstlich erzeugte Leukotoxine. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — Leucotoxines naturelles et artificielles.

Kisch (E. H.). Die Lipomatosis als Degenerationszeichen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mai.) — L'obésité comme signe de dégénérescence.

Klecki (K.). O fagocytozie. (*Przeglad lekarski*, 2, 9, 16 et 23 avril.)

Kündig (H.). Ueber Agglutination von Typhusbazillen durch das Blutserum Ikterischer. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 28 mai.) — Agglutination du bacille d'Eberth par le sérum sanguin des ictériques.

Leduc (S.). Action du courant continu sur les toxines et les antitoxines. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mai.)

Morawitz (P.). Ueber die gerinnungshemmende Wirkung des Kobragiftes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — De l'action anticoagulante du venin de cobra.

MÉDECINE

Bassi (G.). Limitazione dell'area cardiaca mediante il palpamento. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mai.)

Belliboni (E.). A proposito della sindrome di Pick. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 mars.)

Bosse (H.). Ueber Asthma bronchiale. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 14 et 21 mai.)

De Giovanni (A.). Commentarii di clinica medica desunti dalla morfologia del corpo umano. 2e éd. In-8°, 570 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Dujon. Le volvulus de l'estomac. In-8°, 35 p. avec fig.

Ewing (J.). Clinical pathology of the blood; a treatise on the general principles and special applications of hæmatology. 2e éd. In-8°, 495 p. avec fig. Londres.

Fränkel (A.). Ueber Bronchostenose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 et 26 mai.)

Heidenheim. Ein Fall von Skorbut und Diabetes mellitus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 mai.)

Hirschfeld (H.). Ein Fall von tötlicher Magenblutung in Folge miliaren Aneurysmas einer Magenschleimhautarterie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 mai.) — Gastrorrhagie mortelle consécutive à la rupture d'un anévrysme miliaire d'une artère de la muqueuse gastrique.

Jenkins (G.). Diabetes insipidus. (*Amer. Practitioner and News*, 15 avril.)

Kienböck (R.). Pseudoangina pectoris hysterica; Radioscopia; Spasmus glottidis; Augmentatio pressus intrathoracalis; Evacuatio cordis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 mai.)

Klieneberger (C.) et **Oxenius** (R.). Ueber Urine und Urinsedimente bei normalen Personen, bei rheumatischen Erkrankungen und nach der Einwirkung von Salizylpräparaten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — De l'urine et des sédiments urinaires chez les individus sains, les rhumatisants et les personnes soumises à la médication salicylée.

Knapp (M. I.). Examination of the test-breakfast. (*Amer. Medicine*, 7 mai.) — L'examen du repas d'épreuve.

Landi (L.). Contributo alla diagnosi dello stomaco a clessidra; considerazioni semeiologiche e cliniche. (*Clinica moderna*, 4 mai.) — Diagnostic de l'estomac en sablier.

Lederer (O.). Ueber Ruminatio humana und ihre Beziehungen zur Hämophilie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 mai.) — Du mérycisme humain et de ses rapports avec l'hémophilie.

Lehmann (R.). Ein Beitrag zum Kapitel der traumatischen Herzerkrankungen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mai.) — Lésion traumatique du cœur.

Sears (G. G.). The prognosis of idiopathic pleurisy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 25 fév.)

MALADIES INFECTIEUSES

Baudran. Du terrain tuberculeux; rôle du fer dans la tuberculose. (*Bull. des scienc. pharmacol.*, mars.)

Bindi (F.). Quartana primitiva precoce. (*Clinica moderna*, 11 mai.)

Boggess (W. F.). The diagnosis and treatment of diphtheria. (*Amer. Practitioner and News*, 1er mai.)

Campani (A.). Sull'inizio anomalo di alcune infezioni. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mai.)

De Blasi (A.). Emoglobinuria nei malarici; ancora un caso di itteroemoglobinuria da chinina. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mai.)

Duque Estrada (H.). Hematologia do beriberi. (*Brazil-medico*, 22 avril et 1er mai.)

Ehrenfreund (F.). Ein Fall von geheiltem Tetanus. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 6.) — Tétanos avec guérison.

Eisendrath (D. N.). The prevention of tetanus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mai.) — Le traitement préventif du tétanos.

Huguenin. Quelques données statistiques sur la tuberculose des enfants et des adolescents. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Hukiewicz (B.). Ueber Masern-Scharlachfälle. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 5.) — Coexistence de rougeole et de scarlatine.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aldrich (Ch. J.). Fracture of the base of the skull as a cause of epilepsy. (*Med. News*, 21 mai.) — Fracture de la base du crâne comme cause d'épilepsie.

Azevedo Sodré (A. de). Frequencia da tabes dorsalis no Brazil. (*Brazil-medico*, 8 mai.)

Bechterev (V. von). Ueber eine eigentümliche Reflexerscheinung im Gebiete der Extremitäten bei centralen organischen Paralysen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.) — Phénomène réflexe particulier se produisant au niveau des membres dans les paralysies organiques centrales.

Bermann (M.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Lehre von der Cerebrospinalsklerose; unilaterales Intentionszittern. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 et 28 mai.) — Sclérose [en plaques] cérébro-spinale; tremblement intentionnel unilatéral.

Bernstein (A.). Du diagnostic des troubles psychiques aigus d'origine épileptique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 1er mai.)

Bomfim (M.). Das allucinações auditivas dos perseguidos. (*Gazeta clinica*, mai.)

Bonnier (P.). La perception de trépidation. (*Rev. neurol.*, 15 mars.)

Brasch (M.). Ueber eine besondere Form der familiären neurotischen Muskelatrophie (Dejerine-Sottas). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 3.)

Bruno (A.). Sulle paralisi alcooliche. (*Morgagni*, mai.)

Bumke. Zur Pathogenese der paralytischen Anfälle; zugleich ein Beitrag zur Anatomie der Pyramidenbahn. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.) — Pathogénie des attaques de paralysie; contribution à l'étude anatomique de la voie pyramidale.

Camus (J.) et **Pagniez** (P.). Isolement et psychothérapie; traitement de l'hystérie et de la neurasthénie; pratique de la rééducation morale et physique. In-8°, 408 p. avec fig.

Ceraulo (S.). Il riflesso di Babinski. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mai.)

De Buck. La psycholepsie de Janet et la théorie de Storch-Förster. (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bettmann. Ueber Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 1.) — Rapports de la pelade avec les inflammations dentaires.

Brito Foresti (J.). Sarcomas melánicos de la piel. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.) — Mélanosarcomes cutanés.

Jacobi (E.). Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen. 2e éd. In-8°, 132 p. avec planches. Vienne. — Atlas des maladies de la peau et des principales maladies vénériennes.

Jeandidier (A.). Deux cas de psoriasis vaccinal. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.)

Leredde. Thérapeutique des maladies de la peau. In-8°, 686 p. avec fig.

Lesser (E.). Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 11e éd. 2 vol. In-8°, 808 p. avec fig. Leipzig. — Traité des affections cutanées et vénériennes.

Linser (P.). Ueber den Hauttalg beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — Le sébum cutané chez l'homme sain et dans quelques affections cutanées.

PARASITOLOGIE

Bassewitz (E. von). Os muscideos perante a pathologia humana; monographia das myiasis. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 et 30 avril.)

Cartais. Contribution à l'étude de l'actinomycose des canalicules lacrymaux. (*Poitou méd.*, mai.)

Chronnell. Ankylostomiasis. (*Lancet*, 21 mai.)

Greig (E. D. W.) et **Gray** (A. C. H.). Note on the lymphatic glands in sleeping sickness. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.) — Les ganglions lymphatiques dans la maladie du sommeil.

Hintze (K.). Die Schlafkrankheit in Togo. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 et 26 mai.) — La maladie du sommeil au Togoland.

Neave (Sh.). Leishmania Donovani in the Soudan. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.)

Rogers (L.). Note on the occurrence of Leishman-Donovan bodies in « cachexial fevers », including kala-azar. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.)

Schauman (O.) et **Grönberg** (J.). Utöfvar den breda bandmasken naagot inflytande paa magsaftssekretionen? (*Hygiea*, mai.) — Le bothriocéphale exerce-t-il une influence sur la sécrétion de l'estomac?

Thévenot (L.). Actinomycose cervico-faciale; nouvelles observations. (*Arch. provinc. de chir.*, fév.)

CHIRURGIE

Alhaique (A.). A proposito delle fratture complicate della volta ossea del cranio; nota clinica. (*Medicina italiana*, 30 avril.)

Ameisen (M.). Przypadek niezwykly rozedmy podskornej. (*Przeglad lekarski*, 30 avril.) — Un cas insolite d'emphysème sous-cutané.

Ancel (P.) et **Sencert** (L.). Sur l'importance chirurgicale des ligaments hépatiques accessoires. (*Arch. provinc. de chir.*, fév.)

Ardouin (P.). Statistique des opérations pratiquées en 1901-1902-1903. (*Arch. provinc. de chir.*, mars.)

Baisch (B.). Beitrag zur Kasuistik der Darmstenose nach Brucheinklemmung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Rétrécissement de l'intestin consécutif à un étranglement herniaire.

Basile (G.). Un'appendicite simulante un'ernia strozzata. (*Policlinico*, 28 mai.) — Appendicite simulant un étranglement herniaire.

Bayer (J.). Die Verrenkungen der Mittelfussknochen im Lisfranc'schen Gelenk. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 372.) — La luxation du tarse au niveau de l'interligne articulaire de Lisfranc.

Binetti (G.). Sindrome di peritonite da perforazione nel corso di ulcera gastrica. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mai.)

Blake (J. A.). Some considerations in the treatment of tuberculosis of the testicle. (*Med. News*, 14 mai.)

Brandt. Beiträge zur Chirurgie der Mundhöhle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 mai.) — Sur la chirurgie de la cavité buccale.

Burley (B. T.). Bilateral facial atrophy, with report of a case and its treatment by the subcutaneous injection of paraffin. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 avril.)

Calderai (D.). Un caso singolare di edema cronico della mano. (*Clinica moderna*, 11 mai.)

Calderi (V. T.). Un caso di idromeningocele trattato con cura chirurgica radicale. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mai.)

Chechmintzev (N.). Traitement des fractures de la rotule par la suture circulaire (en russe). (*Prakt. Vratch*, 1er mai.)

Ciechomski (A.). Ropne zapalenie stawn skokowego ostre pochodzenia pneumokokowego. (*Gaz. lekarska*, 30 janv.) — Arthrite purulente aiguë de l'articulation tibio-tarsienne, d'origine pneumococcique.

Codivilla (A.). La mia esperienza nei trapianti tendinei. (*Policlinico*, partie chir., XI, 4 et 5.) — Etudes sur les greffes tendineuses.

Corner (E. M.). On acute infective gangrenous processes (necroses) of the alimentary tract. (*Lancet*, 14, 21 et 28 mai.)

Davis (B. B.). Intestinal perforation in typhoid fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mai.)

Delagénière (H.). De la voie endostomacale pour pratiquer le cathétérisme de l'œsophage dans les cas de rétrécissements infranchissables. (*Arch. provinc. de chir.*, janv.)

De Luna et **Pluyette.** Rétrécissement pylorique; gastro-entérostomie; guérison. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

Diwald (K.). Schussfraktur des linken Oberarmes. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 mai.) — Fracture du bras gauche par coup de feu.

Dombrovsky (N.). Un cas de cryptorchidie avec étranglement du testicule dans le canal inguinal (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 15 mai.)

Donati (M.). Sulle cisti del cordone spermatico di origine connettivale. In-8°, 11 p. Turin.

Engländer (B.). Jeszcze slow kilka o rozlanym przeroscie gruczolu piersiowego. (*Przeglad lekarski*, 19 mars.) — Sur l'hypertrophie diffuse de la glande mammaire.

Fink (F.). Ein Fall von Vortäuschung der Gallenblase. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 mai.) — Hypertrophie du lobe droit du foie simulant une hydropisie de la vésicule biliaire.

Finkelstein (B.). Contribution à l'étude de l'extirpation de la rate malarique hypertrophiée et déplacée (en russe). (*Prakt. Vratch*, 15 mai.)

François-Dainville (E.). Adénite para-inguinale; ganglion pré-pubien et en arrière du cordon spermatique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Fränkel (F.). Ueber die Erfolge der Leistenbruchoperation nach der Bassini'schen Methode; Bericht über 250 Fälle. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mai.) — Résultats de la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini.

French (H.). Leucocyte-counts in 83 cases of appendicitis; the limitations of leucocytosis as an indication for laparotomy. (*Practitioner*, juin.) — Valeur de la numération des leucocytes d'après 83 cas d'appendicite.

Fuller (E.). Operative surgery applied to the seminal vesicles; a demonstration of some new principles. (*Med. Record*, 21 mai.)

Göbel (C.). Die Principien des Bruchpfortenschlusses bei Cruralhernien unter Mitteilung einer neuen Methode von Mikulicz'. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — L'oblitération de l'anneau herniaire dans les hernies crurales; nouveau procédé de M. von Mikulicz.

Grad (H.). The therapeutic value of aseptic ergot in anesthesia and shock. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Gray (H. M. W.). Transplantation of tendon for musculo-spiral paralysis. (*Lancet*, 21 mai.) — Greffe tendineuse pour paralysie radiale.

Hendee (L.). Ein Fall von Meckel'schem Divertikel ungewöhnlicher Art. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.)

Jehle (A.). Thoraxempyem mit sekundärer Oesophagusfistel. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 mai.)

Morse (J. L.). A case of traumatic hemopericardium. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 3 mars.)

Moschcowitz (A. V.). Eine Modifikation der Syme'schen Amputation. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 14 mai.)

Murphy (F. T.). Report on blood-pressure observations at the Massachusetts General Hospital. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 10 mars.) — Observations sur la pression sanguine, recueillies au *Massachusetts General Hospital* [de Boston].

Niehans (P.). Zur Fracturbehandlung durch temporäre Annagelung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 1.) — Traitement des fractures par enclouage temporaire.

UROLOGIE

Balch (F. C.). The use of the cystoscope in determining what operation is advisable in prostatic hypertrophy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 avril.) — L'emploi du cystoscope pour poser les indications de l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de la prostate.

Berg (A.). Beitrag zur radikalen Operation bösartiger Neubildungen der Blase. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 28 mai.) — Cure radicale des tumeurs malignes de la vessie.

Bial (M.). Ueber das Vorkommen von Pentosurie als familiäre Anomalie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mai.)

Borelli (L.). Sulla presenza del peptone di Kühne nell'orina. (*Gazz. degli Osped.*, 22 mai.)

Boucher (J. B.). Abnormal mobility of the kidney. (*Yale Med. Journ.*, mai.) — Rein mobile.

Cabot (H.). Results of operations upon the prostate. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 avril.)

Chtchegolev (M.). De la constatation de l'urobiline dans les urines (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 9.)

Deanesly (E.). The relative advantages of suprapubic and perineal prostatectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 21 mai.)

Edebohls (G. M.). Renal redecapsulation. (*Med. Record*, 21 mai.)

Krotoszyner (M.) et **Willard** (W. P.). Investigations of the newer methods for diagnosing unilateral kidney lesions. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Recherches sur les procédés récemment préconisés en vue du diagnostic des lésions unilatérales du rein.

OPHTALMOLOGIE

Aubineau (E.). Ossification du cristallin. (*Gaz. méd. de Nantes*, 21 mai.)

Cantonnet (A.). Essai de traitement du glaucome par les substances osmotiques. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

Cohen (L.). A case of retinitis proliferans. (*Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, mars-avril.)

Fox (L. W.). Diseases of the eye. In-8°, 584 p. avec fig. Londres. — Les affections de l'œil.

Gibbons (E.). The eye, its refraction and diseases. In-8°, 472 p. Londres.

Gould (G. M.). Malposition of the head (torticollis, canted or tilted head) with resultant ill-health and spinal curvature due to eyestrain. (*Amer. Medicine*, 21 mai.) — Torticolis compliqué de déviation rachidienne et d'un mauvais état de santé, dû à l'asthénopie.

Haab (O.). Atlas und Grundriss der gesamten Augenheilkunde. 3. Band: Die Lehre von den Augenoperationen. In-8°, 399 p. avec fig. et planches. Munich. — Technique des opérations sur les yeux.

Isola (A.). Gangrena de los párpados, postvaricelosa. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.) — Gangrène des paupières consécutive à la varicelle.

Smith (Dorland). 100 cases of eye disease with bacteriological examination. (*Yale Med. Journ.*, mai.) — Examen bactériologique dans 100 cas d'affections oculaires.

Wiesner (D. H.). Asthenopia; a clinical study. (*Med. News*, 14 mai.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bacon (Ch. S.). The operative treatment of eclampsia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mai.)

Ballantyne (J. W.). Essentials of obstetrics. In-8°, 242 p. Londres.

Bender (X.) et **Nandrot**. Tuberculose ulcéreuse de la région vulvo-périnéale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Bluhm (Agnes). Zur Kasuistik der Missbildungen der weiblichen Genitalien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mai.) — 3 cas de malformation génitale chez des femmes.

Bowen (W. S.). Intestinal obstruction following laparotomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Occlusion intestinale post-laparotomique.

Brodhead (G. L.). Posterior introduction of the forceps. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Clark (J. G.). Unsettled questions in abdominal surgery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Quelques problèmes de chirurgie abdominale.

Doran (A.). Hæmatoma and hæmatocele; a study of two cases of early tubal pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 21 mai.)

Ehrlich (H.). Ueber Mastitis lactantium. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 avril, 7, 14, 21 et 28 mai.)

Gallant (A. E.). The puerpera; her care and comfort during convalescence, particularly the prevention of visceral prolapse. (*Amer. Medicine*, 14 mai.) — Soins à donner aux nouvelles accouchées, notamment en vue de prévenir les prolapsus viscéraux.

Glockner (A.). Ueber secundäres Ovarialcarcinom. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.)

Grein (E.). Ein Fall von Chorioepithelioma malignum, nebst einigen Bemerkungen über Spontanheilung und Therapie bei dieser Erkrankung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.)

Hegar (K.). Muss jeder frische Dammriss genäht werden? (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mai.) — Doit-on pratiquer la périnéorrhaphie immédiate dans tous les cas de rupture du périnée?

PÉDIATRIE

Althaus. Ein Fall von Laryngotomie zur Entfernung eines Fremdkörpers bei einem 10 Monate alten Kinde. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.) — Laryngotomie pour l'extraction d'un corps étranger chez un enfant de dix mois.

Astros (L. d'). Les infections cutanées chez le nourrisson. In-8°, 52 p. Rouen.

Ausset (E.). La maladie de Barlow. (*Echo méd. du Nord*, 15 et 22 mai.)

Barbier et **Delcominette**. 25 ans de fonctionnement de la crèche Eugénie à Liège. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, nov. 1903-fév.)

Budin (P.). Etude sur la mortalité de la première enfance. In-8°, 11 p. avec fig. Melun. Impr. administrative.

Cassel. Ueber Nephritis heredo-syphilitica bei Säuglingen und unreifen Früchten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mai.) — La néphrite hérédo-syphilitique chez le fœtus et chez le nourrisson.

David (M.). Beitrag zur Frage der Coxa valga. (*Monatssch. f. orthopäd. Chir.*, mai.)

Erdmann (J. F.). Intussusception. (*New York Med. Journ.*, 14 mai.)

Grisel. De l'invagination intestinale de l'enfant. In-8°, 46 p. Rouen.

Groth (A.). Die wahrscheinliche Ausdehnung der natürlichen und künstlichen Ernährung in München und ihr Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.) — La fréquence approximative de l'alimentation naturelle et artificielle à Munich et son influence sur la mortalité des nourrissons.

Heiman (H.). Multiple gonorrhœal peri-arthritis in a child, probably due to inoculation through a wound. (*Med. Record*, 21 mai.) — Périarthrite gonococcique multiple chez un enfant, probablement par inoculation au niveau d'une plaie cutanée.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Birge (W. S.). A new treatment for morphine addiction. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 avril.) — Traitement de la morphinomanie.

Butler (G. R.). The prophylaxis and medical treatment of diseases of the pancreas. (*Med. News*, 21 mai.)

Church (W. F.). Local applications in pneumonia. (*Med. Record*, 14 mai.)

Del Genovese (P.). Un caso di tetano guarito col cloralio. (*Clinica moderna*, 27 avril.)

Ferrer (J. M.). The treatment of pneumonia. (*Med. Record*, 21 mai.)

Graul (G.). Einführung in das Wesen der Magen-, Darm- und Konstitutions-Krankheiten und in die Grundsätze ihrer Behandlung. 2. Teil: Die Therapie der Magen-, Darm- und Konstitutions-Krankheiten. In-8°, 235 p. Wurtzbourg. — Le traitement des affections de l'estomac et de l'intestin, ainsi que des maladies constitutionnelles.

Hodara (M.). Innerliche Darreichung von Ichthyol in drei Fällen von Mykosis fungoides, und hämatologische Untersuchung zweier dieser Fälle um die Zeit ihres Beginnes. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai.) — Administration interne d'ichtyol dans trois cas de mycosis fongoïde; examen hématologique de deux de ces cas à leur début.

Holobut (T.). Osm przypadkow tezca leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej. (*Przeglad lekarski*, 5 et 12 mars.) — 8 cas de tétanos traités par des injections d'émulsion cérébrale.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bärmann (G.) et **Linser** (P.). Beiträge zur chirurgischen Behandlung und Histologie der Röntgenulzera. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.) — Traitement chirurgical et histologie des ulcères dus aux rayons de Röntgen.

Blondlot (R.). Rayons N, avec des notes complémentaires et une instruction pour la confection des écrans phosphorescents. In-16, 78 p. avec fig.

Finch (E. B.). A case of Hodgkin's disease treated by X-rays. (*Med. Record*, 14 mai.)

Fittig (O.). Ueber die Behandlung der Carcinome mit Röntgenstrahlen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — La radiothérapie du cancer.

Gallemaerts et **Loosfelt**. La radio-activité et ses effets thérapeutiques. (*Policlinique*, 1[er] mai.)

Gauthier (C.-L.). Traitement de diverses tumeurs par les rayons X et par la méthode de l'histofluorescence. (*Arch. provinc. de chir.*, avril.)

Guilleminot (H.). Etat actuel de la question des rayons N. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mai et 10 juin.)

Jansen. Verhalten der faradocutanen Sensibilität nach Anwendung hydriatischer Proceduren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mai.) — Etat de la sensibilité farado-cutanée après les diverses pratiques hydrothérapiques.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Barbary (F.). Cure libre de la tuberculose et climat méditerranéen; étude critique des climats d'altitude et du climat méditerranéen. In-8°, 52 p. Nice.

Dejace (L.). Voyage d'études médicales aux stations thermales et climatériques du sud-est de la France en 1903. In-8°, 113 p. avec fig. Liège.

Gilbert (W. H.), **Meissner** (P.) et **Oliven** (A.). Die bei der dritten deutschen Aerzte-Studienreise besuchten rheinischen, hessischen, lippischen und waldeckschen Bäder. In-8°, 340 p. avec fig. Berlin. — Troisième voyage d'études médicales aux stations balnéaires de la Prusse rhénane, de la Hesse et des principautés de Lippe et de Waldeck.

Grinevetzky (A.). La douche chaude locale; son histoire, sa technique, sa valeur et les indications de son emploi (en russe). (*Physiotérap. viéstnik*, janv.)

Labat (A.). Bains de mer d'Angleterre. In-8°, 79 p.

Lawson (D.). The results of treatment in 301 cases of phthisis by open-air methods. (*Lancet*, 21 mai.) — Résultats de la cure d'air dans 301 cas de phtisie.

BACTÉRIOLOGIE

Altschüler (E.). Ueber die Beziehungen des Bacillus fæcalis alkaligenes zu den Typhusbazillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mai.)

Baccarani (U.). Contributo alla setticemia pura da tetragono. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mai.)

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen umfassend Bakterien, Pilze und Protozoën (18. Jahrgang, 1902). 1[re] partie. In-8°, 368 p. Leipzig. — Compte rendu des progrès réalisés dans l'étude des microorganismes pathogènes pendant l'année 1902.

Piltz (W.). Ueber den Keimgehalt der Vulva und Urethra. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Sur la flore vulvaire et uréthrale.

Zlatogorov (S.). Contribution à la morphologie et à la biologie du microbe de la peste et du *Bacillus pseudotuberculosis rodentium* (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 avril, 1[er] et 8 mai.)

24e ANNÉE. — N° 29. Vingt centimes le numéro. 20 JUILLET 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Inauguration du monument Pasteur à Paris.

Le monument Pasteur, qui a été inauguré solennellement, samedi dernier, en présence du président de la République entouré des membres du gouvernement, des plus hauts représentants de la science et de la littérature françaises — Pasteur appartenait à l'Académie française en même temps qu'il faisait partie de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine —, de nombreuses délégations des savants de tous les pays, n'est pas le premier témoignage que la France apporte à la mémoire du plus illustre savant du siècle passé. Déjà plusieurs villes lui ont dressé des statues ou des monuments : Dôle, où il est né; Arbois, où il a passé son enfance; Besançon; Lille, qui a largement bénéficié de son enseignement et de ses découvertes; Alais, qui lui doit le succès de la sériciculture; Melun et Chartres, la préservation de leurs troupeaux; Marnes, où il eut son dernier laboratoire et où il vint mourir.

Le monument élevé à Paris, sur la place Breteuil, tout proche du boulevard Pasteur, est le produit d'une souscription internationale, consécration universelle de la gloire du grand Français dont les découvertes dans le domaine de la biologie et de la médecine sont autant de bienfaits pour le genre humain. Il a été bien inspiré, le célèbre et regretté artiste Falguière, dans sa dernière œuvre, en représentant le Maître assis, la figure empreinte de bonté, calme et méditative, et autour du piédestal, des groupes qui symbolisent les principales découvertes dont l'Humanité est redevable à ce génie bienfaisant.

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants étrangers MM. Ronald Ross (de Liverpool) et Weir Mitchell (de Philadelphie).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur G. C. Ferrari, privatdocent à la Faculté de médecine de Modène, est nommé privatdocent de psychiatrie.

M. le docteur Ivo Bandi est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Paul Krömer est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Alfred Stieda est nommé privatdocent de chirurgie et d'orthopédie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur W. Krauss est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Guglielmo Mondio, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Giuseppe D'Arrigo est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Amilcare Bietti, privatdocent à la Faculté de médecine de Pavie, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Domenico Della Rovere, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Luiz da Costa Chaves Faria, professeur suppléant, est nommé professeur de dermatologie et de syphiligraphie, en remplacement de M. João Pizarro Gabizo, décédé.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Nicola Giuseppe Zirolia est nommé privatdocent d'hygiène expérimentale.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur L. Krehl, professeur à la Faculté de médecine de Tubingue, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. B. Naunyn, démissionnaire.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur E. M. Romberg, professeur à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. L. Krehl.

Faculté de médecine de Vienne. — MM. les docteurs Leopold Freund, Guido Holzknecht et Robert Kienböck sont nommés privatdocenten de radiologie médicale.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur A. Favitzky, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire de thérapeutique.

Owens College de Manchester. — M. le docteur A. S. Delépine, professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique, est nommé professeur de médecine expérimentale et de bactériologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Ch.-A. Gayet, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Otto Christian Lovén, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Stockholm. — M. le docteur F. Heisrath, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur William A. McKeown, lecteur d'ophtalmologie et d'otologie à Queen's College de Belfast. — MM. les docteurs John Birkett ancien lecteur de chirurgie à Guy's Hospital Medical School, et Alexander O. MacKellar, ancien lecteur de chirurgie à St. Thomas's Hospital Medical School de Londres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Auby (E.). De l'influence de l'insertion du placenta au segment inférieur sur la grossesse et sur l'accouchement.

Beauvy (A.). Recherches cliniques sur l'acétonurie en dehors du diabète et de la puerpéralité.

Chancel (L.). La luxation trapézo-métacarpienne.

Chanteloup. Du traitement des hémorrhagies post-partum.

Comte (Ch.). Les auxiliaires médicaux et les « district-nurses ».

Darin (P.). Les médecins et la mutualité.

Disser (L.). Des résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans le traitement de la gangrène pulmonaire.

François (R.). L'appendicite au cours de la fièvre typhoïde.

Gangloff (A.). Contribution statistique à l'étude de la tare héréditaire (vésanique, nerveuse et toxique) chez les aliénés.

Guilloteau (F.). Des calculs salivaires du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire.

Lieutier (A.). De l'action de la belladone sur la sécrétion gastrique et de son application au traitement de l'hyperchlorhydrie.

Mignardot (P.). Des rétrécissements et des traumatismes des voies respiratoires supérieures dans leurs rapports avec la tuberculose : trachéotomie et tuberculose.

Miquel (L.). De la valeur nosologique de la maladie de Dercum.

Moguilewsky (Ch.). La médication acide duodénale.

Nau (P.). Les scolioses congénitales.

Rabier (P.). Du rôle social du médecin.

Sorlin d'Origny. Lésions dentaires consécutives à des affections du sinus maxillaire.

Weill (B.). Le développement de l'hystérie dans l'enfance.

Yuzbachian (A.). Considérations étiologiques et anatomo-pathologiques sur les phlébo-scléroses.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Arteaga (J. F.). A contribution to the physiologic study of the normoblasts. (*Amer. Medicine*, 14 mai.)

Azoulay (L.). Préparations et méthode de M. S. Ramón y Cajal pour la coloration des fibrilles intraprotoplasmiques (neuro-fibrilles) dans la cellule nerveuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Crandon (L. R. G.). Surgical anatomy of the prostate. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 avril.)

Dejerine (J.). Quelques considérations sur la théorie du neurone. (*Rev. neurol.*, 15 mars.)

Dionis du Séjour. Lobe surnuméraire du poumon droit; lobe de la veine azygos. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Elliott (T. R.). On the innervation of the ileocolic sphincter. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 2.)

Pregowski (P.). Dzialanie wody na obumarle komorki nerwowe w ludzkiej korze mózgowej. (*Przeglad lekarski*, 30 janv.) — L'action de l'eau sur les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale chez l'homme.

Stöhr (Ph.). Manuel technique d'histologie. (Trad. de l'allemand par H. Toupet, Critzman et P. Mulon.) 3e éd. In-4°, 514 p. avec fig.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Marinesco (G.). Recherches sur la structure de la partie fibrillaire des cellules nerveuses à l'état normal et pathologique. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Metzenbaum (M.). Specimen of pseudarthrosis or false joint of the ulna. (*Cleveland Med. Journ.*, avril.)

Neri (F.). Sopra un caso d'incipiente adenocarcinoma primitivo, circoscritto alla mucosa e sottomucosa, di un'appendice vermiforme con infiammazione cronica, causa di ripetuti attacchi appendicitici. (*Clinica moderna*, 11 mai.)

Randolph (B. M.). A case of spontaneous arrest of growth in an endothelioma, with subsequent inflammatory absorption. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, avril.) — Arrêt spontané de croissance d'un endothéliome, avec résorption inflammatoire consécutive.

Ribbert (H.). Ueber das Gefässsystem und die Heilbarkeit der Geschwülste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 mai.) — La circulation des tumeurs et leur curabilité.

Van Cott (J. M.). Renal decapsulation from the pathologist's point of view. (*Med. News*, 21 mai.) — La décapsulation du rein au point de vue anatomo-pathologique.

Vigouroux (A.) et **Laignel-Lavastine.** Dysarthrie provoquée par une lacune de désintégration de la substance blanche du cap de la troisième frontale gauche. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Nuttall (G.), **Graham-Smith** et **Strangeways.** Blood immunity and blood relationship : a demonstration of certain blood relationships amongst animals by means of the precipitin test of blood. In-8°, 444 p. Cambridge.

Philippson (L.). Vermeintliche Probleme in der Pathologie; die allgemeine Pathologie vom Standpunkte des Arztes aus beurteilt. In-8°, 194 p. Vienne.

Sick (K.). Ueber Herkunft und Wirkungsweise der Hämagglutinine. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — Origine et mode d'action des agglutinines.

Stern (H.). Who is underfed? (*Med. Record*, 21 mai.) — Quand la ration alimentaire doit-elle être considérée comme insuffisante?

Syllaba (L.). Serum krevní u blednicky; prispevek ke studiu pathogenesy této choroby. (*Casopis lékaru ceskych*, 21 et 28 mai.) — Le sérum sanguin dans la chlorose.

Vigliani (R.). Alcune considerazioni sul potere saccarificante del sangue in condizioni normali e patologiche; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 22 mai.)

Wassermann (A.) et **Bruck** (C.). Ueber die Wirkungsweise der Antitoxine im lebenden Organismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mai.) — Mode d'action des antitoxines *in vivo*.

MÉDECINE

Lemoine (G.). Des symptômes de la pleurésie. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Marelli (G.). Varia sintomatologia del carcinoma gastrico. (*Gazz. degli Osped.*, 22 mai.)

Neusser (E.). Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomatologie und Diagnostik. I. Heft : Bradycardie; Tachycardie. In-8°, 49 p. Vienne.

Opie (E. L.). Lesions peculiar to the pancreas and their clinical aspect. (*Med. News*, 21 mai.)

Orlowski (W.). Spostrzezenia nad przebiegiem spiaczki cukrzyczej. (*Przeglad lekarski*, 9 janv.) — Evolution du coma diabétique.

Pensuti (V.). La clinografia nella sua pratica applicazione. (*Clinica medica italiana*, avril.)

Prentiss (D. W.). Floating liver. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — L'hépatoptose.

Presslich (W.). Ein Beitrag zur Kenntnis des menschlichen Wiederkauens. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 et 30 avril, 7, 14 et 21 mai.) — Sur le mérycisme humain.

Reichl (R.). Zur Symptomatologie des Diabetes mellitus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 23 mai.)

Richartz (H.). Ueber die Differentialdiagnose zwischen spindelförmiger Erweiterung und tiefsitzendem Divertikel des Oesophagus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 et 19 mai.) — Diagnostic différentiel de la dilatation fusiforme de l'œsophage d'avec le diverticule bas situé de cet organe.

Riegel (F.). Ueber Hyperazidität und Hypersekretion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 et 19 mai.)

Rosenbach (O.). Bemerkungen über funktionelle Diagnostik, mit besonderer Berücksichtigung der Perkussion des Herzens. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.) — Le diagnostic fonctionnel, notamment au point de vue de la percussion du cœur.

Ruth (C. E.) et **Rider** (A. S.). Laboratory aids in clinical diagnosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mai.)

Sérégé (H.). Rein mobile et entéroptose. In-8°, 20 p. Bordeaux.

MALADIES INFECTIEUSES

Carter (H. R.). Some characteristics of Stegomyia fasciata which affect its conveyance of yellow fever. (*Med. Record*, 14 mai.) — Rôle du *Stegomyia fasciata* dans la transmission de la fièvre jaune.

Krokiewicz (A.). Zur Pathogenese des Diplopneumococcus Fränkel-Weichselbaum; ein Fall von Pneumococcosepsis metastatica. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 mai.)

Labougle. Au sujet du paludisme aigu à forme typhoïde; observation de fièvre continue palustre avec phlébite chronique de quelques veines superficielles et inflammation de la saphène interne gauche. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 mai.)

Lugo (P. E.). Beriberi en ataques. (*Gaceta med. de Caracas*, 31 mars.)

Mendonça (A.). A febre amarella. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 avril.) — De la fièvre jaune.

Pfeiffer (W.). Die Typhusbewegung auf der medizinischen Klinik in Kiel von 1885-1902, nebst Bemerkungen über die Abkühlung durch Wasserkissen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — La fièvre typhoïde à la clinique médicale de Kiel de 1885 à 1902; notes sur la réfrigération par les coussins à eau.

Pospischill (D.). Ueber Rubeolae und Doppelexantheme. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 6.) — Sur la rubéole et les fièvres éruptives associées.

Sebor (J.). O vzájemném vztahu mezi tehotenstvím a nekterymi chorobami vnitrními. (*Casopis lékaru ceskych*, 7 et 21 mai.) — Influence de la grossesse sur la phtisie pulmonaire.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Dewey (R.). A case of circular insanity studied from clinical, differential and forensic standpoints. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 avril et 7 mai.) — Un cas de folie circulaire étudié au point de vue clinique, diagnostique et médico-légal.

Diller (Th.). Arteriosclerosis of the central nervous system. (*New York Med. Journ.*, 7 mai.)

Dinkler. Zur Kasuistik der multiplen Herdsklerose des Gehirns und Rückenmarks. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 3.) — Sclérose en plaques cérébro-spinale.

Dubois. Troubles de la sensibilité dans les états neurasthéniques et mélancoliques. (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

Dufour (H.). Déviation conjuguée de la tête et des yeux avec hémianopsie homonyme; son origine sensorielle. (*Rev. neurol.*, 15 avril.)

Ehrlich (F.). Ist die « schmerzhafte Magenleere » eine nervöse Erkrankung? (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mai.) — La « vacuité douloureuse de l'estomac » doit-elle être rangée parmi les affections nerveuses?

Erb (W.). Ueber Dysbasia angiosclerotica (intermittierendes Hinken). (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.) — De la claudication intermittente.

Ferri (P.). La dissociazione delle sensibilità elementari nell'emiplegia. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mai.)

Friend (S. H.). Prostatic crisis. (*New York Med. Journ.*, 14 mai.)

Guillain (G.) et **Courtellemont** (V.). Polynévrite sulfo-carbonée. (*Rev. neurol.*, 15 fév.)

Gulbenk (G.). Sur un cas de dysantigraphie. (*Rev. neurol.*, 15 fév.)

Hagelstam (J.). Ueber Tabes und Taboparalyse im Kindes- und Entwicklungsalter. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 3.) — Tabes infantile et juvénile, avec ou sans paralysie générale concomitante.

Hijmans (H. M.). Over «intermitteerend hinken». (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 mai.) — De la claudication intermittente.

Hirschfeld (M.). Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen. In-8°, 68 p. Leipzig. — Recherches statistiques sur le pourcentage des homosexuels.

Josefson (A.). Jätteväxt. (*Hygiea*, mai.) — Du gigantisme.

Larrivé (F.). Un cas de retard de la parole par malformation anatomique chez un arriéré épileptique; tentative de traitement chirurgical. (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

Long (E.). Un cas d'hémiplégie de cause cérébrale avec hémianesthésie persistante. (*Rev. neurol.*, 15 fév.)

Lugaro (E.). Sulle allucinazioni unilaterali dell'udito; osservazione clinica. (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, mai.)

Marinesco (G.). Sur 2 cas de paralysie flasque dus à la compression du faisceau pyramidal sans dégénérescence de ce dernier, avec signe de Babinski et absence des réflexes tendineux et cutanés. (*Rev. neurol.*, 15 mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Eltzina (Z.). A propos de la climatothérapie de la syphilis (en russe). (*Prakt. Vratch*, 8 et 15 mai.)

Gailleton. Diagnostic de la syphilis au moment de la naissance; mesures à prendre pour la prophylaxie des nourrices. (*Lyon méd.*, 22 mai.)

Lublinski (W.). Ueber das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mai.) — Leucoplasie et syphilis.

Molle. Un cas de réinfection syphilitique chez un diabétique. (*Lyon méd.*, 29 mai.)

Neumann. Ueber Vererbung der Syphilis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 mai.) — Sur la transmission héréditaire de la syphilis.

Pawloff (P. A.). Zur Frage der sogenannten gutartigen sarkoiden Bildungen der Haut (Böck). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai.) — Sur les tumeurs sarcoïdes bénignes de la peau.

Respighi (E.). Eritema da alcool etilico. (*Clinica moderna*, 27 avril.)

CHIRURGIE

Ceccherelli (A.). Contributo alla splenopessia. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mai.)

Henle. Zur Casuistik des Ileus. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 28 mai.)

Herbet (H.). Fracture verticale du corps de l'astragale; luxation du fragment postérieur en arrière. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Isaia (A.). Studio clinico-statistico sopra i sarcomi osservati in 18 anni di clinica chirurgica dal professor Francesco Durante. (*Policlinico*, partie chir., XI, 2, 4 et 5.)

Jaboulay (M.). Tuberculose du tarse antérieur. (*Arch. provinc. de chir.*, janv.)

Jordan (O.). Ueber Pyämie mit chronischem Verlauf. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.) — Pyohémie à marche chronique.

Kelling (G.). Zur Frage der intrathorakalen Operation der Speiseröhre. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 21 mai.) — Des interventions intrathoraciques sur l'œsophage.

Keyser (Ch. R.). Five cases of carcinoma of the male breast. (*Lancet*, 28 mai.) — 5 cas de cancer du sein chez l'homme.

Labey (G.). Chirurgie du membre inférieur. In-8°, 244 p. avec fig.

Lange (B.). Die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mai.) — Sur le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.

Lefmann (G.). Ueber Duodenotomie zur Entfernung von Gallensteinen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — L'extraction des calculs biliaires par la duodénotomie.

Leser (E.). Die specielle Chirurgie in 60 Vorlesungen. 6e éd. In-8°, XXVIII-1158 p. avec fig. Iéna.

Litthauer (M.). Ueber einen Fall von Sinus pericranii. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 mai.)

Lord (J. P.). Multiple loose bodies in the knee joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mai.) — Corps libres multiples de l'articulation du genou.

Masnata (G.). Nuovo processo di gastroenterostomia; ricerche sperimentali ed osservazioni cliniche. (*Policlinico*, partie chir., XI, 5.)

Monprofit (A.). Une nouvelle méthode d'anastomose et d'exclusion intestinale : de l'anastomose par implantation double et de l'exclusion avec drainage par l'intestin. (*Arch. provinc. de chir.*, janv. et fév.)

Moreau et **Duroux**. Deux cas de phlébite à mode de localisation paradoxale. (*Lyon méd.*, 29 mai.)

Morestin (H.). Deux cas de tuberculose labiale et labio-gingivale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Moschcowitz (A. V.). Claudius' catgut, a new and effective method for its sterilization. (*Med. Record*, 14 mai.)

Poper (P.). Des ruptures sous-cutanées du muscle droit de l'abdomen (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8 mai.)

Porges (R.). Eine Nahtmethode zur Vermeidung von versenkten Nähten bei der Bassini'schen Operation. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 28 mai.) — Procédé de suture supprimant les fils perdus dans l'opération de Bassini.

Raulin (L.). Kyste hydatique du foie ouvert dans l'intestin, la plèvre et le poumon; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 mai.)

Reich. Ueber die Glykogenreaktion des Blutes und ihre Verwertbarkeit bei chirurgischen Affektionen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — La réaction iodophile du sang et sa valeur en chirurgie.

Riethus (O.). Ueber primäre Muskelangiome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.)

Rodman (W. L.). Hernia. (*Med. Bull.*, mai.)

Roussy (G.) et **Boudet** (G.). Hernie diaphragmatique étranglée. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Sadlier (J. E.). A plea for early operative interference in cases of acute appendicitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.) — Utilité de l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë.

Savini (C.). The modification of Mattoli in the operation of von Hacker for gastro-enterostomy. (*Med. News*, 14 mai.)

Schloffer (H.). Die Laparotomie im Dienste der Rectumexstirpation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — De la voie abdominale pour l'extirpation du rectum.

Schramm (H.). Przyczynek do nauki o tak zwanem Volkmannowskiem niedokrwistem porazeniu i skurczeniu miesni. (*Przeglad lekarski*, 16 et 23 janv.) — Sur la paralysie musculaire ischémique de Volkmann.

Sherrill (J. G.). Cancer of the intestine. (*Med. News*, 21 mai.)

Stein (A. E.). Paraffin-Injektionen; Theorie und Praxis. In-8°, 166 p. avec fig. Stuttgart.

Steven (J. L.). On the surgical treatment of diseases of the stomach from a physician's point of view. (*Lancet*, 28 mai.) — Le traitement chirurgical des maladies de l'estomac, envisagé au point de vue médical.

Stone (E. P.). A case of diabetes mellitus; gangrene of the foot; operation; recovery. (*New York Med. Journ.*, 21 mai.) — Gangrène diabétique du pied; opération; guérison.

Suarez Gamboa (R.). La celiorrafia anterior. In-8°, 24 p. avec fig. Mexico.

Thomson (A.) et **Miles** (A.). Manual of surgery. T. II : regional surgery. In-8°, 740 p. avec fig. Londres.

Tousey (S.). A case of carcinoma of retained testis. (*Med. News*, 14 mai.) — Cancer du testicule ectopique.

Van Hook (Weller). The ammonium sulphate method of sterilizing catgut. (*Med. News*, 14 mai.) — La stérilisation du catgut par le sulfhydrate d'ammoniaque.

Vogel (K.). Physostigmin nach Laparotomien. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 mai.)

Wynstone-Waters (E.). Wound of the left thorax, with extensive laceration of the pleura. (*Lancet*, 28 mai.) — Plaie thoracique gauche avec vaste déchirure de la plèvre.

UROLOGIE

Freyer (P. J.). On an eighth series of cases of total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. (*Brit. Med. Journ.*, 21 mai.) — La cure radicale de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie totale.

Goldschmidt (A.). Ueber eine eigenartige Ursache doppelseitiger Hydronephrose : Ventilklappenverschluss beider Harnleitermündungen durch eine Falte der Blasenmukosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.) — Occlusion valvulaire des deux orifices urétéraux par un repli de la muqueuse vésicale; hydronéphrose bilatérale consécutive.

Högerstedt (A.). Die Technik der Ammoniakdestillation beim Bestimmen des Stickstoffs nach Kjeldahl. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 28 mai.) — Technique de la distillation de l'ammoniaque dans le dosage de l'azote [urinaire] par le procédé de Kjeldahl.

Johnson (A. B.). Some remarks on tuberculosis of the urinary bladder. (*Med. News*, 14 mai.) — De la tuberculose vésicale.

Katzenstein (M.). Ueber eine seltene Form der Epispadie, die Eichelepispadie, und ihre Entstehung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 mai.) — L'épispadias balanique et sa pathogénie.

Kostlivy (S.). Ueber interparietale Hydrocelen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 mai.)

Lund (F. B.). Prostatectomy, spinal anesthesia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 avril.)

Matthias (F.). Vereiterung des persistierenden Urachus mit Durchbruch in die Blase und in die Bauchdecken. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Suppuration de l'ouraque avec irruption de la collection purulente dans la vessie et dans la paroi abdominale.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Herman (R.). Un cas de grossesse à la fois intra-utérine et abdominale. (*Rev. chir. belge et du Nord de la France*, mai.)

Honig (P. J. J.). Een geval van retentie der doode vrucht in utero. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 mai.) — Rétention du fœtus mort dans l'utérus.

Kheyfetz (M.). Contribution à l'étude des corps étrangers du vagin (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8 mai.)

La Torre (F.). Perineorrafia col processo La Torre. (*Policlinico*, 21 mai.)

Martin (F. H.). Operative treatment of retroversion of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril et mai.)

McDonald (E.). Complications and degenerations of uterine fibromyomata; a pathologic and statistical study of 280 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mai.)

Menge. Intraperitoneale Ligamentverkürzung mit ausschliesslicher Verwendung von Catgut als Fixationsmittel. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 mai.) — Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments [ronds] à l'aide de catgut comme unique matériel de suture.

Mond (R.). Ueber einen Fall von akutem Hydramnion bei Zwillingsschwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 mai.) — Hydramnios aigu dans un cas de grossesse gémellaire.

Noble (Ch. P.). The treatment of fibroid tumors of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mai.)

Ouspensky (V.). Opération conservatrice des fibromes de l'utérus par la voie vaginale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 9.)

Piskacek (L.). Ueber die Frühdiagnose der Gravidität. (*Wien. med. Wochensch.*, 14 et 21 mai.) — Le diagnostic précoce de la grossesse.

Porter (Ch. A.) et **Quinby** (W. C.). A case of ovarian tumor with twisted pedicle; three reductions without operation; operation; recovery. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 7 avril.) — Tumeur ovarienne avec torsion du pédicule, réduite trois fois sans intervention sanglante; opération; guérison.

Raineri (G.). Mola vescicolare ed eclampsia. (*Gazz. degli Osped.*, 15 mai.)

Rosenberg (J.). 3 unusual obstetric cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Rühl (W.). Ueber die Tamponade des Uterus nach vaginalem Kaiserschnitt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 mai.) — Le tamponnement de l'utérus à la suite de l'opération césarienne vaginale.

Rydygier (A.). Niezwykla tresc w przepuklinie wargi sromowej. (*Przeglad lekarski*, 16 avril.) — Contenu insolite dans une hernie de la grande lèvre.

Savidge (E. C.). The unclassified troubles of women. (*Med. Record*, 14 mai.) — Troubles gynécologiques non classés.

Scaramucci (F.). Contributo alla cura ed alla etiologia del vomito incoercibile delle gravide. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mai.)

Sellheim (H.). Zur Bestimmung des geraden Durchmessers des Beckeneinganges. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 mai.) — Mesure du diamètre promonto-pubien.

Skutsch (F.). Zur Frage von der Bedeutung der Retroflexio uteri. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.)

Steffeck (P.). Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Placenta prævia. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 mai.) — Opération césarienne vaginale pour placenta prævia.

Stöckel (W.). Die Cystoskopie des Gynäkologen. In-8°, 321 p. avec fig. Leipzig.

Williams (W. Roger). Vaginal tumours, with special reference to cancer and sarcoma. In-8°, 92 p. Londres.

PÉDIATRIE

Hutchison (R.). On some disorders of the blood and blood-forming organs in early life. (*Lancet*, 7, 14 et 21 mai.) — Sur certaines maladies du sang et des organes hématopoiétiques chez l'enfant.

Julien (L.). Sur un cas de macroglossie. (*Echo méd. du Nord*, 29 mai.)

Jundell (I.). 2 Fälle von Influenzabazillenmeningitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LIX, 6.)

Langmead (F.). On three cases of suprarenal apoplexy in children. (*Lancet*, 28 mai.) — 3 cas d'hémorrhagie surrénale chez des enfants.

Loisel (M.). Note sur un cas d'atrophie infantile. (*Normandie méd.*, 15 mai.)

McConnell (G.). Sarcoma of the bladder and prostate gland, causing a cyst of the urachus and bilateral hydronephrosis in a 9 months old baby. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, avril.) — Sarcome de la vessie et de la prostate, ayant déterminé un kyste de l'ouraque et une hydronéphrose bilatérale chez un enfant de neuf mois.

Monteiro Vianna. Qual a conducta do medico nas vaginites purulentas da infancia? (*Gazeta clinica*, mai.)

Morquio (L.). Tres casos de nefritis varicelosa. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Neumann (H.). Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. 4e éd. In-8°, 452 p. Berlin. — Traité de thérapeutique infantile.

Raw (N.). Primary intestinal tuberculosis in children; perforation of ulcers. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.) — La tuberculose primitive de l'intestin chez l'enfant; perforation des ulcérations.

Tobler (L.). Ueber Pseudoaszites als Folgezustand chronischer Enteritis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — La pseudo-ascite consécutive à l'entérite chronique.

TÉRATOLOGIE

Cichorius. Ein Fall von Sirenenbildung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.) — Symélie pelvienne.

Crispin (E. S.). Gynæcomastia. (*Lancet*, 28 mai.)

Gaitskell (H. A.). A case of congenital deficiency of both upper limbs. (*Lancet*, 28 mai.) — Amélie thoracique.

Grynfeltt (E.) et **Guérin-Valmale** (Ch.). Note sur l'examen anatomique d'une méningo-encéphalocèle. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Lawrence (H. C.) et **Braine-Hartnell** (C.). Cases of congenital deformity in the fœtus. (*Lancet*, 21 mai.)

Samokhotzky (S.). Contribution à l'étude des anomalies de nombre des testicules (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 10 avril.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. T. XX, 1re partie. In-8°, 154 p. avec fig.

Donnellan (P. S.). Further experiences with intratracheal medication. (*Amer. Medicine*, 14 mai.)

Fournier (G.). Méningite d'origine otitique; pathogénie de l'infection intracrânienne. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

Ingraldi (V.). Contributo allo studio dei tumori maligni nel seno mascellare. (*Gazz. degli Osped.*, 22 mai.) — Des tumeurs malignes du sinus maxillaire.

Murray (R. W.). Geographical distribution of hare-lip and cleft palate. (*Lancet*, 21 mai.) — Le bec-de-lièvre et la fissure palatine au point de vue ethnographique.

Préobrajensky (S.). Le rôle du nez, du pharynx et du larynx dans les hémoptysies; la pharyngite hémorrhagique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er mai.)

HYGIÈNE

Berry (F. M. D.). On the physical examination of 1580 girls from elementary schools in London. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.) — Examen physique de 1580 écolières de Londres.

Blanquinque. Fièvre typhoïde et eaux potables; les eaux de Laon. In-8°, 43 p. Laon.

Caziot (P.). La prophylaxie de la tuberculose militaire par le camp-sanatorium. (*Rev. d'hyg.*, avril.)

Copeman (S. M.). Vaccination : its pathology and practice. In-8°, 21 p. Manchester. Sherratt et Hughes.

Das Gesundheitswesen des preussischen Staates im Jahre 1902. In-8°, 606 p. Berlin. — Les affaires sanitaires en Prusse pendant l'année 1902.

Hahn (M.). Statistik auf öffentlichen Impfterminen. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.)

Kovarsky (G.). Stérilisation et pasteurisation du lait (en russe). (*Prakt. Vratch*, 24 avril et 1er mai.)

Labit (H.). L'eau potable et les maladies infectieuses. In-16, 203 p.

La Bonnardière. Précis d'hygiène pratique, générale et spéciale. 2e partie : hygiène spéciale. In-16, 256 p. Lyon.

Mackenzie (W. L.) et **Matthew** (E.). Medical inspection of school children. In-8°, 476 p. Londres. — L'inspection médicale des enfants des écoles.

Monod (H.). Conférence sanitaire internationale de Paris de 1903. In-8°, 91 p. Melun. Impr. administrative.

Nikolsky (D.). Les accidents du travail survenus dans les mines [de Russie] au cours des deux dernières années (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 9.)

Prescott (S. C.) et **Winslow** (Ch. E. A.). Elements of water bacteriology, with special reference to sanitary water analysis. In-8°, 162 p. Londres.

Roubel (M.). L'hygiène des rues dans les villes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er et 8 mai.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Francis (E.). A case of hæmophilia treated with adrenalin chloride. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.)

Knecht (E.). Ueber die Wirkung des Natrium salicylicum auf den Harnapparat. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mai.) — Action du salicylate de soude sur l'appareil urinaire.

Meirelles (E.). Os saes mercuriaes no tratamento da tuberculose. (*Gazeta clinica*, mai.)

Miklaszewski (W.). O wplywie fizyologicznym zabiegów goracych na ustrój. (*Kronika lekarska*, 15 mars, 1er et 15 avril, 1er et 15 mai.) — Action physiologique des applications chaudes sur l'économie.

Pasteur (W.). Note on the value of hot-water injections as a substitute for nutrient enemata in the treatment of gastric ulcer. (*Lancet*, 21 mai.) — Substitution des injections d'eau chaude aux lavements alimentaires dans le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Pauli (W.). Ueber den Zusammenhang physiko-chemischer Eigenschaften und arzneilicher Wirkung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 mai.) — Propriétés physico-chimiques des médicaments et action thérapeutique.

Pollatschek (A.). Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1903. In-8°, XXVIII-356 p. Wiesbaden. — Les progrès réalisés en thérapeutique pendant l'année 1903.

Popielski (L.). Przyczynek do farmakologii pilokarpiny. (*Przeglad lekarski*, 23 et 30 janv., 6 et 13 fév.) — Contribution à la pharmacologie de la pilocarpine.

Rogers (J.). Tetanus treated by intraneural injection of antitoxin. (*Med. Record*, 21 mai.)

Runyon (F. J.). Mucous colitis, with special reference to treatment. (*New York Med. Journ.*, 14 mai.)

Thornton (R. S.). The treatment of pneumonia. (*Amer. Medicine*, 21 mai.)

Veraguth (O.). Zur Therapie des Ménière'schen Schwindels. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mai.) — Traitement du vertige de Ménière.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Halberstädter et **Neisser** (A.). Zur Kenntnis der Sensibilisierung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 mai.)

London (E. S.). Etudes sur la valeur physiologique et pathologique de l'émanation du radium. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mai.)

Massey (G. B.). The Apostoli treatment; the final results of its use in some cases of fibroid tumor of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 mai.)

Meierovitch (O.). Influence de la lumière électrique froide (lampes à incandescence) sur les diverses affections de l'oreille moyenne (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er mai.)

Metzenbaum (M.). Radium, radioactive substances and aluminium, with experimental research of the same. (*Cleveland Med. Journ.*, mai.)

Tousey (S.). The relation of the X-ray and radioactive solutions to examination of the stomach. (*New York Med. Journ.*, 21 mai.)

Weber (Ch. H.). Preliminary report of a case of splenomyelogenous leukemia showing marked improvement under the use of the Röntgen ray. (*Amer. Medicine*, 21 mai.) — Amélioration considérable d'un cas de leucémie spléno-médullaire par la radiothérapie.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Hopf (L.). Die Anfänge der Anatomie bei den alten Kulturvölkern. In-8°, 126 p. Breslau. — L'anatomie chez les peuples civilisés de l'antiquité.

Körner (O.). Wesen und Wert der Homerischen Heilkunde. In-8°, 30 p. Wiesbaden. — La médecine dans Homère.

Magnus (H.). Kritik der medicinischen Erkenntnis; eine medicin-geschichtliche Untersuchung. In-8°, 145 p. Breslau.

Ruge (R.). La médecine navale au XVIIe et au XVIIIe siècle. (*Arch. de méd. navale*, fév., mars et avril.)

GÉNÉRALITÉS

Casares (A.) et **Martinez** (A.-B.). Annuaire statistique de la ville de Buénos-Ayres (13e année, 1903). In-8°, 345 p. Buénos-Ayres.

Cohnheim (O.). Chemie der Eiweisskörper. 2e éd. In-8°, 315 p. Brunswick. — La chimie des albuminoïdes.

Effertz (O.). Physiologie und Soziologie des Incestes zwischen Vater und Tochter unter Indianern. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 mai.) — Etude physiologique et sociologique de l'inceste (père et fille) chez les Indiens.

Owen (Sir Isambard). On the future of London medical education. (*Lancet*, 21 mai.) — L'avenir de l'enseignement médical à Londres.

Reed (Ch. A. L.). The medical profession in the public and private life of America. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mai.) — Le corps médical des Etats-Unis d'Amérique dans la vie publique et privée.

Simmons (G. H.). Medical education and preliminary requirements. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mai.) — L'enseignement de la médecine et les conditions d'admission aux études médicales [aux Etats-Unis d'Amérique].

24e ANNÉE. — N° 30. Vingt centimes le numéro. 27 JUILLET 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Wilhelm Reis est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Eduard Müller est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Michelangelo De Cristoforo est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Franz Nissl, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Bonhöffer.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Hermann Streit est nommé privatdocent d'otologie et de rhinologie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Hans Pässler, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur P. Linser est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

McGill University de Montréal. — Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs R. T. Mackenzie (*anatomie*); A. A. Robertson (*physiologie*); W. G. M. Rogers (*ophtalmologie*); J. W. Scane (*thérapeutique et pharmacologie*).

Tulane University of Louisiana de la Nouvelle-Orléans. — M. le docteur J. T. Halsey, professeur adjoint à McGill University de Montréal, est nommé professeur de matière médicale et de thérapeutique, en remplacement de M. L. F. Reynaud, démissionnaire.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1903), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Barthès (L.-Ch.). De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent et chez l'adulte.

Beauchef (G.). De la cirrhose alcoolique hypertrophique anascitique.

Belgrand (A.). Etude clinique et thérapeutique sur la tuberculose chirurgicale de la région iléo-cæcale.

Berault (G.). La maison de tolérance, considérée au point de vue hygiénique et social.

Blatin (M.). Le petit personnel médical en Angleterre; réformes à introduire en France.

Boncour (R.). Pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées.

Cacault (E.). Sur une variété d'albuminurie gravidique : les albuminuries massives (étude clinique).

Cantonnet (P.). De l'abus du forceps dans les expulsions dites lentes.

Corvington (A.). Contribution à l'étude des abcès du foie chez l'enfant.

Croyn (C.). Le traitement non sanglant des fractures de l'olécrâne.

Demontmerot. De la forme paraplégique dans le tétanos chronique.

Desjeux (E.). De l'alimentation par le lait cru chez l'enfant à l'état de santé et à l'état de maladie.

Douty (E.-H.). Le sanatorium idéal.

Drain (J.). La tuberculose à Saint-Quentin de 1889 à 1903; prophylaxie, traitement.

Dubrac (R.). De l'absence congénitale du péroné.

Dupouy (L.-J.-F.). Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine.

Dyé (L.). Les parasites des culicides.

Flamand (Ch.). Du diagnostic de l'hydrocéphalie par le palper pendant la grossesse et le travail.

Forgeot. Orchite des prostatiques (anatomie pathologique).

Gamas (C.). De l'ostéomyélite des os de la jambe.

Goudeaux (E.). Alexis Boyer (1757-1833); sa vie, son œuvre.

Gourdou (L.). Les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies.

Gourevitch née **Smétanine** (Mme). Contribution à l'étude de l'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu.

Haguier (G.). Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires de l'estomac.

Halgand (F.). Etude sur les trichophyties de la barbe.

Hubert (J.). La loi sur les accidents du travail et le secret professionnel.

Kania (V.-E.). De l'influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose.

Le Louet (F.). Les gommes tuberculeuses profondes du mollet.

Malbec (J.-H.). Des variations du périmètre thoracique dans quelques maladies des voies respiratoires; utilité de la mensuration.

Martin (G.). Des psychopathies consécutives aux brûlures (étude étiologique et médicolégale).

Maziol (G.). Des luxations exceptionnelles de la hanche : luxation pubo-pectinée et luxation intra-pelvienne.

Minon (H.-L.). Pronostic comparé des variétés complètes et décomplétées, mode des fesses, de la présentation du siège.

Moreau (L.). Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaires d'origine dentaire.

Mourlhon (R.). Hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées.

Pasqueron de Fommervault (A.). De l'emploi du collargol dans les septicémies puerpérales.

Péchaud (L.). Des fractures spontanées de la clavicule.

Poncetton (F.). Les éruptions causées par l'antipyrine.

Pouret (P.). De l'hallux valgus et de son traitement.

Richard (E.). Le repos a-t-il une influence sur la rupture prématurée des membranes?

Sautelet (E.). Amputation périnéale du rectum par le procédé de Hartmann.

Tichet (H.). Remarques sur la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux.

Vrain (A.). Contribution à l'étude de la prostatectomie; résultats opératoires et cliniques.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bardeleben (K. von). Handbuch der Anatomie des Menschen. Fasc. 11 et 12. In-8°, 822 p. avec fig. Iéna.

Dejerine (J. et Mme). Le faisceau pyramidal direct. (*Rev. neurol.*, 30 mars.)

Delbanco (E.). Ueber das gehäufte Auftreten von Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputium; vorläufige Mitteilung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.) — Présence de nombreuses glandes sébacées à la face interne du prépuce.

Launoy (L.). Précis de technique histologique. In-8°, 160 p. avec fig.

Lee (A. W.). Concerning the sinus frontales in man, with observations upon them in some other mammalian skulls. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, avril.)

Lewandowsky (M.). Untersuchungen über die Leitungsbahnen des Truncus cerebri und ihren Zusammenhang mit denen der Medulla spinalis und des Cortex cerebri. In-4°, 90 p. avec planches. Iéna. — Des voies de conduction du tronc cérébral et de leurs connexions médullaires et corticales.

Lexer (E.). Weitere Untersuchungen über Knochenarterien und ihre Bedeutung für krankhafte Vorgänge. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.) — Nouvelles recherches sur les artères nourricières des os et leur importance en pathologie.

Opin. Note sur quelques points de technique relatifs à l'examen du nerf optique par la méthode de Marchi. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

Spalteholz (W.). Mikroskopie und Mikrochemie. In-8°, 38 p. Leipzig.

PHYSIOLOGIE

Alexander (B.). Ueber Nasenatmung und Training. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, mai.) — Respiration nasale et entraînement.

Luciani (L.). Physiologie des Menschen. (Trad. de l'italien par S. Baglioni et H. Winterstein.) Fasc. 1er. In-8°, 160 p. avec fig. Iéna. — Traité de physiologie humaine.

Venneman. La nutrition de l'œil. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Zeehuisen (H.). Een eenvoudige methode tot approximatieve bepaling van het zoutzuuren melkzuurgehalte in maaginhoud. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 juin.) — Procédé simple pour le dosage approximatif des acides chlorhydrique et lactique dans le chyme stomacal.

Zunz (E.) et **Mayer** (L.). Recherches sur la digestion de la viande chez le chien après ligature des canaux pancréatiques. In-8°, 69 p. avec fig. Bruxelles.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bartel (J.). Zur Differentialdiagnose zwischen knötchenförmiger Hyperplasie der Leber und multipler Adenombildung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juin.) — Diagnostic différentiel de l'hépatomégalie nodulaire d'avec les adénomes multiples.

Birch-Hirschfeld (A.). Beitrag zur Anatomie des Lidxanthelasma. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 2.) — Anatomie pathologique du xanthélasma des paupières.

Käs (Th.). Ueber Markfaserbefunde in der Hirnrinde bei Epileptikern, besonders in der äusseren (zonalen) Associationsschicht. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Sur les altérations des fibres à myéline de la corticalité chez les épileptiques, notamment au niveau de la couche externe des fibres d'association.

Kothe (R.). Beitrag zur Kenntnis der Lymphangiome (speziell der Makromelie), mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 3.)

Matsuoka (M.). Ueber die Knochenresorption durch maligne Geschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Résorption de substance osseuse par les tumeurs malignes.

McCarthy (D. J.). The formation of bone tissue within the brain substance; a contribution to the inclusion theory of tumor formation. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.) — Sur la présence de tissu osseux dans le parenchyme du cerveau.

Ravenna (E.). Glio-endotelioma cistico del lobo occipitale destro; osservazioni istologiche. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXX, 1.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Brunn (W. von). Experimentelle Beiträge zur Harnblasenplastik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Recherches expérimentales relatives aux opérations autoplastiques qui se pratiquent sur la vessie.

Danilevsky (V.). Essai de production artificielle de la microcéphalie chez le chien (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er mai.)

Grassi (L.). Studi e ricerche sperimentali sulla memoria delle immagini acustiche e visive delle parole. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXX, 1.)

Hamburger (F.) et **Sperk** (B.). Biologische Untersuchungen über Eiweissresorption vom Darm aus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juin.) — Recherches biologiques sur la résorption des albuminoïdes par l'intestin.

Helly (K.). Experimentelle Untersuchungen über weisse Blutkörperchen und Exsudatzellen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juin.) — Recherches expérimentales sur les leucocytes et la cytologie des épanchements.

Kirikov (N.). Contribution à l'étude des hépatites interstitielles expérimentales, consécutives à une infection générale de l'organisme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 mai.)

Ricchi (G.). Recherches anatomo-pathologiques sur les effets de l'introduction d'iodoforme dans la chambre antérieure. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bab (H.). Die Colostrumbildung als physiologisches Analogon zu Entzündungsvorgängen; gleichzeitig ein Beitrag zur Lehre von den Leukocyten und deren Granulationen. In-8°, 97 p. avec tableaux. Berlin. — La sécrétion du colostrum et son analogie avec l'inflammation.

Carrière (G.). Etat actuel de nos connaissances sur le rôle des chlorures en physiologie, en pathologie et en thérapeutique. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Cathcart (Ch. W.). On the essential similarity of innocent and malignant tumours. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juin.)

Cicala (M.). La proteolisi operata dai germi patogeni e da taluni tessuti nei suoi rapporti col processo febbrile. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Gabbi (U.). Ricerche sul processo febbrile; sulle cause del calore febbrile. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Hallopeau (H.) et **Apert** (E.). Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique. 6e éd. In-8°, 952 p. avec fig.

Kelling (G.). Ueber die Aetiologie der bösartigen Geschwülste; 2. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin.) — Sur l'étiologie des tumeurs malignes.

Korovitzky (K.). Des hémolysines (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8, 15 et 22 mai.)

Löwenstein (E.) et **Rappoport** (E.). Ueber den Mechanismus der Tuberkulinimmunität. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juin.)

Marassini (A.). Intorno alla questione delle nefrolisine e delle citotossine in generale. (*Clinica moderna*, 18 mai.)

Petersen (W.). Zur Frage des Impfcarcinoms. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.) — De la greffe cancéreuse.

MÉDECINE

Andrews (Ch. R.). Case of atheroma and aneurysm of the abdominal aorta at the age of 21 years. (*New York Med. Journ.*, 4 juin.) — Un cas d'athérome et d'anévrysme de l'aorte abdominale chez un sujet âgé de 21 ans.

Arnheim (J.). Das Verhalten rektal eingegebener Zuckermengen beim Diabetiker. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, mai.) — Sur les injections rectales de sucre chez les diabétiques.

Berkeley (W. N.). Some notes on vocal fremitus. (*Med. News*, 28 mai.) — Sur les vibrations thoraciques.

Boyce (J. W.). Myocardial change from the clinical side. (*Med. Record*, 4 juin.) — Les altérations du myocarde au point de vue clinique.

Bridges (W. O.). Physical signs of pleural effusion. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mai.) — Signes physiques des épanchements pleurétiques.

Rem-Picci (G.). Sul valore clinico dei metodi proposti dallo Schmidt per saggiare la funzionalità dell'intestino. (*Policlinico*, 21 et 28 mai.) — De l'application, en clinique, des procédés préconisés par Schmidt en vue de l'examen fonctionnel de l'intestin.

Shoemaker (J. V.). Cancer of the stomach. (*Med. Bull.*, mai.)

Smith (F. J.). On cough and its significance. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.) — La toux et sa signification.

Squire (J. E.). Common causes of error in examination of the chest. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.) — Causes fréquentes d'erreur dans l'examen de la poitrine.

Steinhaus (F.). Ein seltener Fall von Pfortaderthrombose mit hämorrhagischer Infarzierung und Nekrotisierung der Leber; zugleich ein Beitrag zu den Veränderungen der Leber nach Pfortaderthrombose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.) — Thrombose de la veine porte avec infarctus hémorrhagique et nécrose du foie.

Stockton (Ch. G.). The classification and symptomatology of diseases of the pancreas. (*Med. News*, 21 mai.)

Tabora (von). Die Darmerscheinungen bei Achylia gastrica. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mai.) — Les manifestations intestinales de l'achylie gastrique.

Volhard (F.). Ueber Leberpulse und über die Compensation der Klappenfehler. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 et 23 mai.) — Les pulsations hépatiques et la compensation des lésions valvulaires.

Voskressensky (A.). Un cas rare d'anévrysme de l'aorte (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 mai.)

Zemlinsky (V.). Les rapports de la maladie de Werlhof avec la tuberculose (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 15 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bandi (I.). Studio clinico-sperimentale sull'eziologia e la patogenesi della febbre gialla. (*Clinica medica italiana*, fév.) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie de la fièvre jaune.

Bassewitz (E. von). Kasuistischer Beitrag zur Differential-Diagnose der Bubonenpest. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin.)

Souza (C. de). Das complicações da vaccina. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 avril.)

Summarised report of the work done in the Bombay Plague Research Laboratory for 1902-1904. In-4°, 26 p. Bombay. — Comptes rendus des travaux du laboratoire créé à Bombay pour l'étude de la peste.

Többen. Ueber Angina und Stomatitis ulcerosa. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mai.)

Townsend (Ch. W.). Concerning German measles. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 avril.) — De la rubéole.

Tyson (J.). Acute endocarditis; typhoid fever. (*Med. Bull.*, mai.)

Veillard (J.). Contribution à l'étude des « râles émis » au travers des voies aériennes supérieures dans la tuberculose pulmonaire et quelques autres affections bronchiques et pulmonaires. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Volland. Zur Entstehungsweise der Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mai.) — Pathogénie de la tuberculose.

Wynne (J. D.). Tuberculosis in the south of Ireland. (*Brit. Med. Journ.*, 28 mai.) — La tuberculose dans le sud de l'Irlande.

Zelenski (T.). O aglutynacyi paciorkowców i o próbach serodyagnostyki w płonicy. (*Przeglad lekarski*, 20 et 27 fév.) — Sur l'agglutination des streptocoques et sur les essais de sérodiagnostic de la scarlatine.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bernhardt (M.). Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. 2e éd. T. II. In-8°, 537 p. avec fig. Vienne. — Les affections des nerfs périphériques.

Eshner (A. A.). Some graphic observations of ankle clonus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 mai.) — Etude graphique de la trépidation épileptoïde.

Marion (H. E.). A many-phased case of chorea. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 avril.)

Mettler (L. H.). Acute ascending paralysis and Landry's paralysis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mai.)

Neutra (W.). Ueber die Beziehungen zwischen Vibrationsempfindung und Osteoakusie; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 21 mai.) — Rapports entre la sensibilité osseuse et l'ostéoacousie.

Pándy (K.). Die Kraft der Sehnenreflexe und die Veränderung derselben bei der Hemiplegie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.) — L'intensité des réflexes tendineux et sa variation dans l'hémiplégie.

Pritchard (W. B.). A diagnostic syndrome for intracranial syphilis, with remarks upon prognosis and treatment. (*Med. Record*, 14 mai.)

Putnam (J. J.). A case of Huntington's chorea; its social aspects. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 avril.)

Rad (C. von). Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Tumoren des obersten Cervikalmarks und der Medulla oblongata. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 3.) — Tumeur de la moelle cervicale supérieure et du bulbe.

Rémond (A.). Précis des maladies mentales. In-18, 277 p.

Schäffer (O.). Aetiologische Betrachtungen über einen Fall von Myelitis transversa acuta infectiosa postpuerperalis e Parametritide abscedente perforante. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 mai.)

Schwenkenbecher. Ueber die Adipositas dolorosa. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 3-4.)

Siemerling (E.). Ueber den Wert der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der Nerven- und Geisteskrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 mai.) — Valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic des affections nerveuses et mentales.

Soukhanoff (S.). Contribution à l'étude des anesthésies des organes internes dans la paralysie générale. (*Rev. neurol.*, 30 avril.)

Steiner. Ueber den Kremasterreflex und die Superposition von Reflexen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 3.)

Steinhausen. Ueber isolierte Lähmung des clavikularen Abschnittes des Musculus trapezius. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mai.) — Paralysie isolée de la portion claviculaire du muscle trapèze.

Taylor (W. E.). Un cas de névrite du plexus brachial, suivi d'autopsie. (*Rev. neurol.*, 29 fév.)

Urbantschitsch (V.). Ueber die von den sensiblen Nerven des Kopfes ausgelösten Schrift- und Sprachstörungen sowie Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 3.) — Troubles de l'écriture et de la parole et paralysies des membres supérieurs et inférieurs, ayant leur point de départ dans les nerfs crâniens sensitifs.

Valerio (V.). Gravissimi riflessi nervosi in gravidanza fisiologica; opoterapia tiroidea; guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 29 mai.)

Valorba (J.). Policlono infettivo; contributo allo studio delle mioclonie. In-8°, 24 p. Turin.

Walker (W. K.). A few considerations concerning the mechanism of developing mental disorder. (*Med. News*, 14 mai.) — Pathogénie des troubles mentaux.

Wherry (J. W.). Is the epileptic attack explosive in character? (*Amer. Medicine*, 14 mai.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Adrian (C.). Ueber Xeroderma pigmentosum, mit besonderer Berücksichtigung der Blutveränderungen. (*Dermatol. Centr.-Bl.*, fév.) — Du xeroderma pigmentosum, notamment au point de vue hématologique.

Alexander (A.). Mehrere Fälle von Hautatrophie. (*Dermatol. Zeitsch.*, mai.) — Atrophie cutanée.

Audry (Ch.). Keratosis circumpilaris (kératose pilaire engainante). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.)

Bodin (E.). Epithéliomas cutanés à évolution très lente et sans généralisation (ulcus rodens et épithélioma plan cicatriciel). (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Boeck (C.). Fortsatte undersögelser over « det multiple benigne sarkoid ». (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.)

Brölemann. Ein Fall von multiplen Dermatomyomen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

Brooke (H. G.). The clinical relationship of seborrhœa. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juin.)

Charmeil. Syphilis et tabes. (*Echo méd. du Nord*, 12 juin.)

CHIRURGIE

Ahlberg (A.). Ueber die Esmarch'sche Blutleere nach Unglücksfällen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 1.) — De l'emploi de la bande d'Esmarch pour l'hémostase en cas d'accident.

Almeida (T. de). Um caso de cancer do estomago. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 mai.)

Arbousov (B.). Des rétrécissements tuberculeux de l'iléon (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 1 et 2.)

Auvray (M.). Diagnostic de l'appendicite. In-16, 96 p.

Barnard (H. L.) et **Rugby** (H. M.). Pulsating exophthalmos due to traumatic aneurism of the internal carotid artery. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Baroni (G.). La sutura ossea nelle fratture della clavicola. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juin.)

Barth (J.). En ny suturmethode ved laparotomier. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.)

Beck (Carl). Ueber ein neues rhinoplastisches Verfahren. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Nouveau procédé de rhinoplastie.

Bell (W. B.). Some points in the diagnosis of appendicitis. (*Lancet*, 4 juin.)

Berry (J.). Manual of surgical diagnosis. In-8°, 374 p. Londres.

Bickham (W. S.). Arteriovenous aneurisms. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Biilmann (H. S.). Om seneskedelipomer. (*Ugeskrift for Læger*, 12 mai.) — Sur le lipome des gaines tendineuses.

Böcker (W.). Ein Fall von freien Gelenkkörpern in beiden Kniegelenken mit doppelseitiger habitueller Luxation der Patella nach aussen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juin.) — Corps articulaires libres des deux genoux avec luxation habituelle en dehors des rotules.

Boulton (Mlle E.). A simple method for the reduction of luxations of the humerus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Cahier (L.). Sur les myostéomes traumatiques, particulièrement sur leur pathogénie et leur traitement opératoire. (*Rev. de chir.*, mars, avril, mai et juin.)

Chapman (W. L.). Postoperative pneumonia, with experiments upon its pathogeny. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Damey (E.). De quelques modifications à apporter aux procédés de cure radicale de la hernie inguinale. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Tsaconas (S. S.). Une nouvelle suture de la peau, sans fil, après la laparotomie. (*Arch. internation. de chir.*, I, 5.)

Tschekan (M. W.). Beitrag zur Chirurgie der Lungengeschwülste; Sarcom der Lungen; Metastase in der rechten Leistengegend; Resection der Lunge; Resection der Geschwulst in der Leistengegend. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 14 et 21 mai.) — Sarcome du poumon; métastase dans la région inguinale droite; résection du poumon et de la tumeur inguinale.

Vanverts (J.) et **Dancourt** (C.). Des pleurésies purulentes enkystées. (*Arch. provinc. de chir.*, mars, avril et mai.)

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. 25. Heft : Ueber die Entstehung und Behandlung des Plattfusses im jugendlichen Alter. In-8°, 79 p. avec fig. Berlin. — Pathogénie et traitement du pied plat des adolescents.

Vogel (K.). Ueber Colitis ulcerosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 mai.)

Voronoff (S.). Traitement chirurgical des abcès du foie en Egypte. (*Arch. internation. de chir.*, I, 5.)

Vulliet (H.). La fracture de la tubérosité antérieure du tibia. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Wathen (W. H.). Surgery of the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mai.)

Weidner (C.). Tubercular peritonitis. (*Amer. Practitioner and News*, 15 avril.)

Weisz (E.). Ueber das Verhalten der einzelnen Gelenke in pathologischer und therapeutischer Beziehung. (*Wien. med. Presse*, 15 mai.) — Comment réagissent les diverses articulations au point de vue pathologique et thérapeutique.

White (Ch. S.). Iodized catgut. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Willmoth (A. D.). Injuries to the head. (*Amer. Practitioner and News*, 1er mai.) — Traumatismes de la tête.

Wilmanns (R.). Ueber Implantationsrecidive von Tumoren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.)

UROLOGIE

Santrucek (C.). Léceni hydrokély. (*Casopis lékaru ceskych.*, 7, 14 et 21 mai.) — Le traitement chirurgical de l'hydrocèle.

Wallace (C. S.). Total prostatectomy; deductions to be drawn from the presence of striated muscle fibre in the « capsule » of the parts removed. (*Brit. Med. Journ.*, 21 mai.)

Watson (F. S.). Choice of operation for prostatic hypertrophy. (*Boston Med. and Surg. Journ*, 28 avril.)

Wiener (J.). Suprapubic prostatectomy under nitrous oxid anesthesia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 mai.)

Witherspoon (T. C.). An operation to reach the lower ureter by an extraperitoneal route. (*New York Med. Journ.*, 21 mai.) — Procédé chirurgical permettant d'aborder la partie inférieure de l'uretère par la voie extra-péritonéale.

Zelenski (T.) et **Nitsch** (R.). Przyczynek do etyologii niezytu pecherza u dzieci. (*Przeglad lekarski*, 2 janv.) — L'étiologie de la cystite chez les enfants.

Zuckerkandl (O.). Ueber Diagnose und Operation der primären Steine der Niere. (*Wien. med. Presse*, 22 mai.) — Diagnostic et traitement chirurgical de la lithiase rénale primitive.

OPHTALMOLOGIE

Abadie (Ch.). De l'iritis tuberculeuse et de son traitement. (*Arch. d'ophtalmol.*, mars.)

Cabannes. Sur un cas de kyste perlé de l'iris. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 juin.)

Cange (A.) et **Bentami**. Sur le traitement du trichiasis total. (*Arch. d'ophtalmol.*, avril.)

Cantonnet (A.). Variations de volume de l'œil sain ou glaucomateux sous l'influence des modifications de la concentration moléculaire du sang. (*Arch. d'ophtalmol.*, avril.)

Coppez (H.). Un cas de carcinome métastatique des deux choroïdes. (*Arch. d'ophtalmol.*, fév.)

Enslin. Die Augenveränderungen beim Turmschädel, besonders die Sehnervenerkrankung. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 1.) — Les lésions oculaires observées dans le cas de crâne en pyramide.

Ferron (M.). De la lésion des nerfs de l'orbite dans leur trajet intracrânien, consécutive aux coups de feu du crâne. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Ginestous (E.). Deux cas de cryptophtalmie congénitale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 juin.)

Lodato (G.). Nuove ricerche sul simpatico cervicale in rapporto alla fisio-patologia oculare. (*Arch. di ottalmol.*, XI, 9-10.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Chambon. Observation d'un accouchement indolore. (*Année méd. de Caen*, mai.)

Chandler (S.). Examination of the bladder in 20 cases of ventral suspension. (*New York Med. Journ.*, 28 mai.) — Examen de la vessie dans 20 cas d'hystéropexie abdominale.

Croft (E. O.) et **Muschamp** (R.). A case of acute inversion of the puerperal uterus; reduction by taxis; recovery. (*Lancet*, 11 juin.)

Dudley (E. C.). Ureterocystostomy for accidental wound of the ureter in vaginal hysterectomy. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Urétéro-cystostomie pour blessure accidentelle de l'uretère au cours d'une hystérectomie vaginale.

Franqué (O. von). Zur operativen Therapie des Carcinoma uteri. (*Prag. med. Wochensch.*, 9 juin.)

Gallant (A. E.). Postpartum tubo-ovarian abscess causing hydronephrosis. (*Med. News*, 28 mai.)

Gaugele (K.). Ueber Ovarialhernien mit Stieltorsion. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Des hernies de l'ovaire avec torsion du pédicule.

Grégoire (R.). Les polypes de l'urèthre chez la femme; leur nature; leur origine. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er mars.)

Stolper (L.). Ueber Dysmenorrhoe. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 avril, 7, 14 et 21 mai.)

Van de Velde (Th. H.). De boogsnede volgens Rapin-Küstner bij de laparotomie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 mai.) — Le procédé de Rapin et Küstner pour la suture abdominale après laparotomie.

Wojciechowski (B.). Dziewiec roznych przypadkow krwisteku przewodu rodnego, ze szczegolnem uwzglednieniem rozpoznania i leczenia. (*Przeglad lekarski*, 6, 13 et 20 fév.) — 9 cas d'hématome des voies génitales; diagnostic et traitement.

Zacharias (P.). Sectio cæsarea conservativa in der Schwangerschaft aus relativer Indication durch sagittalen Fundalschnitt (in der Vorderwand) mit postoperativem Ileus; Relaparotomie; Heilung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXII.)

Zweifel (P.). Ueber die Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 mai.) — Prophylaxie de la fièvre puerpérale.

PÉDIATRIE

Bellei (G.). Ulteriore contributo allo studio della fatica mentale nei fanciulli; risultati ottenuti dal lavoro fatto per un'ora consecutiva dai ragazzi delle pubbliche scuole. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXX, 1.) — Nouvelles recherches sur la fatigue mentale chez les enfants.

Berghinz (G.). Leucemia linfatica e leucemia mielogena. (*Pediatria*, mai.)

Brunon. Chancre syphilitique du cornet inférieur chez un enfant de sept ans. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 19 mars.)

Carrière (G.). Coxalgie et fausses coxalgies. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Cattaneo (C.). Dei tumori addominali nell'infanzia. (*Pediatria*, avril et mai.)

Cheney (W. F.). Scurvy in infants. (*Med. News*, 4 juin.) — Le scorbut pendant le premier âge.

Coenen (H.). Ueber ein Lymphosarcom der Thymus bei einem sechsjährigen Knaben. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.) — Lymphosarcome du thymus chez un enfant de six ans.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Arslan. Traitement chirurgical des épithéliomes du larynx par la voie naturelle; deux nouveaux cas opérés avec succès. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév.)

Babinski (J.). Sur le traitement des affections de l'oreille et, en particulier, du vertige auriculaire par la rachicentèse. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév.)

Bar (L.). Notes de voyage relatives aux cliniques oto-laryngologiques du nord de l'Europe (Danemark, Etats scandinaves, Russie). (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 20 fév.).

Brown (J. M.). A consideration of speech defects. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mai.) — Sur les troubles de la parole.

Caboche (H.). Abcès cérébelleux; thrombose pariétale du sinus latéral; opération; guérison. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Cerf (L.). Quatre types de fissure du voile du palais. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 26 mars.)

Claoué. Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire par la résection large de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus; résultats. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Collet. L'odorat et ses troubles. In-16, 96 p.

Tilley (H.). Some experiences in the surgical treatment of suppurative lesions of the nasal accessory sinuses. (*Lancet*, 21 mai.) — Le traitement chirurgical de l'empyème des cavités accessoires du nez.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Babes (V.). Vorläufige Mitteilung über die Behandlung der von wütenden Wölfen gebissenen Personen. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, avril.) — Traitement des morsures faites par des loups enragés.

Baumstark (R.). Ueber Thiosinaminwirkung bei Erkrankungen der Verdauungswege. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 juin.) — De l'efficacité de la thiosinamine dans les affections des voies digestives.

Bettencourt-Rodrigues. Tratamento da febre amarella pelas injecções de sôro anti-ophidico (anti-bothropico et anti-crotalico); notas e observações clinicas. In-8°, 50 p. São Paulo. — Traitement de la fièvre jaune par les injections de sérum antivenimeux.

Calasuonno (S.). Il siero Maragliano nella profilassi e nei casi incipienti della tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juin.)

Campani (A.). Sublimato corrosivo e tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juin.)

Dohan (N.). Zur hydriatischen Therapie der Pneumonie. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Ahrens. Ueber einen Fall von Heilung einer schweren lienalen Leukämie mit grossem Milztumor durch Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin.) — Guérison, par la radiothérapie, d'un cas grave de leucémie splénique avec hypersplénomégalie.

Bärmann (G.) et **Linser** (P.). Ueber die lokale und allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juin.) — De l'action locale et générale des rayons de Röntgen.

Beck (Carl). Ueber Verknöcherungsvorgänge in den Venen im Lichte des Röntgenverfahrens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.) — Examen radioscopique d'un cas d'ossification des veines.

Besson (P.). Le radium et la radioactivité (propriétés générales; emplois médicaux). In-16, 173 p.

Eising (E. H.). Pathological distinctions discernible in the radiograph in certain diseases of the long bones. (*Med. Record*, 4 juin.) — De quelques détails pathologiques révélés par la radiographie dans certaines affections des os longs.

24e ANNÉE. — N° 31. Vingt centimes le numéro. 3 AOUT 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Fabre, agrégé, est nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Fochier, décédé.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Pierre Parisot, agrégé, est nommé professeur de médecine légale, en remplacement de M. Demange, décédé.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 27 juillet 1904, sont annulées, pour vice de forme, les opérations du concours ouvert le 13 mai 1904, en ce qui concerne la place d'agrégé de physiologie réservée à la Faculté de médecine de Lille, et la place d'agrégé de physiologie réservée à la Faculté de médecine de Nancy.

En conséquence, c'est à tort que dans notre numéro du 29 juin 1904 figurent les nominations de MM. Ch. Dubois et Mathieu comme agrégés de physiologie, le premier pour la Faculté de Lille et le second pour la Faculté de Nancy.

Le vice de forme, dont il est fait mention dans l'arrêté ministériel précité, consiste en ce que le jury n'a procédé qu'à un seul tour de scrutin, alors que les deux candidats présentés n'avaient pas obtenu la majorité absolue, ce qui nécessitait un second tour de scrutin pour la majorité absolue, et, au cas où ce second tour serait resté sans résultat, un scrutin de ballottage entre les candidats ayant obtenu le plus de voix au second tour.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs D. Mac Gillavry (*chirurgie*); W. M. De Vries (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Heinrich Poll (*anatomie*); Maximilian Henkel (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur F. Boukoïemsky est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Michele Pavone est nommé privatdocent d'urologie.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Franz Procházka est nommé privatdocent de médecine interne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Isambard, député de l'Eure. — Sir John Simon, ancien lecteur d'anatomie pathologique à St. Thomas's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur S. D. Bird, ancien lecteur de médecine à l'Université de Melbourne.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882* : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1903), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Archarouni (E.). Congestion broncho-pulmonaire du sommet au cours de la fièvre typhoïde.

Arrault (N.-A.). Contribution à l'étude du traitement des pseudarthroses de la jambe.

Bourcart (G.). Recherches sur l'agglutination et, en particulier, sur l'agglutination du streptocoque dans la scarlatine.

Bresselle (L.). Le doigt hippocratique dans les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Caillat (A.). De la syphilide pigmentaire du cou observée dans la syphilis acquise de l'enfant.

Chaix (A.). Les tuberculoses latentes pulmonaires.

Chastenet de Géry (P.). Contribution à l'étude des hémothorax traumatiques.

Chevrier (L.). Des luxations traumatiques de la rotule.

Clermonthe (H.). De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes (pyosalpinx).

Collard (G.). Contribution à l'étude des phlébites des membres chez le tuberculeux.

Coriat (J.). Du traitement de l'épithélioma cutané par les rayons X.

Cottu (A.). L'hystéro-traumatisme cardiaque.

Duboscl ard (M.). Considérations sur l'hygiène de l'internat dans les lycées de garçons.

Dubreuilh (M.). De la péritonite gonococcique chez l'enfant.

Duburque. Influence des altérations hépatiques sur la présence du sang dans les épanchements pleuraux d'origine tuberculeuse.

Duquesney (G.). Du rhumatisme noueux chronique chez l'enfant.

Evrard (G.). Des polynévrites blennorrhagiques.

Eyméoud (P.). Laryngites cricoïdiennes oblitérantes chroniques.

Fabre (E.). La migraine chez les enfants.

Faure (A.). Quelques considérations sur la pneumonie et la broncho-pneumonie traumatiques.

Feyzeau (Ch.). Notes sur les shocks nerveux et traumatique et leurs rapports avec le shock chirurgical.

Gadaud (F.). La cure de déchloruration et l'œdème brightique.

Gardner (F.-E.). Opérations plastiques et anastomoses dans le traitement des rétentions du rein.

Gayot (H.). Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux traumatismes chez les prédisposés.

Gireaux (P.). Embolies des artères des membres au cours des cardiopathies.

Goublot (F.). Les tubercules du cervelet (étude clinique et anatomo-pathologique).

Grabias (M.). Des oblitérations artérielles consécutives aux cardiopathies.

Guerder (P.-E.). Etude clinique sur le traitement local de la tuberculose par un extrait de foie de morue.

Hilaire (Ch.). Du sarcome sous-périostique de l'extrémité inférieure du fémur.

Jullien (L.). Hématonéphrose traumatique (hématome intrarénal).

Landais (M.). Sutures artérielles chez l'homme; résultats immédiats et résultats éloignés.

Larmandieu (R.). De la valeur comparée de deux traitements de l'hydrocèle : résection totale et éversion de la vaginale.

Legrand. Du collargol en obstétrique.

Lemasson. Coexistence de cirrhose alcoolique et de névrite périphérique.

Lemierre (A.). L'ensemencement du sang pendant la vie; procédé d'investigation clinique.

Lœwenhard (H.-St.). Complications génitales de l'appendicite chez la femme.

Martin (J.). De la percée des dents chez les nourrissons.

Michel (L.). Contribution à l'étude des paralysies de la chorée.

Petit (Ch.). Résultats immédiats et éloignés de l'épididymectomie pour tuberculose.

Pichard (G.). Contribution à l'étude des érythèmes scarlatiniformes dans la fièvre typhoïde.

Pierrepont (Ch. de). Contribution à l'étude des prolapsus génitaux, symptomatiques d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes.

Quesnot (L.). Contribution à l'étude de la coxa vara traumatique.

Raynaud (A.). Pseudo-rhumatismes infectieux et rhumatisme tuberculeux.

Reulos (A.). Contribution à l'étude de l'orchite rhumatismale.

Robert (A.). Dystocie par atrésie cicatricielle du vagin.

Roncin (E.). Etude physiologique sur les fakirs.

Sahut (P.). La neuro-fibromatose généralisée.

Schmitz. Contribution à l'étude du rôle de l'hérédité et du rôle de l'amnios dans la pathogénie du bec-de-lièvre.

Texier (E.). De la mort rapide dans le cancer du foie et, tout particulièrement, de la mort par rupture du foie.

Véry (E.). Contribution à l'étude des épiplocèles adhérentes et particulièrement du diagnostic.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Crouzon (O.). Anatomie pathologique des scléroses combinées tabétiques. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Donaggio (A.). Colorazione positiva delle fibre nervose nella fase iniziale della degenerazione primaria e secondaria, sistematica o diffusa, del sistema nervoso centrale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXX, 1.)

Fischer (B.). Die Pathogenese der Phlebektasie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

Mönckeberg (J. G.). Der normale histologische Bau und die Sklerose der Aortenklappen. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 3.) — Sur la structure histologique normale des valvules aortiques et leur sclérose.

Nageotte (J.). Contribution à l'étude anatomique des cordons postérieurs; un cas de lésion de la queue de cheval et un cas de *tabes incipiens*. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Neumann (E.). Die subcutane Myelomeningocele, eine häufige Form der Spina bifida. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 3.)

Schieck (F.). Beitrag zur pathologischen Anatomie des Frühjahrskatarrhs. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 1.) — Anatomie pathologique du catarrhe printanier.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Lugiato (L.). Degenerazioni secondarie sperimentali (da strappo dello sciatico) studiate col metodo di Donaggio per le degenerazioni; prima nota. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXX, 1.)

Mathieu (X.). Action de l'adrénaline sur le cœur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Mettey (E.). Recherches expérimentales sur le photo-traumatisme oculaire par la lumière électrique. (*Arch. d'ophtalmol.*, avril.)

Mori (M.). Eine experimentelle Arbeit über die Aetiologie der Perityphlitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.)

Rebaudi (S.) et **Alfonso** (L.). Sulla genesi tubercolinica delle iperglobulie tubercolari. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juin.)

Sjövall (E.). Ueber die Beziehungen zwischen Verbreitungsgebiet des Krampfes und Localisation der anatomischen Veränderungen bei experimentellem Tetanus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Rapports de la zone de diffusion des convulsions avec la localisation des lésions anatomiques, dans le tétanos expérimental.

Sticker (A.). Transplantables Lymphosarkom des Hundes; ein Beitrag zur Lehre der Krebsübertragbarkeit; 1. Mitteilung. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 5.) — Lymphosarcome inoculable du chien.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Morris (R. S.). Hæmolysins in human urine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Peskind (S.). The envelope of the red corpuscle and its rôle in hæmolysis and agglutination. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — La membrane d'enveloppe des hématies et son rôle dans l'hémolyse et dans l'agglutination.

Pieri (A.). La tossicità dell'estratto di rene sano e di rene ammalato. (*Clinica moderna*, 25 mai.)

Rosenfeld (G.). Der Process der Verfettung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 mai et 6 juin.) — De la dégénérescence graisseuse.

Salomon (H.). Gaswechseluntersuchungen bei Morbus Basedowii und Akromegalie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 juin.) — Recherches sur les échanges gazeux au cours de la maladie de Basedow et de l'acromégalie.

Satterthwaite (Th. E.). Some considerations on infection and immunity. (*Med. News*, 4 juin.)

Tornatola. Le variazioni quantitative degli albuminoidi e dell'indice crioscopico del siero di sangue nelle varie fasi dell'accesso febbrile. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Vannini (G.). Beitrag zum Stoffwechsel bei Chlorose. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 3.) — Des échanges organiques dans la chlorose.

MÉDECINE

Brunton (Sir Lauder). On cancer of the pancreas. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juin.)

Colla (V.). Una famiglia di angiospastici (ipertensivi). (*Clinica medica italiana*, fév.)

Conor. Affection subaiguë ayant présenté le syndrome « leucémie » et terminée par la guérison. (*Rev. de méd.*, juin.)

Eichhorst (H.). Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. I. Band : Krankheiten des Zirkulations- und Respirations-Apparates. 6e éd. In-8°, 808 p. avec fig. Vienne. — Traité de pathologie interne.

Faber (K.) et **Bloch** (C. F.). Ueber die pathologischen Veränderungen am Digestionstractus bei der perniciösen Anämie. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 1.) — Des lésions du tube digestif dans l'anémie pernicieuse.

Fison (E. T.). A case of acute hæmorrhagic pancreatitis. (*Lancet*, 4 juin.)

Hartmann. Ueber Anwendung und diagnostische Verwertung der Weber'schen Blutprobe bei occulten Magen- und Darmblutungen. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 1.) — Application et valeur diagnostique de la réaction de Weber dans les hémorrhagies gastro-intestinales latentes.

Hay (J.). 200 cases of acute lobar pneumonia. (*Lancet*, 11 juin.)

Herz (M.) et **Meyer** (E.). Ueber den Einfluss der therapeutisch verwendbaren Atmungsformen auf das Herz. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, avril et mai.) — Influence de la gymnastique respiratoire sur le cœur.

Huchard (H.). Nouvelles consultations médicales (clinique et thérapeutique). In-8°, 620 p.

Humbert (G.). Des malformations pulmonaires; étude anatomo-clinique. (*Rev. de méd.*, juin.)

Jürgens. Ueber Stomatitis gonorrhoica beim Erwachsenen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 juin.) — La stomatite blennorrhagique chez l'adulte.

Katzenstein (M.). Ueber eine neue Funktionsprüfung des Herzens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 mai et 2 juin.) — Nouveau procédé pour l'examen fonctionnel du cœur.

Kürt (L.). Ueber eine indirekte Palpationsmethode des Herzstosses; vorläufige Mitteilung. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 juin.) — Procédé indirect pour la palpation du choc précordial.

Laslett (E. E.). A case exhibiting the Adams-Stokes syndrome. (*Lancet*, 4 juin.)

Mackenzie (J.). Ein Fall von Störung der Reizleitung im Herzmuskel. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.) — Perturbation de la conductibilité du myocarde.

Mader. Zur Auskultation der Herz- und Gefässtöne : Spalt- und Doppeltöne sogenannter Galopprhythmus des Herzens. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 mai et 4 juin.) — De l'auscultation des souffles cardiaques et vasculaires.

MALADIES INFECTIEUSES

Bergmann. Ueber Combination von Blatternschutzimpfung, Masern und multipler embolischer Gangrän der Haut und Schleimhäute, zugleich ein Beitrag zur Frage der generalisirten Vaccine. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 5-6.) — Vaccination antivariolique, rougeole et gangrène par embolies multiples de la peau et des muqueuses.

Berri (L.). Il bacillo di Eberth nel sangue circolante dei tifosi. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Bing (H. I.) et **Ellermann** (V.). Om difteristatistik. (*Hospitalstidende*, 25 mai.)

Chapin (H. D.). Notes on the epidemic of cerebrospinal meningitis. (*Med. News*, 4 juin.)

Dagnino (M. A.). Relación sobre el tratamiento de la fiebre amarilla por el método de defensa y sobre sus formas clínicas observadas en Maracaibo y Caracas. (*Gaceta méd. de Caracas*, 15 et 30 avril.)

Didier et **Chaplain** (L.). La variole à l'Hôtel-Dieu de Rouen; ses caractères épidémiques et cliniques; son traitement. (*Normandie méd.*, 1er juin.)

Fajardo (F.). Paludismo e mosquitos no Rio de Janeiro. (*Brazil-medico*, 15 mai.)

Fornaca (L.). Febbri di lunga durata e stafilococcoemia; note cliniche e batteriologiche. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Germani (A.). Contributo clinico allo studio dell'osteite vertebrale posttifica. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juin.) — De la spondylite typhoïdique.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Allaire (G.). Paralysie par compression des nerfs cubital et médian. (*Gaz. méd. de Nantes*, 4 juin.)

Arquembourg (L.) et **Minet** (J.). Trois cas de myélite syphilitique. (*Echo méd. du Nord*, 5 juin.)

Bierhoff (F.). Beitrag zum Studium der Harnretention bei Tabes dorsalis. (*Dermatol. Zeitsch.*, mars.) — De la rétention urinaire des tabétiques.

Bouyer (A.). Sur un cas de syndrome labyrinthique hystérique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 28 mai.)

Bresler (J.). Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie. In-8°, 239 p. Halle. — De la simulation des maladies mentales et de l'épilepsie.

Broich (J. von). Ueber Priapismus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

Brown (W. L.). An unusual case of muscular atrophy. (*Lancet*, 11 juin.)

Camp (C. D.). Paralytic chorea. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.)

Diller (Th.). A severe case of major hysteria (traumatic neurosis) following an accident; recurrence of symptoms after a second accident; absence of damage claims in both instances. (*Med. News*, 14 mai.) — Hystérie grave consécutive à un accident; rechute à la suite d'un autre accident.

Dinkler. Ueber akute Myelitis transversa. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 3.)

Dojmi di Delupis (L.). Lepra oder Syringomyelie? (*Wien. med. Wochensch.*, 4 juin.) — Lèpre ou syringomyélie?

Féré (Ch.). Note sur l'aplatissement hypotonique du pied chez les paralytiques généraux. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Gordon (A.). Acute anterior polyomyelitis in adults, with report of a case in which there was also a peripheral facial palsy and paradoxic pupils complicated with hippus. (*Amer. Medicine*, 28 mai.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Delbanco (E.). Zur Infektiosität des Gumma. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juin.) — De l'infectiosité des gommes syphilitiques.

Emery et **Umbert**. Un cas de lichen verruqueux du cuir chevelu. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, janv.)

Fabry (J.). Beitrag zur Klinik und Pathologie des Pemphigus foliaceus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

Grön (K.) et **Haavaldsen** (J.). Syphilis corymbosa. (*Hospitalstidende*, 11 mai.)

Grouven (C.) et **Fischer** (B.). Beitrag zur Acanthosis nigricans. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

Heller (J.). Zur Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes. (*Dermatol. Zeitsch.*, mai.) — Sur la pathogénie de l'atrophie lisse de la base de la langue.

Kreibich (K.). Zur Pathogenese kolliquativer Blasen. (*Dermatol. Zeitsch.*, avril.) — Pathogénie des vésicules.

Lassar (O.). Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten. (*Dermatol. Zeitsch.*, mars.) — Les régimes en dermatologie.

Mendes da Costa (S.). Fall von Lichen pemphigoides. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juin.)

CHIRURGIE

Cheyne (W. W.) et **Wilbe** (H.). A case of perforated gastric ulcer in a boy aged 13 years; diseased appendix; operation; recovery. (*Lancet*, 11 juin.) — Ulcère perforé de l'estomac chez un garçon de 13 ans; appendicite; opération; guérison.

Coombe (R.). Appendicitis. (*Lancet*, 4 juin.)

Corner (E. M.). On the value of the imperfectly descended testis, the advisability of operation, and the value of the operations performed for its relief. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juin.) — La cryptorchidie; indications de l'intervention chirurgicale et résultats des divers procédés opératoires.

Cumston (Ch. G.). Castration for tuberculosis of the testicle. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Davis (G. G.). Treatment of fractures. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Dayot (H.). Réflexions sur la chirurgie de l'estomac, à propos d'observations personnelles. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

De Lollis (O.). Sulla cura della peritonite tubercolare. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juin.)

Depage (A.). A propos d'une série de 50 cas d'appendicite. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 17 et 24 mars.)

Deutschländer (C.). Zur Beurteilung der unblutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — De la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

Dvoujilny (A.). Contribution à l'étude des kystes et des pseudo-kystes du pancréas; un cas d'hémorrhagie traumatique dans la cavité du petit épiploon (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 et 29 mai.)

Eagleton (W. P.). Influence of old age, diabetes, arterial sclerosis, and gout on the healing of wounds. (*Amer. Medicine*, 4 juin.) — Influence de la vieillesse, du diabète, de l'artériosclérose et de la goutte sur la guérison des plaies.

Eliot (E.). Pathology and treatment of simple fracture of the patella. (*Med. News*, 11 juin.)

Fedorov (S.). Quelques mots sur la rectoscopie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 mai.)

Folet (H.). Suture tardive du nerf médian. (*Echo méd. du Nord*, 5 juin.)

Fowler (R. S.). Results in diffuse septic peritonitis treated by the elevated head and trunk position. (*Med. News*, 28 mai.) — La position élevée de la tête et du tronc dans le traitement de la péritonite septique diffuse.

François-Dainville. Cancer primitif du cæcum et appendicite. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Friedländer (F. von). Die tuberkulöse Osteomyelitis der Diaphysen langer Röhrenknochen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — L'ostéomyélite tuberculeuse des diaphyses des os longs.

Friedrich (P. L.). Die künstliche subcutane Ernährung in der praktischen Chirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.) — L'alimentation artificielle sous-cutanée dans la pratique chirurgicale.

Gaudiani (V.). Durchbruch eines tuberkulösen Lymphdrüsenabszesses in die Trachea. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.) — Perforation, dans la trachée, d'un ganglion tuberculeux suppuré.

Giannettasio. Echinococco primitivo del polmone sinistro. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juin.)

Grashey (R.). Das Operieren bei abwechselndem Röntgen- und Tageslicht. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin.) — Emploi alternatif de la lumière fournie par les rayons de Röntgen et de la lumière solaire au cours des interventions chirurgicales.

Guilbaud (G.). Fracture du crâne; contusion cérébrale; hémorrhagie intradurale et compression; épilepsie jacksonienne; trépanation; guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 11 juin.)

Gutzeit. Beitrag zur operativen Behandlung des Nabelschnurbruches. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Du traitement chirurgical de la hernie ombilicale.

Gwyer (F.). Lymphatic constitution; care of the lymphatics during and after surgical operations. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Hardoüin (P.). Un cas de tuberculose verruqueuse de l'anus. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Heiberg (P.). Et par bemærkninger om den ambulante behandling af ulcus cruris. (*Ugeskrift for Læger*, 2 juin.) — Quelques considérations sur le traitement ambulatoire des ulcères de jambe.

Hermann (E.). Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Bubonen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 12 et 19 juin.) — Traitement chirurgical des bubons [vénériens].

Herzog (A. W.). A new method to facilitate operations in the mouth, for the purpose of minimizing the danger of aspiration of blood during general anæsthesia. (*New York Med. Journ.*, 28 mai.) — Nouveau procédé facilitant les interventions sur la bouche et réduisant les inconvénients de l'aspiration du sang au cours de l'anesthésie générale.

Huguenin (B.). Kasuistisches und Kritisches zur Lehre des Karzinoms der Schilddrüse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Sur le cancer du corps thyroïde.

Ito (H.) et **Kunika** (H.). Zur kombinierten Exstirpation der hochsitzenden respective hochhinaufreichenden Mastdarmkarzinome bei Männern. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Extirpation, par la voie abdomino-périnéale, du cancer haut situé du rectum.

Jaboulay. Recherches sur les tumeurs épithéliales. In-8°, 67 p. avec fig.

Jonnesco (Th.). Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.)

Keen (W. W.). Rhinophyma. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Klar (M. M.). Ein Fall von Luxatio claviculæ supraspinata. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.)

Klopotovsky (N.). Un cas d'invagination chronique de l'intestin (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 mai.)

Knott (Van B.). Surgical treatment of pulmonary abscess. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 juin.)

König (F.). Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 8e éd. T. Ier et II. In-8°, 1744 p. avec fig. Berlin.

Krioukov (M.). Un cas de sarcome de la clavicule (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 mai.)

Krogius. Beitrag zur Kenntnis von « Paget's disease of the nipple ». (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.)

Lameris (H. J.). Beitrag zur Kenntnis des angeborenen Schulterblatthochstandes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.) — Sur la position élevée congénitale de l'omoplate.

Macoagno (E.). Contributo alle operazioni economiche per la cura dei sarcomi della porzione sottospinosa della scapola. (*Clinica moderna*, 18 mai.)

Macewan (D.). 4 abdominal cases. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juin.)

Marsh (H.). On intermittent hydrops of the joints and the influence of growth on deformities. (*Lancet*, 4 juin.) — De l'hydarthrose intermittente et de l'influence de la croissance sur les difformités.

Mintz (W.). Operativ geheilte traumatische Zwerchfellhernie des Magens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Hernie diaphragmatique de l'estomac; opération; guérison.

Monprofit (A.). De la gastro-entérostomie pour estomac biloculaire. (*Arch. provinc. de chir.*, fév.)

Morestin (H.). Ostéomyélite du maxillaire inférieur. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Morton (A. W.). The conservative treatment of acute appendicitis. (*Amer. Medicine*, 4 juin.)

Moschcowitz (A. V.). A new osteoplastic amputation at the ankle-joint. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Procédé ostéoplastique de désarticulation tibio-tarsienne.

Moynihan (B. G. A.). 100 cases of gastro-enterostomy for simple ulcer of the stomach and duodenum. (*Ann. of Surgery*, mai.)

UROLOGIE

Baroni (G.). La cistotomia soprapubica nelle gravi ritenzioni di orina da ipertrofia prostatica. (*Policlinico*, 11 juin.)

Bouma (J.). Ueber eine klinische Methode zur quantitativen Bestimmung des Gallenfarbstoffes im Harne. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.) — Procédé clinique pour le dosage, dans l'urine, des matières colorantes de la bile.

Burgos. Pyonephrose de origem calculosa; nephrolithotomia; cura. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 mai.)

Cabot (F. T.). A brief résumé of the present status of the treatment of the enlarged prostate. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 avril.)

Cariani (A.). Contribution au traitement des uréthrites chroniques. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er avril.)

Carle et **Boulud**. Quelques recherches sur l'élimination du mercure par les urines. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, fév.)

Cathelin (F.) et **Villaret** (M.). Un cas rare de calcul vésico-prostatique. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er mai.)

Cauterman. Les fonctions du rein et l'insuffisance rénale. (*Ann de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mars-avril.)

Demerliac (R.). Sur la résistivité de l'urine humaine. (*Année méd. de Caen*, mars, avril et mai.)

Edebohls (G. M.). The surgery of nephritis. (*New York Med. Journ.*, 21 et 28 mai.)

Elliott (A. R.). The medical aspects of decapsulation of the kidneys for the cure of chronic Bright's disease. (*New York Med. Journ.*, 4 juin.) — Le traitement du mal de Bright par la décapsulation, envisagé au point de vue médical.

OPHTALMOLOGIE

Golovine (S.). De la signification des toxines cellulaires dans la pathologie oculaire et, en particulier, dans la pathogénie de l'ophtalmie sympathique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 mai.)

Heerfordt (C. F.). Ueber das Emphysem der Orbita. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 1.)

Heine (L.). Klinisches und Anatomisches über eine bisher unbekannte Missbildung des Auges : Angeborene Cystenretina. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 1.) — Considérations anatomo-cliniques sur une malformation de l'œil non encore décrite : la rétine kystique congénitale.

Herzog (H.). Ueber einen neuen Befund bei Molluscum contagiosum. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 3.)

Lantsheere (J. de). Evaluation du dommage causé par les accidents oculaires du travail. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Le Roux (H.). Un cas d'énophtalmie traumatique. (*Arch. d'ophtalmol.*, mars.)

Lingsch (A.). Cataracta traumatica nach Blitzschlag. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 juin.) — Cataracte traumatique par fulguration.

Marbaix. L'ophtalmie granuleuse à Tournai. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Nicati (W.). Amaurose et amblyopie unilatérales, épreuves de simulation. (*Arch. d'ophtalmol.*, fév.)

Onfray (R.). Ophtalmie métastatique, compliquant un cancer de l'œsophage. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Hardouin (P.). Trois observations de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Kaarsberg (H.). Excochleatio uteri. (*Hospitalstidende*, 18 mai.)

Kisch (E. H.). Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. 3e partie. In-8°, p. 481 à 716, avec fig. Vienne. — La vie sexuelle de la femme, au point de vue physiologique, pathologique et hygiénique.

Kreidl (A.) et **Mandl** (L.). Ueber den Uebergang der Immunhämolysine von der Frucht auf die Mutter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juin.) — Sur le passage des hémolysines du fœtus à la mère.

La Torre (F.). L'amputazione del collo uterino col processo La Torre. (*Policlinico*, 11 juin.)

Mackenrodt (A.). Drüsenfrage und Rezidive bei der Totalexstirpation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Magniaux. Traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Normandie méd.*, 15 juin.)

Meredith (W. A.). Pregnancy after removal of both ovaries for dermoid tumour. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juin.) — Grossesse chez une femme ovariectomisée pour tumeur dermoïde bilatérale.

Miller (C. J.). Primary carcinoma of the vagina. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Coussieu (H.). Corps étranger du larynx enlevé par les voies naturelles. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Escat (E.). 7 cas de sinusite maxillaire, traités et guéris par la méthode de Claoué. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 6 fév.)

Ferran (C.). Séquestre de la paroi interne du plancher de la caisse. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 27 fév.)

Garel (J.) et **Durand** (M.). Une épingle dans une bronche de troisième ordre; extraction à la pince par la bronchoscopie inférieure. (*Lyon méd.*, 12 juin.)

Gaudier. Volumineuse tumeur bénigne du pharynx laryngé; ablation par la voie transhyoïdienne. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 5 mars.)

Guisez (J.). Extraction d'un clou de la troisième ramification bronchique par la trachéo-bronchoscopie. In-16, 15 p. avec fig.

Joncheray. Deux cas d'abcès du nez. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 janv.)

Labarrière (G.). Polype des cordes vocales. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 27 fév.)

Lake (R.). Removal of the semicircular canals in a case of unilateral aural vertigo. (*Lancet*, 4 juin.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Félix (E.). L'emploi de l'adrénaline dans les affections du larynx, du pharynx, du nez et de l'oreille. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Godart (J.). De la curabilité du carcinome. (*Policlinique*, 1er juin.)

Günther (G.). Zur Kenntnis der Strophantuswirkung. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Sur l'action du strophantus.

Hartz (A.). Ueber Behandlung einer Pylorusstenose mit Thiosinamin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 fév.) — Traitement du rétrécissement du pylore par la thiosinamine.

Horder (T. J.) et **Garrod** (A. E.). A case of pneumococcus ulcerative endocarditis treated by antipneumococcus serum, the pneumococcus having been cultivated from the blood. (*Lancet*, 4 juin.)

Kapsammer (G.). Ueber epidurale Injectionen bei Enuresis der Kinder. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 5-6.) — Le traitement de l'incontinence d'urine des enfants par les injections épidurales.

King (D. B.). The treatment of bronchiectasis. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.)

Kirkby (W.). Practical prescribing and dispensing. In-8°, 178 p. Londres. — L'art de formuler.

Kolbassenko (I.). Contribution au traitement de la dysenterie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 22 mai.)

Mahu (G.). Traitement des épithéliomas ulcérés des voies aériennes supérieures par les badigeonnages d'adrénaline. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Abbe (R.). Radium and radio-activity. (*Yale Med. Journ.*, juin.)

Doumer et **Lemoine**. Traitement des tumeurs de l'estomac par la radiothérapie. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Guzzoni degli Ancarani (O.). Di un caso di cancroide del naso trattato coi raggi Röntgen. (*Riv. internazion. di terapia fisica*, juin.)

Jodlbauer (A.). Ueber die Wirkung photodynamischer (fluorescierender) Substanzen auf Paramäcien und Enzyme bei Röntgen- und Radiumbestrahlung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.) — Action des substances fluorescentes sur les paramécies et les enzymes exposés aux rayons de Röntgen et de Becquerel.

Köhler (A.). Zur röntgenoskopischen Diagnostik der Pleuritis adhæsiva. (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, VII, 3.)

Leduc (S.). Traitement des névralgies par l'ion salicylique. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 juin.)

Leonard (Ch. L.). The results of the Röntgen method in the diagnosis of renal calculus. (*Amer. Medicine*, 4 juin.)

Lotine (A.). Traitement des affections des voies lacrymales par l'électrolyse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 et 29 mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Collins (J. R.). A bacteriological inquiry into the sterilization of hands. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juin.) — Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains.

Eyre (J. W. H.). A comparative study of the bacilli of dysentery. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.)

Heyrovsky (J.). Der Influenzabazillus als Erreger der Cholezystitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juin.) — Le bacille de la grippe et son rôle étiologique dans la cholécystite.

Piatkowski (S.). Ueber eine neue Eigenschaft der Tuberkel- und anderer säurefesten Bazillen; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.) — Sur une nouvelle propriété du bacille tuberculeux et de certains autres bacilles acido-résistants.

Tarchetti (C.). Per la ricerca dei bacilli tubercolari. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juin.)

Törne (F.). Studien über die bakteriellen Verhältnisse der Nasennebenhöhlen und über ihre Schutzmittel gegen Bakterien. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 1.) — Recherches bactériologiques sur les cavités accessoires des fosses nasales et sur leurs moyens de défense contre les microbes.

GÉNÉRALITÉS

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XXI, fasc. 2. In-8°, p. 141 à 376, avec planches. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Dercle (C.). De la pratique de notre médecine chez les Arabes. In-8°, 208 p. Alger.

Heitz (J.). Nouveaux documents sur les possédés et les malades dans l'art byzantin. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Rorie (D.). Some Fifeshire folk-medicine. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.) — Quelques remèdes populaires du comté de Fife.

Schultze (B. S.). Zum Problem vom Geschlechtsverhältnis der Geborenen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 juin.) — Répartition des naissances suivant le sexe.

Van Breemen (J.). Verschil in sterfte in de verschillende maanden bij oude menschen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 juin.) — Différence de la mortalité des vieillards suivant les mois de l'année.

24e ANNÉE. — N° 32. Vingt centimes le numéro. 10 AOUT 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

De la sincérité dans les observations médicales et des limites de l'expérimentation thérapeutique.

Tout dernièrement, nous avons rendu compte de la communication faite par M. P. Jacob à la Société de médecine interne de Berlin sur « *l'infusion* » *intrapulmonaire d'une solution de tuberculine chez les tuberculeux* et de la longue discussion qui s'en est suivie (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 198, 223 et 240). Pour ne pas déroger à ses habitudes, notre journal s'est abstenu de mentionner dans la partie scientifique les incidents qui se sont déroulés à cette occasion. Il convient pourtant que nous mettions nos lecteurs au courant des imputations dirigées contre M. P. Jacob, parce qu'il importe au bon renom de la science de signaler, où qu'elles se trouvent et à quelque degré de la hiérarchie médicale qu'elles appartiennent, les personnalités qui, pour arriver à leurs fins, recourent à des moyens répréhensibles et ne craignent même pas d'altérer la vérité.

On a reproché à M. P. Jacob d'avoir passé sous silence une observation et de n'avoir parlé que de 5 malades traitées par sa méthode de « l'infusion » intrapulmonaire de tuberculine, alors qu'en réalité il avait appliqué ce mode de traitement dans 6 cas. Or, la malade dont il n'avait pas parlé dans sa communication avait succombé, et à l'autopsie on avait retrouvé les lésions que Virchow avait constatées jadis chez les malades traités par des injections sous-cutanées de tuberculine de Koch. M. P. Jacob a dû en convenir et a donné ensuite l'observation de cette malade, mais il a fourni des détails qui ne concordaient pas avec les registres, en déclarant notamment que si l'on avait fait la trachéotomie dans ce cas — opération qu'il a pratiquée chez 2 malades sur 6 et dont il n'avait pas parlé —, c'est qu'on avait constaté de l'œdème de la glotte; or, ici encore, le fait n'était pas exact, aucune mention de ce genre ne se trouvant dans les registres de l'observation.

Cette sixième observation, donnée seulement sur demande, se trouvait donc, pour une part, contraire à la vérité. Mais ce n'est pas seulement dans ce cas que la trachéotomie fut pratiquée; on était aussi intervenu de la sorte chez une autre malade, et dans l'un et l'autre fait l'opération n'était pas justifiée et n'avait pour but que de faciliter l'application du nouveau traitement. La preuve en est que, d'après les renseignements fournis par la malade qui est encore en vie, M. P. Jacob aurait mal renseigné l'intéressée sur la nécessité et les conséquences de cette opération — contrairement aux prescriptions ministérielles en la matière (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. VI) —, afin de se faire plus facilement autoriser à la pratiquer.

En somme, on reproche à M. P. Jacob d'avoir omis volontairement de parler d'un cas mortel, d'avoir altéré certains détails de cette observation lorsqu'elle lui a été réclamée, enfin d'avoir passé sous silence les deux trachéotomies qu'il a pratiquées sans motifs légitimes.

Une pareille façon d'agir n'a pas été sans soulever quelque indignation au sein de la Société de médecine interne ni sans produire une émotion qui n'a rien de factice dans le monde médical berlinois, car M. P. Jacob est à Berlin un personnage assez en vue. Il est privatdocent à la Faculté de médecine, pourvu du titre de professeur, et, de plus, il occupe la place de premier assistant (*Oberarzt*) de la première clinique médicale universitaire. Par suite de sa situation, M. P. Jacob tombe sous la juridiction du ministre prussien de l'instruction publique et des affaires médicales et il est à croire qu'une procédure disciplinaire sera engagée contre lui.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur Michaut, suppléant, est nommé professeur de physiologie.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Emile Bureau, ancien suppléant, est nommé professeur d'anatomie.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Petit, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'histologie.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur Lautier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904)

THÈSES DE PARIS

Albahary (J.-M.). L'acide oxalique et ses origines dans l'économie.

Arnal (A.). Du traitement local des syphilides muqueuses secondaires par le bleu de méthylène.

Ball (A.-W.-B.). De la perforation de l'estomac au cours des ulcères latents ou méconnus; étiologie, clinique et diagnostic.

Ballon (L.). Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique des anémones.

Berthelot (E.). De la gravité des paralysies diphtériques précoces.

Billaud (Ch.). Contribution à l'étude des syndromes du cône terminal et de l'épicône.

Blum (G.). Etude statistique et comparée de la diphtérie à l'hôpital Trousseau en 1903.

Bourganel (F.). Prophylaxie de la diphtérie dans les écoles.

Boutteville (J.). Cryogénine et fièvre typhoïde.

Caboche (G.). Etude comparée des différents composés arsenicaux.

Cantonnet (M.). Incontinence d'urine et des matières fécales dans la syphilis héréditaire tardive.

Chazarain-Wetzel (P.). Recherches bactériologiques sur les associés du bacille de Koch dans la tuberculose pulmonaire.

Cibot (E.). Des médicaments toni-cardiaques autres que la digitale et la caféine.

Desbouis (J.). Etude sur les maladies professionnelles considérées comme accidents du travail.

Druais (J.). Recherches cliniques et bactériologiques sur les ophtalmies du nouveau-né.

Frison (R.). Les réactions électriques des nerfs et des muscles dans la cholémie.

Gagnière (Th.). Adhérences anormales du placenta dans l'accouchement à terme.

Gargaud (P.). Contribution à l'étude de la tétanie gastrique.

Gérard (A.-G.). Les récidives de la diphtérie.

Hutinet (G.). De la nature contagieuse de certaines formes du diabète.

Jacquot (R.). Contribution à l'étude clinique de la coagulation du sang.

Labbey (G.). Contribution à l'étude des retards de la première dentition chez les rachitiques.

Le Barbier (G.). Contribution à l'étude de l'acidité urinaire.

Loyer (P.). Les émotions normales chez les nourrices et leur retentissement sur le nourrisson.

Marque (R.). Du traitement de la fissure sphinctéralgique par les courants de haute fréquence; étude critique comparative du traitement chirurgical et du traitement électrique.

Méry (G.-E.). Contribution à l'étude des hémorrhagies rétiniennes au cours des infections générales aiguës.

Mettey (Ph.). Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

Nicolas (A.). Sur une forme rare des manifestations oculaires de l'arthritisme : l'hyperémie sclérale.

Odin (G.). La lutte entre la cellule et le milieu; considérations sur quelques-unes des variations de la cellule sous l'influence du milieu.

Passenaud (R.). Contribution à l'étude du chancre syphilitique du col de l'utérus.

Pasturel (N.). Contribution à l'étude des mono-arthrites suppurées d'origine puerpérale.

Penel (R.). Les filaires du sang de l'homme.

Pepin (R.). Fragment d'une étude sur le langage médical.

Pierre (M.). Contribution à l'étude de la phlébite pneumonique.

Poissenot (L.). Valeur diagnostique de la tuberculine R; quelques remarques sur la réaction thermique.

Proust (J.-R.). Sur quelques variétés de ptoses palpébrales sans paralysie musculaire.

Quinsac (A.). Retour de la sécrétion lactée après un sevrage prolongé.

Rieder (W.). Contribution à l'étude des kystes parasitaires du cerveau causés par le cystique du ténia échinococcus.

Robles (R.). Contribution à l'étude des abcès prévésicaux.

Rouneaux (G.). Le paratyphus (les infections paratyphoïdiques).

Salomon. Recherches expérimentales sur les lésions rénales causées par les poisons tuberculeux.

Vidal (P.-L.). Des indications thérapeutiques réclamées par les troubles organiques et fonctionnels du foie cardiaque.

Vidalin (G.). Etude sur la mortalité et sur les conditions d'hygiène des nourrissons dans le département de la Corrèze.

Vincent (R.). Les nævi artériels dans les maladies du foie.

Vivier (G.). Traitement conservateur de la tuberculose de l'astragale et de l'articulation tibio-tarsienne chez l'enfant.

Weill (M.). Etudes sur la fréquence et la valeur séméiologique de la syphilide pigmentaire du cou au cours de la grossesse.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Opie (E. L.). The relation of cells with eosinophile granulation to bacterial infection. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Opin et **Rochon-Duvigneaud**. Lésions comparées de la rétine et des autres organes chez les malades atteints de rétinite brightique; indications qu'elles fournissent sur la pathogénie de l'affection. (*Arch. d'ophtalmol.*, mars.)

Orgler (A.). Chemische Nierenuntersuchungen mit Berücksichtigung des histologischen Bildes. (*Virchow's Arch.*, CLXXVI, 3.) — Recherches chimiques et histo-pathologiques sur le rein.

Orth (J.). Ueber Heilungsvorgänge an Epitheliomen, nebst allgemeinen Bemerkungen über Epitheliome. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 5.) — Sur le processus de guérison des épithéliomes.

Pinto (C.). Ueber die pathologische Histologie der Oophoritis chronica; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 juin.)

Scagliosi (G.). Isolierte tuberkulöse Pericarditis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.)

Schmauch (G.). Chorio-epithelioma malignum vaginale postpartum maturum; its etiology and its relation to embryonal tumours. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 juin.)

Schwyzer (F.). The construction of the valvular part of the aorta and the significance of its elastic and collagenous tissue. (*New York Med. Journ.*, 28 mai.)

Sellei (J.). Beiträge zur Histologie der Epididymitis gonorrhoica. (*Dermatol. Zeitsch.*, avril.)

Thiéry. Contribution à l'étude de la tuberculose. (*Echo méd. du Nord*, 5 juin.)

Watsuji (S.). Beiträge zur Kenntnis des primären Hornkrebses der Lunge. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, I, 5.) — De l'épithélioma pavimenteux primitif du poumon.

MÉDECINE

Mathieu (A.). Unwillkürliche Aerophagie bei Dyspeptikern. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 1.) — De l'aérophagie involontaire chez les dyspeptiques.

McCaskey (G. W.). A remarkable case of gastric cancer : separate involvement of cardia and pylorus, gain of 35 pounds in weight within three months of death. (*Med. News*, 28 mai.)

Moraczewski (W. von). Ueber den quantitativen Indolgehalt der Fäces. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 11 juin.) — Teneur des fèces en indol.

Nicolaysen (L.). Beobachtungen über epidemischen katarrhalischen Icterus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.)

Renault (A.). De l'état constitutionnel des rhumatisants blennorrhagiques. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, fév.)

Rhoads (Th. L.). The diagnosis of abscess of the liver. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Sur le diagnostic des abcès du foie.

Robinson (B.). Clinical report of a case of lithogenous icterus. (*Amer. Medicine*, 28 mai.) — Ictère par obstruction calculeuse.

Rolleston (H. D.). Clinical lectures and essays on abdominal and other subjects. In-8°, 184 p. Londres.

Russell (W.). On arterial sclerosis and hypertonus in their relation to diet and to the digestive system. (*Brit. Med. Journ.*, 4 juin.)

Sacconaghi (G. L.). Sulla leucanemia. (*Gazz. medica italiana*, 17 et 24 mars et 7 avril.)

Salaghi (S.). Ueber das Wesen verschiedener Störungen des Herzrhythmus. (*Berlin. Klinik*, juin.) — Sur certaines arythmies.

Schattenstein (I.). Les altérations du foie dans la pneumonie franche aiguë (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 22 mai.)

Schüle. Ueber die Sondierung und Radiographie des Dickdarms. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 2.) — Cathétérisme et radiographie du gros intestin.

Taylor (F.). On some disorders of the spleen. (*Lancet*, 28 mai, 4 et 11 juin.) — Sur certaines affections de la rate.

Vöckler (Th.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Purpura cachectica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juin.)

Wick (L.). Ueber rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus. (*Wien. med. Presse*, 5, 12, 19 et 26 juin et 3 juillet.) — Des nodosités rhumatismales dans le rhumatisme articulaire aigu et chronique.

Woldert (A.). The importance of correct diagnosis in the treatment of diseases of the stomach, with a summary of 30 consecutive cases. (*Amer. Medicine*, 4 juin.)

Zweig (W.). Ueber Aërophagie. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Koplik (H.). The clinical features of cerebrospinal meningitis, or cerebrospinal fever of the epidemic type. (*Med. News*, 4 juin.)

Ley. Fièvre typhoïde avec nécroses cutanées chez une enfant de dix ans. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mars-avril.)

Meinicke. Ueber den Wert der Hämolysinbildung der Vibrionen für die praktische Choleradiagnose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juin.) — Valeur de la production d'hémolysines par les vibrions pour le diagnostic du choléra.

Mintz (V.) et **Danilovitch** (G.). Suppuration du muscle droit de l'abdomen dans la fièvre typhoïde (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 mai.)

Mircoli (S.). Sull'iperglobulia dei tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juin.)

Muir (J. C.). Koplik's spots in the diagnosis of measles. (*Lancet*, 11 juin.) — Valeur des taches de Koplik pour le diagnostic de la rougeole.

Pedrazzini (F.). L'immunizzazione ed i prodotti secondari della tubercolosi. (*Giorn. della reale Soc. ital. d'igiene*, sept. 1903 et janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Gowers (Sir William). Lectures on diseases of the nervous system : subjective sensations of sight and sound, abiotrophy, and other lectures. In-8°, 250 p. Londres.

Hudson-Makuen (G.). Neuroses of nasal origin. (*Amer. Medicine*, 4 juin.)

Hultgren (E. O.). Ueber die Addison'sche Krankheit in Schweden. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 1.) — La maladie d'Addison en Suède.

Khanoutina (M.). Contribution à l'étude de la syringomyélie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 et 15 mai.)

Leegaard (Ch.) et **Harbitz** (F.). Tilfælde af Jackson's epilepsi ved karcinommetastase til hjernen og hjernehinderne; udbredte metastaser i bensystemet. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.) — Epilepsie jacksonienne consécutive à une métastase cancéreuse du cerveau et des méninges; carcinose du squelette.

Levi-Bianchini (M.). Ergothérapie et psychothérapie; théorie psychologique sur le traitement des aliénés par les méthodes du travail. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Lücke (R.). Sklerodermie mit Muskelatrophien und Symptomen der Raynaud'schen Krankheit. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.)

Marandon de Montyel (E.). Le mal perforant dans la paralysie générale. (*Rev. de méd.*, juin.)

Marchand (L.). Considérations sur l'ampliation des ventricules latéraux dans les maladies mentales. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Miller (J. L.). Kernig's sign, with report of cases where the angle has been accurately determined. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Mills (Ch. K.). The differential diagnosis of single or multiple brain tumors and diffuse encephalic syphilis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.) — Diagnostic différentiel des tumeurs du cerveau, uniques ou multiples, d'avec la syphilis diffuse de l'encéphale.

Mirallié (Ch.). Fracture ancienne du pubis; trouble psychique de la marche. (*Gaz. méd. de Nantes*, 11 juin.)

Offerhaus (H. K.). Vier gevallen van ulcera neuroparalytica. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 juin.)

Pickett (W.). Mental symptoms associated with pernicious anæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Potts (Ch. S.). A case of progressive spinal muscular atrophy in which the atrophy began in the extensors of the hand and fingers. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.) — Amyotrophie myélopathique progressive ayant débuté par les extenseurs de la main et des doigts.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Menzen (J.). Ueber Gelenkerkrankungen bei Psoriasis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.) — Des affections articulaires au cours du psoriasis.

Milly (L. de). Un cas de triade de Hutchinson. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 janv.)

Napp (H.). Zur Frage der Vererbung der Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.) — De la transmission héréditaire de la syphilis.

Pinkus (F.). Ueber eine besondere Form strichförmiger Hautausschläge. (*Dermatol. Zeitsch.*, janv.) — Forme particulière d'exanthème linéaire.

Radaeli (F.). Nouvelles recherches sur les échanges organiques dans le lichen plan et sur le mode d'action de l'arsenic. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mai.)

Rosenthal (O.). Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten. In-8°, 254 p. Vienne. — Traitement de la syphilis et des maladies vénériennes.

Schmidt (A.). Herpetische Eruptionen als Vorstadium eines Hautcarcinoms neben Herpes zoster. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.) — Eruptions d'herpès précédant un épithélioma cutané dans un cas de zona.

PARASITOLOGIE

Carini (A.). Die pathogenen Trypanosomen des Menschen und der Tiere. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Les trypanosomes pathogènes pour l'homme et pour les animaux.

Ceni (C.). Le proprietà tossiche dell' *Aspergillus fumigatus* in rapporto colle stagioni dell'anno. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXX, 1.)

Günther et **Weber**. Ein Fall von Trypanosomenkrankheit beim Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin.) — Trypanosomiase humaine.

Lenglet (E.) et **Delaunay** (P.). Un cas de *Larva migrans*. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, fév.)

Marchand (F.) et **Ledingham** (J. C. G.). Ueber Infection mit Leishman'schen Körperchen (Kala-Azar?) und ihr Verhältnis zur Trypanosomenkrankheit. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 1.) — De l'infection due aux corpuscules de Leishman (kala-azar?) et de ses rapports avec la trypanosomiase.

McFarland (J.). The Leishman-Donovan blood parasites. (*Amer. Medicine*, 4 juin.)

Novy (F. G.), **McNeal** (W. J.) et **Hare** (Ch. B.). The cultivation of the surra trypanosome of the Philippines. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mai.)

Rafferty (T. N. et H. N.). A case of Bilharzia hæmatobia infection. (*Med. Record*, 4 juin.)

Robin (W.). Zwei durch Balantidium coli hervorgerufene Colitisfälle (Balantidiumcolitis). (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 1.)

Schabad (J. A.). Actinomycosis atypica pseudotuberculosa (Streptotrichosis hominis autorum). (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 1.)

CHIRURGIE

Mayo (W. J.). The association of surgical lesions in the upper abdomen. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juin.)

Mikulicz (J. von). Versuche über Resistenzvermehrung des Peritoneums gegen Infection bei Magen- und Darmoperationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.) — Augmentation artificielle de la résistance du péritoine à l'infection dans les opérations sur l'estomac et sur les intestins.

Nägeli (H.). Ueber einen Fall von vorgetäuschter Perityphlitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Pseudo-appendicite.

Ossig. Ein Fall von operativ geheiltem Lungenabscess. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 11 juin.) — Abcès du poumon guéri par une intervention chirurgicale.

Padula (F.). Nuovo procedimento nella resezione del tarso alla Mikulicz. (*Policlinico*, 4 juin.)

Petrassévitch (F.). Le mercure comme cause d'appendicite (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 29 mai.)

Petrov (N.). Quelques troubles de la circulation et de la nutrition dans leurs rapports avec la localisation de la tuberculose des os et des articulations (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 2.)

Prjevalsky (B.). Pathogénie et traitement des contractures musculaires douloureuses localisées, d'origine nerveuse, survenant à la suite de traumatismes des régions articulaires (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 2.)

Quénu (E.) et **Sebileau** (P.). La pharyngotomie rétro-thyroïdienne. (*Rev. de chir.*, juin.)

Razoumovsky (V.). Résultats éloignés des opérations sur les nerfs pour névralgies (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 2.)

Roberg (O. Th.). Sialolithiasis. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Róna (D.). Beitrag zur Behandlung der Zwerchfellverletzungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.) — Traitement des lésions traumatiques du diaphragme.

Röpke (W.). Zur Kenntnis der Tuberculose und Osteomyelitis der Patella. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.)

Sargent (P. W. G.). Intestinal obstruction due to fibrous stricture consequent upon strangulated hernia. (*Ann. of Surgery*, mai.) — 3 cas d'obstruction intestinale causée par un rétrécissement fibreux consécutif à un étranglement herniaire.

Schlesinger (H.). Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. 2e partie. In-8°, 198 p. Iéna. — Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes.

Schley (W. S.). The use of rubber tissue and boracic acid in the treatment of surface granulating wounds and especially of the varicose ulcers of the leg. (*Med. Record*, 4 juin.) — L'emploi de la gutta-percha et de l'acide borique pour le traitement des surfaces bourgeonnantes et notamment des ulcères variqueux de la jambe.

Schütz (J.). Ueber ein frühzeitig exstirpiertes Carcinom der Bauchhaut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.) — Ablation précoce d'un épithéliome de la peau de l'abdomen.

Schwarz (E.). Ueber Ileus hystericus. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 4 juin.)

Senn (E. J.). Traumatic intestinal rupture, with special reference to indirect applied force. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Siniouchine (N.). Etude du système lymphatique de l'estomac dans ses rapports avec la propagation du cancer (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 2.)

Smith (R. R.). Injuries to the axillary vessels occurring during operations for carcinoma of the breast. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Blessure de la veine axillaire au cours d'opérations pour cancer du sein.

Steele (J. D.). Retroperitoneal sarcoma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Summers (J. E.). The treatment of posterior perforations of the fixed portions of the duodenum. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Thompson (J. E.). Stricture of the œsophagus due to typhoid ulceration. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Tilanus (C. B.). Sulla cura della frattura dell'olecrano. (*Riv. internazion. di terapia fisica*, juin.)

Vanverts (J.). La torsion du cordon spermatique (bistournage spontané). (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mars.)

Veraguth (O.). Ueber eine Hirn-Schussverletzung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Plaie du cerveau par coup de feu.

Villemin (P.). Le canal vagino-péritonéal; diagnostic et traitement de la hernie inguinale et des hydrocèles congénitales; de l'ectopie testiculaire. In-16, 96 p. avec fig.

UROLOGIE

Hartung (E.). Ein Fall von geheilter Urachusfistel. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juin.) — Fistule de l'ouraque; guérison.

Herman (M. W.). Ueber Nierenspaltung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — De la néphrotomie.

Hinrichsen (F.). Ueber Prostata-Abscesse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.)

Kérassotis (J.). Sur un cas d'abcès métastatique d'origine gonococcique. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er avril.)

Kornfeld (F.). Zur Aetiologie und Klinik der Bakteriurie. (*Wien. med. Presse*, 22 et 29 mai, 5 et 12 juin.)

Krogius (A.). Ueber die mit dem Nierenbecken kommunizierenden pararenalen Zysten. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 1.) — Des kystes pararénaux communiquant avec le bassinet du rein.

Krönlein. Ueber Nierentuberculose und die Resultate ihrer operativen Behandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.) — La tuberculose rénale et les résultats de son traitement chirurgical.

Legrain (E.). Traitement rapide du bubon suppuré par l'incision, l'expression et la suture immédiate. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mai.)

Lockwood (C. B.). On the early diagnosis of tumours of the bladder. (*Lancet*, 11 juin.) — Sur le diagnostic précoce des tumeurs de la vessie.

Paquet. Uréthrite chronique à streptocoques purs. (*Echo méd. du Nord*, 5 juin.)

Rafin et **Faysse**. Travaux cliniques de chirurgie urinaire (année 1903). In-8°, 377 p. Lyon.

OPHTALMOLOGIE

Lauber (H.). Ueber Skleralcysten. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 2.) — Sur les kystes de la sclérotique.

Manolesco. De l'iritomie. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Oliver (Ch. A.). Clinical and histological study of the ophthalmic conditions in a case of cerebellar neoplasm occurring in a subject with renal disease. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Recherches cliniques et histologiques sur l'état de l'œil chez une brightique affectée d'un néoplasme du cervelet.

Parinaud (H.). Stéréoscopie et projection visuelle. (*Ann. d'oculist.*, avril, mai et juin.)

Parsons (J. H.). Pathology of the eye. T. Ier, 1re partie. In-8°, 404 p. Londres. — La pathologie de l'œil.

Pino (C.). Eine Erklärung der Erythropsie und der farbig abklingenden Nachbilder. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 1.)

Rogman. Nouveau procédé opératoire pour corriger l'épicanthus. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Schmeichler (L.). Simulation von Augenleiden. (*Wien. med. Wochensch.*, 16, 23 et 30 avril, 7, 14, 21 et 28 mai et 4 juin.) — De la simulation des affections oculaires.

Solomon (Mme V.). Contribution à l'étude des complications consécutives à l'extirpation du sac lacrymal (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 22 mai.)

Tacke (R.). De la guérison spontanée de la cataracte. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, mai.)

Urdareanu (C.). Le traitement du strabisme divergent anisométropique. In-8°, 48 p.

Van Duyse. Etiologie générale des malformations oculaires. (*Arch. d'ophtalmol.*, fév.)

Weinhold (M.). Zur Erklärung der paradoxen parallaktischen Verschiebung der Stereographenbilder. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 1.) — Sur l'explication des déplacements parallactiques paradoxaux des images stéréoscopiques.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Muus. Nyere metoder til behandling af födslens udvidningsperiode. (*Hospitalstidende*, 27 avril et 4 mai.) — Procédés récents, concernant la conduite à tenir pendant la période de dilatation dans l'accouchement.

Nenadovitch. Geschlechtliche Unempfindlichkeit (Anæsthesia sexualis) der Frauen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Nicholson (W. R.). Neuritis as a complication of some portion of the child-bearing process. (*Amer. Medicine*, 28 mai.) — De la névrite en tant que complication de la grossesse.

Römer (P.). Zur Frage des physiologischen Stoffaustausches zwischen Mutter und Fötus. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, mai.) — Des échanges physiologiques entre la mère et le fœtus.

Rothe (H.). Zwei solide Ovarialembryome; ein Beitrag zur Frage der Malignität derselben. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Salom (J.). Ueber Heissluftbehandlung einiger Krankheiten der Genitalorgane. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 juin.) — Du traitement par l'air chaud de certaines affections des organes génitaux.

Sampson (J. A.). Complications arising from freeing the ureters in the more radical operations for carcinoma cervicis uteri, with special reference to post-operative ureteral necrosis. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, avril.) — Sur les complications dues à la dissection des uretères dans les interventions radicales pour cancer du col utérin.

Schäffer (O.). Ueber die Blutversorgung des sich kontrahierenden Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — De la circulation sanguine de l'utérus au moment de la contraction de cet organe.

PÉDIATRIE

Hirsh (J. L.). Chronic interstitial nephritis in the young. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Kissel (A.). Contribution à l'étude de la fièvre glandulaire à forme grave (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 mai.)

Mignon. Othématome spontané chez un enfant. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 11 juin.)

Monsseaux (A.). Sur la lithiase rénale chez les enfants. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai.)

Portner (E.). Ueber urologische Diagnostik im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung der cystoskopischen Untersuchungsmethoden. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXVIII, 5-6.) — Le diagnostic urologique chez l'enfant, notamment au point de vue des procédés d'examen cystoscopique.

Puoti (G.). Azione del saccaromyces cerevisiæ sul bacterium coli nelle gastro-enteriti infantili; ricerche sperimentali. (*Pediatria*, mai.)

Riether (G.). Therapie im Säuglingsalter. In-8°, 143 p. Vienne. — Traitement des maladies du nourrisson.

Salzer (H.). Ueber das offene Meckel'sche Divertikel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juin.) — Diverticule fistuleux de Meckel.

Scherer (F.). Aetiologie Bednárovych apht. (*Casopis lékaru ceskych*, 4 et 11 juin.)

Steinitz (F.) et **Weigert** (R.). Demineralisation und Tuberkulose; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juin.)

Véron (F.). Hernie ombilicale congénitale chez un nouveau-né, coïncidant avec des malformations multiples de l'intestin. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Wallis (F. C.). Four cases of acute intestinal intussusception; operation; recovery. (*Lancet*, 11 juin.) — 4 cas d'invagination aiguë de l'intestin; opération; guérison.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Lermoyez (M.). Tumeurs nasales à Penghawar. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril.)

Liaras. De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers animés du larynx chez l'homme. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 12 mars.)

Luc. Un cas de thrombo-phlébite suppurée du sinus latéral, d'origine otique, enrayée par l'ouverture et le nettoyage du vaisseau infecté, précédé de la ligature de la veine jugulaire; mort, six semaines plus tard, à la suite d'accidents nouveaux, dus, suivant toute apparence, à la formation secondaire d'un abcès cérébelleux; réflexions. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév.)

Moure (E.-J.). Sur quelques cas de cellules mastoïdiennes aberrantes. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 26 mars.)

Rosenheim (S.) et **Warfield** (M.). A case of fibroadenoma of the trachea; with remarks on tumors of the tracheal in general. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Rozier (J.). Otite chronique; évidement; paralysie faciale consécutive au curettage de la cavité sous-pyramidale; carie du canal semi-circulaire externe; crises de labyrinthisme. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Ruault (A.). Des laryngites chroniques non spécifiques (formes cliniques; traitement). In-8°, 120 p.

Schmiegelow (E.). Om forholdet mellem næsens og öjets sygdomme. (*Ugeskrift for Læger*, 28 avril, 5, 12, 19 et 26 mai.) — Des relations existant entre les affections du nez et celles des yeux.

Segura (E. V.). Sur un cas de double mastoïdite de Bezold; opération; guérison. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév.)

Semon (Sir Felix). Thyrotomie et laryngectomie dans le cancer du larynx. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen (1894-1903). In-8°, XXI-705 p. Wurtzbourg. — Comptes rendus de la Société des laryngologistes de l'Allemagne du sud.

Viollet (P.). Lupus et épithélioma [du pavillon de l'oreille] chez le vieillard; observation intéressant le diagnostic de ces deux affections. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 27 fév.)

HYGIÈNE

Bertrand (L.) et **Klynens** (J.). La cryoscopie du lait; essai sur l'étude de la falsification du lait à Anvers. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mars-avril.)

Christophers (S. R.). Second report of the antimalarial operations at Mian Mir (1901-1903). In-4°, 37 p. Calcutta.

Cole (R. I.). The prevention of typhoid fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mai.) — La prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Dempwolff. Bericht über eine Malaria-Expedition nach Deutsch-Neu-Guinea. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 1.) — Compte rendu d'une mission envoyée dans la Nouvelle-Guinée allemande pour l'étude du paludisme.

Dock (G.). Vaccine and vaccination. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, avril.)

Dubrandy. L'assainissement urbain sur le littoral méditerranéen. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Gouvêa (H. de). La lutte contre la tuberculose au Brésil. In-4°, 11 p.

Green (A. B.). Further note on some additional points in connexion with chloroformed calf vaccine. (*Lancet*, 28 mai.) — Sur la vaccine additionnée de chloroforme.

Kulenkampff (D.), **Stövesandt** (J.) et **Tjaden.** Der Kampf gegen die Tuberkulose in Bremen. In-8°, 68 p. avec graphiques. Brême. — La lutte contre la tuberculose à Brême.

Layet (A.). La vie humaine entre les tropiques. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 et 19 juin.)

Miller (J. A.). A study of the tuberculosis problem in New York City. (*Med. News*, 28 mai.)

Peabody (G. L.). Some thoughts suggested by the statistics of the Health Department, especially concerning typhoid fever and small-pox. (*Med. Record*, 4 juin.) — Considérations suggérées par les statistiques du service d'hygiène [de la ville de New-York], notamment à propos de la fièvre typhoïde et de la variole.

Ustvedt (Y.). Difteriprofylaxen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bähr (F.). Heilungsresultate bei Unterschenkelbrüchen in der Unfallversicherung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — La guérison des fractures de jambe au point de vue des accidents du travail.

Durand (A.) et **Schmitt** (Ch.). Eclampsie et droit marital. (*Gaz. méd. de Nantes*, 28 mai.)

Ehrnrooth (E.). Ueber plötzlichen Tod durch Herzlähmung. In-8°, 94 p. Berlin. — De la mort subite par paralysie du cœur.

Fabrice (H. von) et **Weber** (A.). Die Lehre von der Kindsabtreibung und vom Kindsmord; gerichtsärztliche Studien. 2e éd. In-8°, 320 p. Berlin. — Avortement et infanticide.

Février (Ch.) et **Parisot** (P.). De l'automatisme ambulatoire; son importance au point de vue médico-légal. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.)

Giere. Ueber die Vergiftung mit Blei- und Kupferverbindungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 23, 26 et 30 mai et 2 juin.) — L'intoxication par les composés du plomb et du cuivre, envisagée au point de vue médico-légal.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Hutchison (R.). The dietetic treatment of diabetes. (*Practitioner*, juin.)

Kapralik (E.) et **Schrötter** (H. von). Erfahrungen über die Wirkung der Einführung von Tuberkulin im Wege des Respirations-Apparates. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 juin.) — Action de la tuberculine introduite par les voies respiratoires.

Kuthy (D.). Erfahrungen über Hydrotherapie bei 1000 Tuberkulösen. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, mai.)

Labbé (H.). Principes de la diététique moderne. In-16, 334 p. avec fig.

Lanz (O.). Adrenaline en heelkunde. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 juin.) — L'adrénaline en thérapeutique.

Lifchitz (M.). De l'influence des amers sur la digestion gastrique dans différentes maladies de l'estomac (en russe). (*Prakt. Vratch*, 8, 15, 22 et 29 mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

MacLeod (J. M. H.). Further observations on the therapeutic value of radium and thorium. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juin.)

Marsh (J. P.). A case of supposed sarcoma of the chest wall symptomatically cured by means of the X-ray. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Sarcome de la paroi thoracique, guéri par les rayons de Röntgen.

Massier. Note sur un cas de cancer du larynx, traité par les rayons de Röntgen. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 5 mars.)

Moser (E.). Behandlung von Gelenkkontrakturen mit Röntgenbestrahlung. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 11 juin.) — La radiothérapie des contractures.

Müller (J.). Zur Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juin.) — La radiothérapie des maladies de la peau.

Weiss (L. D.). X-ray diagnosis of an interesting case. (*Med. Record*, 4 juin.)

24e ANNÉE. — N° 33. Vingt centimes le numéro. 17 AOUT 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro est exclusivement consacré à la Littérature médicale.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Gustav Wolff est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Karl Franz, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Siegfried Schönborn est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Königsberg. — MM. les docteurs Siegfried Hammerschlag et Wilhelm Zangemeister sont nommés privatdocenten d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur Georges Spengler est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Bax, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens. — M. le professeur Karl Weigert, directeur de l'Institut d'anatomie pathologique à Francfort-sur-le-Mein. — M. le docteur Erich Bennecke, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur H. A. Kooyker, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Groningue. — Sir Frederic Bateman, médecin consultant au Norfolk and Norwich Hospital, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris. — Sir William Mitchell Banks, ancien professeur d'anatomie à University College de Liverpool.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THESES DE TOULOUSE

Ancian (G.). L'hémostase médicale et chirurgicale des fosses nasales.

Andréeff (Th.). Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte descendante.

Augey (A.). Contribution à l'étude des souffles extra-cardiaques.

Azéma (H.). De la broncho-pneumonie tuberculeuse chez les enfants.

Babou (A.). Documents sur la prostitution et les maladies vénériennes à Toulouse.

Bidache (E.). Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané d'origine pulmonaire (emphysème à triple siège chez les enfants).

Bonnet (G.). Etude critique sur la classification des maladies mentales.

Bourras (P.). Contribution à l'étude du tubercule anatomique.

Brissaud (J.). Contribution à l'étude de la strophantine (étude historique et expérimentale).

Büy (F.). Caractères des délires d'intoxication.

Cambillet (A.). Les « pseudo-dysenteries ».

Canivenq (J.). Les grandes mutilations syphilitiques du centre de la face.

Cazeneuve (H.). Contribution à l'étude de la mortalité infantile toulousaine.

Chadoutaud (E.). Les hyperdistensions partielles du segment inférieur de l'utérus.

Constantin (E.). La néphrite charbonneuse expérimentale.

Conte (E.). Contribution à l'étude du ptérygion envahissant.

Coronat (G.). Contribution à l'étude des séquestrations arbitraires.

Deguiral (F.). Photothérapie par l'arc électrique.

Doussinet (P.). Considérations anatomiques et cliniques sur l'insertion vélamenteuse du cordon ombilical.

Foch (J.). La tuberculose à Toulouse.

Gailhac (P.). Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant.

Garmy (A.). Contribution à l'étude de l'astigmatisme cornéen déterminé par le ptérygion.

Gleize (A.). Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches.

Gontier (P.). Sur un cas de tumeur mixte du maxillaire supérieur.

Goujon (J.). Sur le traitement du tabes par les frictions mercurielles et le traitement mixte.

Grandchamp (R.). Pyramidon et fièvre typhoïde.

Laborie (G.). Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections d'huile de mercurial.

Landelle (A.). Les eaux sulfurées sodiques (stations pyrénéennes); exploitation et thérapeutique.

Lasserre (J.). Contribution à l'étude du genre *Nocardia* (g. *Streptothrix* Cohn); description d'une espèce nouvelle.

Laval (A.). Etude clinique des tumeurs malignes de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Matalène (D.). De quelques particularités de la gale chez l'enfant.

Mirabail (A.). Les colonies scolaires de vacances à Toulouse.

Morère (J.). Contribution à l'étude des abcès du pénis.

Mothe (H.). Sur l'emploi de l'ésérine dans le traitement des kératites.

Ouvrieu (J.). Sur le traitement du goitre exophtalmique : de l'action du salicylate de soude dans la maladie de Basedow.

Pétroff (S.). De quelques paralysies faciales chez l'enfant.

Pinel (P.). Collargol et infections puerpérales.

Pouy (J.). Traitement chirurgical des hémorrhoïdes par le procédé de Vercesco-Potarca.

Puéchavy (L.). Contribution à l'étude de la pathogénie du syphilome ano-rectal.

Pujol (E.). Contribution à l'étude des fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue médico-légal.

Rambaud (J.). Etude sur les tumeurs paranéphrétiques.

Ricard (L.). Granulosis rubra nasi.

Richard (C.). Statistique du service de diarrhée d'été à la clinique infantile de la Faculté de Toulouse pendant les années 1902 et 1903.

Rouquet (A.). Contribution à l'étude clinique de la cryogénine.

Scalieri (Th.). Quelques considérations sur la chirurgie de l'apophyse mastoïde.

Verdier (X.). Sur quelques effets physiologiques de la musique; contribution à l'étude des bases physiologiques de la musicothérapie.

Verlac (J.). Contribution à l'étude clinique des arthropathies pelviennes d'origine gravidique.

Vignères (U.). Contribution à l'étude de la mydriase à bascule.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Colombo (G.). Studio critico sulle granulazioni del protoplasma. (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév., mars et avril-mai.)

Fredet (P.). Documents sur la formation des capsules du rein, chez l'embryon humain. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Lenormant (Ch.) et **Desjardins** (A.). Deux cas d'anomalie de l'artère fémorale profonde. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Lesbre et **Forgeot**. Etude des circonvolutions cérébrales dans la série des mammifères domestiques; comparaison avec l'homme. In-8°, 76 p. avec fig. Lyon.

Paterson (A. M.). The human sternum. In-4°, 89 p. avec fig. Londres. Williams et Norgate.

Pohlman (A. G.). Concerning the embryology of kidney anomalies. (*Amer. Medicine*, 18 juin.) — Les anomalies du rein et leur interprétation par l'embryologie.

Röthig (P.). Handbuch der embryologischen Technik. In-8°, 287 p. avec fig. Wiesbaden.

Spalteholz (W.) et **His** (W.). Handatlas der Anatomie des Menschen. 4e éd. T. Ier et II. In-8°, 475 p. avec fig. et planches. Leipzig.

Testut (L.). Précis d'anatomie descriptive. 4e éd. In-18, 820 p.

Waldeyer (W.) et **Posner** (C.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Anatomie und Physiologie (Jahrgang 1903). In-8°, 299 p. Berlin. — Revue annuelle des travaux d'anatomie et de physiologie (année 1903).

PHYSIOLOGIE

Ascoli (M.) et **Viganò** (L.). Sul destino degli albuminoidi del cibo. (*Clinica medica italiana*, avril.) — Sur le sort des albuminoïdes alimentaires.

Barratt (J. O. W.). The reaction of protoplasm in relation to chemiotaxis. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin.)

Fränckel (P.). Ueber die Bestimmung des Blutkörperchenvolumens aus der elektrischen Leitfähigkeit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 5-6.) — Détermination du volume des hématies, basée sur l'étude de la conductibilité électrique.

Franz (K.). Studien zur Physiologie des Uterus; vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 juin.)

Ioteyko (Mlle J.). La dualité fonctionnelle du muscle. (*Journ. de neurol.*, 20 juin.)

Jones (A. E.). The enumeration of leucocytes. (*Lancet*, 25 juin.)

Mills (Ch. K.). The physiological areas and centres of the cerebral cortex of man, with new diagrammatic schemes. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.)

Moritz (F.). Ueber Bestimmung der Bilanz von Säuren und Basen in tierischen Flüssigkeiten; 1. Mitteilung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.) — Le bilan des acides et des bases dans les humeurs organiques.

Mosso (A.). Les exercices physiques et le développement intellectuel. (Trad. de l'italien par V. Claudius-Jacquet.) In-8°, 300 p.

Protopopov (V.). Influence de l'adrénaline sur la circulation cranio-cérébrale (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

Rzetkowski (K.). Badania nad losem roztworów solnych w zoladku ludzkim. (*Gaz. lekarska*, 16, 23 et 30 avril.) — Recherches sur le sort des solutions salines dans l'estomac humain.

Schreiber (J.). Ueber den Schluckmechanismus. In-8°, 91 p. Berlin. — Du mécanisme de la déglutition.

Spengler (E.). Ueber die Krümmung des Blickfeldes. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 2.) — Sur l'incurvation du champ visuel.

Sternberg (M.). Cerebrale Localisation der Mimik. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 5-6.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Coplin (W. M. L.). The early lesions of arteriosclerosis, with special reference to alterations in the elastica. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mai.) — Les lésions précoces de l'artériosclérose.

Hagen (W.). Ein Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Geschwülste der Kreuzsteissbeingegend. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Sur les tumeurs sacro-coccygiennes d'origine congénitale.

Krömer (P.). Die Lymphorgane der weiblichen Genitalien und ihre Veränderungen bei malignen Erkrankungen des Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 1.) — L'appareil lymphatique des organes génitaux de la femme et ses lésions dans le cancer de l'utérus.

Longcope (W. T.). The early changes in arteriosclerosis of the gastrointestinal tract. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mai.)

Lorrain et **Durozoy** (D.). Lymphadénome du médiastin d'origine thymique probable. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Ruge (S.). Pathologisch-anatomische Untersuchungen über sympathische Ophthalmie und deren Beziehungen zu den übrigen traumatischen und nichttraumatischen Uveitiden. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 3.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Ascoli (M.) et **Bonfanti** (A.). Nuove ricerche sull'albuminuria alimentare. (*Clinica medica italiana*, avril.)

Clairmont (P.) et **Ranzi** (E.). Zur Frage der Autointoxication bei Ileus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.)

David (E.). Les lésions expérimentales du système nerveux sympathique influent-elles sur la pénétration de la toxine diphtérique et sur la résistance organique? In-8°, 20 p. Limoges.

Dembinski. O mozliwosci uodpornienia królików przeciwko martwym pratkom gruzlicy. (*Gaz. lekarska*, 16 avril.) — De la possibilité d'immuniser les lapins contre les bacilles morts de la tuberculose.

Emmerich (R.) et **Gemünd** (W.). Beiträge zur experimentellen Begründung der Pettenkofer'schen lokalistischen Cholera- und Typhuslehre. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 et 28 juin.) — Démonstration expérimentale de la théorie tellurique de Pettenkofer sur le choléra et la fièvre typhoïde.

Haberer (H.) et **Clairmont** (P.). Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Cysticusstumpfes nach der Cholecystectomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — Recherches expérimentales sur le moignon du canal cystique après la cholécystectomie.

Landau (A.). Przyczynek doswiadczalny do nauki o zatruciu zóltaczkowem (cholæmia). (*Gaz. lekarska*, 9 et 16 avril.) — Recherches expérimentales sur la cholémie.

Plaskuda (W.). Untersuchungen über das « Binden der Glieder » (ausgedehnte Bier'sche Stauung) und die sogenannte « Autotransfusion » (ausgedehnte Esmarch'sche Blutleere), mit besonderer Berücksichtigung des Blutdruckes in den freien Gefässprovinzen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.) — Recherches sur la ligature des membres et l'auto-transfusion, notamment au point de vue de l'état de la pression sanguine dans les territoires vasculaires respectés par l'intervention.

MÉDECINE

Anders (J. M.). Gastric carcinoma; acute intercurrent nephritis. (*Med. Bull.*, juin.)

Berall (W.). Ein Fall von Extrasystolen. (*Wien. med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 juin.)

Berghinz (G.). Sovra un caso di pericardite acuta reumatica. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juin.)

Bishop (L. F.). Constitutional low arterial tension. (*New York Med. Journ.*, 11 juin.) — De la tension basse observée normalement chez certains individus.

Borri (A.). Ueber die Einwirkung der Endofaradisation und Endogalvanisation des Magens auf Secretion, Motilität und Sensibilität. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juin.) — Influence de l'endofaradisation et de l'endogalvanisation sur la sécrétion, la motricité et la sensibilité de l'estomac.

Bruno (A.). Sopra il modo di comportarsi della pressione arteriosa in rapporto a spandimenti idropici da varie cause. (*Policlinico*, partie méd., XI, 6.)

Bulletin de la Société médicale de l'Yonne. T. XLIV (année 1903). In-8°, LXII-121 p. Auxerre.

Busquet (P.). Des troubles cardiaques tardifs consécutifs aux angines. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 juin.)

Chanoz. Deux cas de mort par les courants triphasés de haute tension. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 juin.)

Chilesotti (E.). Studio di un caso di pseudoleucemia linfatica con decorso clinico particolare. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juin.)

Curlo (G.). Contributo allo studio dei disturbi di secrezione dello stomaco; due casi di acloridria. (*Gazz. degli Osped.*, 26 juin.)

Ebstein (W.). Cheyne-Stokes'sches Atmen beim Coma diabeticum und Kussmaul's grosses Atmen bei der Urämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.) — La respiration de Cheyne-Stokes dans le coma diabétique et la respiration profonde de Kussmaul dans l'urémie.

Elsner (H.). Ueber die Prüfung der motorischen Magenfunction. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 juin.) — L'examen de la motricité de l'estomac.

MALADIES INFECTIEUSES

Philip (R. W.). On the organization of the home treatment of pulmonary tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 11 juin.) — L'organisation du traitement familial de la tuberculose pulmonaire.

Pluyette et **Alezais**. Perforation de l'iléon deux mois après une fièvre typhoïde. (*Marseille méd.*, 1er juin.)

Rolly. Zur Diagnose des Typhus abdominalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin.)

Sacquépée (E.) et **Testard** (J.). Infection pyocyanique au cours de la fièvre typhoïde. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Sandwith (F. M.). Mediterranean fever in Egypt. (*Practitioner*, juin.)

Stanton (S. C.). The prophylaxis of tetanus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juin.)

Vincenzi (L.). Di un'epidemia di disturbi intestinali da un colibacillo virulento nell'acqua potabile. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juin.)

Wesener (F.). Ueber Diagnose und Prophylaxe des Typhus abdominalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 et 14 juin.)

Wolkenstein (G.). Un cas de scarlatine légère compliquée de rougeole excessivement grave (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 29 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Neutra (W.). Ueber Ermüdungsphänomene auf dem Gebiete der Vibrationsempfindung; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Des phénomènes de fatigue au cours de la recherche de la sensibilité osseuse.

Prodi (T.). Gonoidrastro bilaterale e scomparsa dei disturbi visivi in un caso di acromegalia; nota semeiologica. (*Gazz. degli Osped.*, 12 juin.)

Pugnat (A.). Les bourdonnements d'oreille chez les neurasthéniques. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 21 mai.)

Raymond (F.). La maladie de Parkinson. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Roxo (H.). Perturbações mentaes nos negros do Brazil. (*Brazil-medico*, 22 avril, 1er, 8 et 15 mai.)

Simon (P.). Un cas de maladie de Recklinghausen (neuro-fibromatose généralisée). (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.)

Sizaret. Note sur un cas de corps étranger des voies digestives supérieures chez une aliénée. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Spiller (W. G.) et **Weisenburg** (Th. H.). Paraplegia dolorosa caused by vertebral carcinomata, spinal caries, and multiple neuritis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.)

Stadelmann (H.). Das Wesen der Psychose auf Grundlage moderner naturwissenschaftlicher Anschauung. 2. und 3. Heft : Grund und Ursache der Psychose; der Kontrastcharakter; die Hysterie. In-8°, p. 43 à 127. Wurtzbourg. — La nature des psychoses, envisagée au point de vue de l'état actuel des sciences naturelles.

Verger (H.) et **Abadie** (J.). Etude graphique des réflexes plantaires à l'état normal et dans quelques affections spasmodiques du système pyramidal. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Vetlesen (H. J.) et **Harbitz** (F.). Kasuistische Beiträge zur Lehre von der Syringomyelie. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 1.)

Virchoubsky (A.). Contribution à l'étude de l'érythromélalgie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 22 et 29 mai.)

Wertheimber (Th.). Ueber den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion bei der Meningitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juin.) — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans la méningite.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Schulze (H.). Ueber das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis bei Bergleuten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.) — La tuberculose verruqueuse de la peau chez les mineurs.

Sereni (S.). Mykosis fungoides. (*Dermatol. Zeitsch.*, janv.)

Thibierge (G.). Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus et, en particulier, sur une forme ulcéreuse; sa confusion possible avec l'épithélioma utérin. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, fév.)

Troussaint. Syphilis pulmonaire du sommet, à type cavitaire. (*Marseille méd.*, 1er juin.)

Veress (F.). Ueber Lungensyphilis, auf Grund eines einschlägigen Falles. (*Pest. med.-chir. Presse*, 29 mai et 5 juin.) — De la syphilis pulmonaire.

Vollmer (E.). Ueber die Beziehungen zwischen Balneologie und Dermatologie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

Wechselmann (W.). Atrophodermia erythematosa maculosa (Lichen planus atrophicus). (*Dermatol. Zeitsch.*, janv.)

Wolters (M.). Nævi syringoadenomatosi. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

CHIRURGIE

Anderson (G. R.). Notes on 3 cases of intestinal obstruction. (*Lancet*, 25 juin.)

Aronheim. Ein Fall von vollständigem erworbenen Schwund des linken Musculus cucullaris und pathologischer Skoliose bei einer 26 jährigen Frau. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juin.) — Atrophie totale non congénitale du muscle trapèze gauche avec scoliose chez une femme de vingt-six ans.

Auvray (M.). La chirurgie du médiastin antérieur (cœur et péricarde exceptés). In-8°, 224 p. avec planches.

Battaglia (M.). Ematoma aneurismatico diffuso del tronco celiaco. (*Ann. di med. navale*, mai.)

Bergmann (W.). Zur Kasuistik der Erkrankungen der Flexura sigmoidea. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juin.) — 3 cas d'affection du côlon ilio-pelvien.

Bisset (A. G.). Traumatic gangrene of the scrotum with almost entire separation; recovery; plastic operation for formation of new scrotum. (*Lancet*, 25 juin.) — Gangrène traumatique du testicule avec séparation presque complète des parties mortifiées; guérison; réfection du scrotum par une opération autoplastique.

Brehm (O.). Zur Kasuistik der Darmokklusionen durch den Wurmfortsatz und das Meckel'sche Divertikel. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 25 juin.) — De l'occlusion intestinale due à l'appendice vermiculaire et au diverticule de Meckel.

Busse et **Blecher**. Ueber Myositis ossificans. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.)

Carr (W. P.). Relations of the alimentary canal to pelvic disease. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Clairmont (P.). Ueber ein Hypernephrom-Impfrecidiv in den Bronchiallymphdrüsen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — Récidive, par inoculation, d'un hypernéphrome dans les ganglions lymphatiques du groupe bronchique.

Clements (J.). Water anesthesia in surgery, and its suggestions in medicine. (*Med. News*, 18 juin.) — L'anesthésie [locale] par les injections interstitielles d'eau.

Constant. Appendicite et colique hépatique. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Corner (E. M.) et **Fairbank** (H. A. T.). Sarcomata of the alimentary canal. (*Practitioner*, juin.)

Dietze (A.). Ueber Chylothorax traumaticus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.)

Dumont (F. L.). Traité de l'anesthésie générale et locale. (Trad. de l'allemand par F. Cathelin.) In-8°, 376 p. avec fig.

Eiselsberg (A. von). Ueber einen Fall von Amyloid-Kropf. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — Goitre amyloïde.

François-Dainville. Tumeur de la paroi abdominale dans un cas de maladie de Recklinghausen. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Furniss (H. D.). Varicocele. (*Amer. Medicine*, 4 juin.)

Vogel (A.). Ein Fall von Herznaht. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 4 juin.) — Suture du cœur.

Volkovitch (N.). Le traitement opératoire de la tuberculose des grandes articulations, en particulier par la résection (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 2.)

Voswinckel (E.). Weitere Erfahrungen über die Behandlung veralteter Empyeme durch ausgedehnte Rippenresection. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2.) — Nouvelles considérations sur le traitement de l'empyème chronique par la thoracoplastie.

Wallace (W. L.). Posterior gastroenterostomy, with enteroenterostomy; a study of conditions found at autopsy. (*Amer. Medicine*, 28 mai.)

Watts (S. H.). The silver bolt as a means of fixing ununited fractures of certain long bones. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, avril.) — Emploi d'un boulon en argent pour la coaptation de fractures non consolidées.

Weiss (A.). Ueber Dehnungsgangrän des Coecums bei tiefsitzendem Dickdarmverschluss. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — De la gangrène du cæcum par hyperdistension, dans l'occlusion bas située du côlon.

Weisz (E.). Zur Nachbehandlung traumatischer Gelenkszustände. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 mai.) — Traitement des traumatismes articulaires.

Wendel. Ueber tropische Leberabszesse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 1-3.) — Des abcès tropicaux du foie.

Wendt. Die Reposition des luxierten Os lunatum. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin.) — Réduction des luxations de l'os semi-lunaire du carpe.

Whiting (A. D.). Report of 2 cases of volvulus of the entire mesentery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Willard (DeF.). Empyema. (*Amer. Medicine*, 28 mai.)

Wittek (A.). Ueber Verletzungen der Handwurzel (Os lunatum). (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Des lésions traumatiques du carpe (os semi-lunaire).

UROLOGIE

Matthias (F.). Zur Resektion der Harnblase wegen maligner Tumoren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 2.) — Résection de la vessie pour tumeur maligne.

Motz (B.) et **Suarez** (L.). Des hémorrhagies spontanées de la prostate. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er avril.)

Notthafft (A. von). Ueber scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.) — De certaines douleurs attribuables à une prostatite, bien qu'elles en paraissent indépendantes; remarques sur la prostatite chronique.

Poly (F.). Bestimmungen der molekularen Konzentration des Blutes und des Urins bei doppelseitigen Nierenerkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 juin.) — Détermination de la concentration moléculaire du sang et de l'urine dans les affections des deux reins.

Portner (E.). Ueber intermittirende cystische Erweiterung des vesicalen Ureterendes. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 5.) — Dilatation cystique intermittente de l'extrémité vésicale de l'uretère.

Reynolds (H. B.). Papilloma of the renal pelvis with massive hydronephrosis. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Vertogradov (S.). De l'incontinence nocturne d'urine chez les recrues dans ses rapports avec les méthodes d'exploration (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

Vlaccos (de). Contribution à l'étude de la vaginalite séreuse chronique. (*Rev. de chir.*, juin.)

Wulff (P.). Ein durch Operation geheilter Fall von kongenitalem Blasendivertikel. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juin.) — Diverticule congénital de la vessie; opération; guérison.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bardeleben (H. von). Spätfolgen des Entbindungsverfahrens mit schneller mechanisch instrumenteller Muttermundserweiterung. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 1.) — Résultats éloignés de l'accouchement rapide avec dilatation mécanique de l'orifice externe.

Chandler (S.). A new operation for puerperal sepsis. (*New York Med. Journ.*, 4 juin.)

Dobbert (Th.). Sur quelques nouvelles opérations gynécologiques (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, avril.)

Dorland (W. A. N.). Puerperal hematoma; tardy development of a fatal case of the vagino vulvo-perineal type. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Fedorov (I.). Contribution à l'étude de l'origine des kystes de l'hymen (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 29 mai et 5 juin.)

Findley (P.). Cystic degeneration of the ovary; an anatomical and clinical study of 180 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Franqué (O. von). Ueber Blutungen in die freie Bauchhöhle bei Extrauterinschwangerschaft. (*Prag. med. Wochensch.*, 16 juin.) — L'inondation péritonéale dans la grossesse extra-utérine.

Sittner (A.). Vulvaödem und Dammriss. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 juin.) — Œdème vulvaire et rupture du périnée.

Taylor (F. E.). The association of ovarian with uterine fibro-myomata. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.)

Treub (H.). Schwangerschaftspsychose; Abortus provocatus; Genesung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 juin.) — Psychose de la grossesse; avortement provoqué; guérison.

Vedeler (B. Ch.). Ovaritis. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 1.)

Voigt (J.). Zwei seltene Fälle von Tubargravidität. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Voorhees (J. D.). The management of occipito-posterior positions of the vertex. (*Med. News*, 4 juin.) — De la conduite à tenir dans les présentations occipito-postérieures.

Vörner (H.). Ueber die vaginale, spezifische Behandlung schwangerer Frauen. (*Dermatol. Zeitsch.*, mars.) — De la voie vaginale pour le traitement spécifique des femmes enceintes.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Garnier (L.) et **Parisot** (P.). Intoxication massive par l'oxyde de carbone des gaz de hauts fourneaux. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Lemaire (P.). Les intoxications par le naphtol camphré; symptomatologie, pathogénie, traitement. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 juin.)

Lesser (A.). Stereoskopischer gerichtsärztlicher Atlas. 3e partie. In-4°, 50 planches, avec texte explicatif. Breslau. — Atlas stéréoscopique de médecine légale.

Mitlacher (W.). Toxicologisch oder forensisch wichtige Pflanzen und vegetabilische Drogen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer mikroskopischen Verhältnisse. In-8°, XXIII-200 p. avec fig. Vienne. — Les plantes et les drogues d'origine végétale, considérées au point de vue de la toxicologie et de la médecine légale.

Perrin de la Touche (E.). Mort suspecte par rupture traumatique du mésentère. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Sommer (R.). Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf naturwissenschaftlicher Grundlage. In-8°, 388 p. avec fig. Leipzig. — Psychologie criminelle et psychopathologie pénale.

Stoenesco (N.). Empoisonnements par le phosphore; nouveaux moyens de rechercher le phosphore. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Baïmakov (N.). Contribution à l'étude de l'action antisudorifique de la sauge (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 5 juin.)

Chtcherbakov (A.). Un cas d'angine de Ludwig, guéri par l'emploi de compresses à l'alcool (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 5 juin.)

Fink (E.). Nouvelle méthode de traitement de la fièvre des foins. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 avril et 7 mai.)

Gauducheau (A.). Sur le lavage antiseptique de l'intestin; 6e mémoire. In-8°, 8 p. Hanoï.

Kövesi (G.) et **Roth-Schulz** (W.). Die Therapie der Nierenentzündungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13, 20 et 27 juin.) — Le traitement des néphrites.

Lioubimov (N.). Influence du salicylate de soude sur l'évolution de l'angine (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

MacDougall (J. A.). On the prophylactic use of morphine in cases of severe cerebral injury. (*Lancet*, 25 juin.) — De l'emploi préventif de la morphine dans les grands traumatismes du cerveau.

Maragliano (E.). Die specifische Therapie und die Vaccination der Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 et 13 juin.)

Melocchi (F.). Le cure d'uva. (*Gazz. degli Osped.*, 26 juin.) — Les cures de raisin.

Morovitch (G.). Le traitement de l'occlusion intestinale par l'atropine; un cas d'étranglement d'une hernie inguino-scrotale et d'iléus dynamique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 8 mai.)

Pini (A.). Contributo alla sieroterapia del carbonchio. (*Policlinico*, 4 juin.)

Ponticaccia (M.). Di una speciale azione del siero antidifterico. (*Pediatria*, mai.)

Reilly (Th. F.). The management of some forms of asthma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 juin.) — Du traitement de certaines formes d'asthme.

Rossini (A.). Un caso gravissimo di reumatismo articolare acuto guarito con il metodo Baccelli. (*Policlinico*, 11 juin.)

Shoemaker (J. V.). The abuse of drugs. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mai.)

Spengler (C.). Anatomisch nachgewiesene Tuberculin-Heilung einer Miliartuberculose der Lungen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 1.) — Guérison, due à la tuberculine et anatomiquement démontrée, d'un cas de tuberculose miliaire du poumon.

Tito (G.). Un caso di morbo maculoso di Werlhof curato con iniezioni ipodermiche di adrenalina. (*Gazz. degli Osped.*, 5 juin.)

Yanovsky (Th.). De l'emploi des préparations surrénales dans les maladies de l'œsophage (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Branth (J. H.). Röntgen rays in the treatment of cancerous and skin affections, and epilepsy, and in diagnosis. (*New York Med. Journ.*, 11 juin.) — La radiothérapie des affections cancéreuses et cutanées ainsi que de l'épilepsie; le radiodiagnostic.

Dionisio (I.). La radiation dans le traitement de l'ozène (radio et photothérapie). (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 16 avril.)

Finsen (N. R.). Mitteilungen aus Finsen's medicinske Lysinstitut in Kopenhagen. (Trad. du danois.) T. VII. In-8°, 162 p. avec planches. Iéna.

Gascard (A.). Radiographie et analyse chimique d'artères calcifiées. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juin.)

Roncoroni (L.). Azione del calcio-jone sulla corteccia cerebrale. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXX, 1.)

Schär (O.). Die Behandlung der krebsartigen Erkrankungen mit Röntgenstrahlen; eine Studie über die bisherigen Erfahrungen von über 500 Fällen. In-8°, 72 p. Berne. — La radiothérapie du cancer.

Schmidt (H. E.). Ueber Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten. (*Dermatol. Zeitsch.*, janv.) — La radiothérapie des affections cutanées.

Smith (J. F.). The Röntgen-ray diagnosis of renal calculus. (*Ann. of Surgery*, mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Auerbach (M.). Ueber den Befund von Influenzabacillen in Tonsillen und Larynx; gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der influenzaähnlichen Bacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 2.)

Bodin (E.). Biologie générale des bactéries. In-16, 184 p.

Bordet (J.). Une méthode de culture des microbes anaérobies. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Brieger (L.) et **Mayer** (M.). Zur Gewinnung spezifischer Substanzen aus Typhusbazillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 juin.) — Extraction de substances spécifiques des bacilles d'Eberth.

Hamilton (D. J.). Preliminary note on the cultivation of anaërobes. (*Brit. Med. Journ.*, 2 juillet.)

Kanda (M.). Vergleichende Studien über die Tuberculine von Menschen- und Rindertuberkelbacillen bei der Diagnose der Rindertuberculose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 2.) — Recherches comparées sur l'emploi de la tuberculine provenant de bacilles de la tuberculose humaine et de bacilles de la tuberculose bovine, dans le diagnostic de la tuberculose bovine.

Niessen (von). Pestbazillen im Pestserum; Reflexionen über Isotherapie. In-8°, 60 p. avec planches. Hambourg. Lüdeking frères.

Schütz. Fäulnisbakterien als Erreger chronischer Verdauungsstörungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.) — Les bactéries de la putréfaction en tant qu'agents pathogènes de troubles digestifs chroniques.

GÉNÉRALITÉS

Annales de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille (13e année, 1903). In-8°, 264 p. avec fig.

Arnau (R. R.). Influencia en la medicina del carácter de los pueblos. In-12, 109 p. Porto-Rico.

Kőrösy (J.). Budapest székesfőváros halandósága az 1896-1900; években és annak okai. In-4°, 206 p. [avec texte hongrois et allemand]. Budapest. — La mortalité de la ville de Budapest de 1896 à 1900; ses causes.

Lassabatie. L'hôpital du croiseur *Jeanne-d'Arc*; son installation. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

Monoyer. Les cinq réformes les plus urgentes pour les Facultés de médecine. In-8°, 16 p. Lyon.

Règlement sur le service de santé de l'armée à l'intérieur (modèles). In-8°, 122 p.

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). De l'excitation sexuelle dans l'émotion musicale. (*Arch. d'anthropol. crim.*, mai.)

24e ANNÉE. — N° 34. Vingt centimes le numéro. 24 AOUT 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

A propos de la formation des mots français médicaux provenant du mot grec Αἷμα.

Dans sa thèse inaugurale, qui n'est qu'un extrait d'un travail en préparation sur les mots du langage médical, M. le docteur R. Pépin donne les explications suivantes à propos de Αἷμα, qui est un des mots grecs ayant servi à former un grand nombre de mots médicaux dans la langue française :

« Le mot simple Αἷμα, ατος (τό) a donné naissance en grec à un certain nombre de dérivés, à un nombre plus grand encore de composés. La série de ces composés est double : les uns comme αἱμορραγία, αἱμορροϊς sont en Αἷμο; les autres, tels αἱματεκχυσία, αἱματόποτης, en Αἷματο qui devant une voyelle devient par élision Αἷματ.

Les modernes ont formé sur cette même racine une longue liste de mots dérivés et surtout de mots composés. Ils n'ont eu quelquefois qu'à transcrire le mot grec : par exemple αἱμάτωσις (hématose), αἱμορραγία (hémorragie), le plus souvent, ils ont créé, non sans quelque témérité, des vocables nouveaux, surtout des composés. Il s'en rencontre parmi eux de fort bien faits, comme *Hématologie*, *Hématozymose*, *Hématurie;* il en est de plus hasardeux, des hybrides comme *Hémorragipare*, des équivoques comme *Hématomètre* où on peut hésiter entre deux racines : μέτρον (mesure) et μέτρα (matrice).

On remarquera, si l'on veut essayer de classer ces mots composés, qu'aux deux séries en *hémo*, *hémato*, se sont ajoutés quelques mots de formation différente : les uns en *héma* (*Hémaphéine*, *Hémachroïne*, *Hémastatique*), un autre en *Hémati* (*Hématimètre*, *Hématimétrie*). Les mots en *héma* sont franchement irréguliers : le dictionnaire de la langue classique ne donne qu'un mot de ce genre qui paraisse correct : αἱμακορίαι (libations de sang); les autres formes sont barbares ou douteuses. Quant à *Hématimètre*, il est logique de le rattacher à *Hématie*.

D'autres mots ont été créés où αἷμα ne paraît que comme racine seconde. Ce sont les mots en *hémie* (*Leucocythémie*) ou en *émie* (*Urémie*). De ces deux orthographes la deuxième paraît seule acceptable : il n'y a aucun intérêt à rappeler, dans l'intérieur du mot, l'esprit rude de αἷμα. Il faut, d'après l'usage, écrire *hé*morragie, *hé*morroïde, mais il vaut mieux écrire cho*lé*mie, septi*cé*mie; on y gagnera la suppression d'une lettre inutile et on se rapprochera de formes très répandues et déjà anciennes, an*é*mie, ur*é*mie, où l'*h* n'a jamais paru. »

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Tours. — M. Pitard, docteur ès sciences naturelles, pharmacien supérieur de 1re classe, est nommé professeur d'histoire naturelle.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Arno Scheibe est nommé privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine d'Odessa. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires K. Sapiéjko (*chirurgie*); N. Lyssenkov (*médecine opératoire*); P. Borissov (*pharmacologie*).

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Emilio Alfieri, privatdocent à la Faculté de médecine de Parme, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Giulio Alessandrini est nommé privatdocent de parasitologie médicale.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur Paul Avrorov, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur extraordinaire de pathologie générale.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Florio Sprecher, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Anton Bum est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur Guéorguievsky est nommé privatdocent de chirurgie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE BORDEAUX

Adhémar de Lantagnac (d'). Sur l'épuration bactérienne des eaux résiduaires.

Bellonne. Tumeurs malignes bilatérales du sein.

Bertholet. L'appendicite parasitaire.

Bizière. Etude sur les cornes cutanées.

Boudet. Contribution à l'étude du rein polykystique de l'adulte.

Busquet. De la torsion des salpingites kystiques.

Caille. Considérations sanitaires sur les expéditions coloniales.

Carmouze. De la prostatectomie totale transvésicale par la voie sus-pubienne.

Cartais. Contribution à l'étude de l'actinomycose des canalicules lacrymaux.

Cartron. De la conservation dans les ruptures sous-cutanées du rein.

Cauvin. Hématologie des affections du foie et de la maladie de Banti.

Cazanove. Les femmes dans la foule; leur responsabilité criminelle.

Cazeneuve. La cellule sympathique normale et ses altérations dans la paralysie générale.

Chevallier (P.). Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la queue du sourcil.

Corcelle. De la valeur du coefficient de robusticité (Pignet) et de la pression dynamométrique manuelle comme éléments de pronostic morbide.

Cotard. Contribution à l'étude séméiologique des idées délirantes de négation.

Dessalle. Des tumeurs perlées de l'iris.

Fauveau. Des névrites et atrophies du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face.

Gallier. Régurgitations et vomissements de vers intestinaux (tænia et ascaris).

Garrot. Des angiomes des paupières; leur traitement par l'électrolyse.

Gaubin. Des tumeurs de la parotide accessoire.

Gauthier. Etude critique sur l'emploi de l'opothérapie en ophtalmologie.

Gendre (L.-E.). Contribution à l'étude du cerveau antérieur des mammifères : le carrefour olfactif et le septum lucidum.

Goéré. Contribution à l'étude de la cardiographie clinique.

Javelly. De la tuberculose galopante du testicule.

Lailheugue. De la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie.

Lauly. Dix cas de psychose post-puerpérale observés au service de l'isolement des délirants de l'hôpital Saint-André de Bordeaux (1902-1903).

Le Calvé. Le vol au début de la paralysie générale.

Le Gorgen. De la pathogénie du mal des montagnes.

Moitron. De l'emploi thérapeutique des injections d'air stérilisé.

Morin. De la greffe cutanée.

Néel. Essai sur l'étiologie et le traitement du prolapsus utérin chez les vierges et les nullipares.

Passa. Des prurits apparaissant sans lésions cutanées.

Patterson. De l'opportunité de l'intervention chirurgicale et de son pronostic chez les glycosuriques.

Perret. Des paralysies toxiques consécutives aux applications externes des préparations arsenicales.

Prioulat. L'occlusion intestinale pendant la puerpéralité.

Quéré. De la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate.

Riou Llangal. De la pyolabyrinthite et de son traitement.

Sinan. Du procédé de Mirault (d'Angers) pour l'opération du bec-de-lièvre simple.

Soubourou. De la psychologie des voleuses dans les grands magasins.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Marchand (L.). Sclérose symétrique de la capsule externe chez un épileptique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Spiller (W. G.). The earlier changes in arteriosclerosis of the nervous system. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, mai.)

Weber (F. Parkes). A case of leukanæmia, with great hyperplasia of the spleen and prevertebral hæmolymph glands and with increase of connective tissue in the bone marrow. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin.) — Leucémie avec hypersplénomégalie, tumeur ganglionnaire prévertébrale volumineuse et hypertrophie du tissu conjonctif de la moelle osseuse.

Wienert (W.). Ueber einen Wangentumor. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 juin.) — Tumeur de la joue.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Putti (V.). Azione della formalina sul rene; studio critico e ricerche sperimentali. (*Clinica medica italiana*, mai.)

Rothmann (M.). Ueber experimentelle Läsionen des Centralnervensystems am anthropomorphen Affen (Chimpansen). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.)

Scheven (U.). Ueber die Wiederkehr der elektrischen Erregbarkeit des Gehirns nach temporärer Anämie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.) — Sur le retour de l'excitabilité électrique du cerveau après anémie temporaire.

Schreiber (L.). Ueber vitale Indigkarminfärbung der Hornhaut, nebst Bemerkungen über das Verhalten des Indigkarmins im Blute und im Auge. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 2.) — La coloration vitale de la cornée par le carmin d'indigo.

Stäubli (C.). Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Bildung, der Ausscheidung und der Vererbung der Typhus-Agglutinine. (*Thèse de Zurich.*) — Recherches expérimentales sur la formation, l'élimination et la transmission héréditaire des agglutinines typhoïdiques.

Ulbrich (H.). Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung in das Auge eingebrachter saprophytischer Bakterien. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 2.) — Recherches expérimentales sur l'action des microbes saprophytes introduits dans l'œil.

Vischer (A.). Ueber Sarkomübertragungsversuche. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Recherches expérimentales sur la transmissibilité du sarcome.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Allen (M. K.). Can bovine tuberculosis be transmitted to man? (*Amer. Practitioner and News*, 1er juin.) — La tuberculose bovine est-elle transmissible à l'homme?

Cioffi (E.). Sulla pretesa specificità delle nefrolisine. (*Clinica medica italiana*, mai.)

Dürck (H.). Neuere Untersuchungen über den Keimgehalt der gesunden unteren Luftwege und über die Pathogenese der Pneumonie. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juin.) — Les recherches récentes sur la flore bactérienne des voies respiratoires profondes à l'état normal et sur la pathogénie de la pneumonie.

Homberger (E.). Der Wasserhaushalt im kranken Körper. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 juin.) — Le bilan des liquides chez l'homme malade.

Kämmerer (H.). Ueber die Agglutination der Typhusbacillen bei Icterus und Leberkrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juin.) — De l'agglutination des bacilles d'Eberth dans l'ictère et dans les maladies du foie.

Kisskalt (K.). Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität; 3. Teil. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 2.) — Sur l'immunité naturelle.

Klein (A.). Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz. (*Wien. med. Presse*, 12, 19 et 26 juin.)

Landsteiner (K.) et **Eisler** (von). Ueber die Wirkungsweise hämolytischer Sera. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 juin.) — Du mode d'action des sérums hémolytiques.

Lewis (R. C. M.). Auto-toxemia. (*Texas Med. Journ.*, juin.)

Liefmann (H.). Ein Beitrag zur Frage nach der ätiologischen Bedeutung gewisser Pflanzenpollenkörner für das Heufieber. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 2.) — Du rôle des grains de pollen de certains végétaux dans l'étiologie de la fièvre des foins.

Pieraccini (G.). A proposito di quanto scrive il Biffi sulla reazione jodofila. (*Sperimentale*, LVIII, 2.)

Ruffer (M. A.) et **Crendiropoulo** (M.). Note on the anti-hæmolytic (hæmosozic) properties of normal urine. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin.)

Walker (E. W. A.). General pathology of inflammation, infection, fever. In-8°, 272 p. Londres.

MÉDECINE

Coplans (M.). On the etiology of scurvy. (*Lancet*, 18 juin.) — Sur l'étiologie du scorbut.

Eulenburg (A.), **Kolle** (W.) et **Weintraud** (W.). Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihrer Anwendung auf die specielle ärztliche Diagnostik. T. II, 1re partie. In-8°, 480 p. Vienne. — Traité des procédés d'exploration clinique et de diagnostic médical.

Faber (K.). Pericarditisk pseudolevercirrhose og dens behandling. (*Hospitalstidende*, 1er juin.) — Pseudo-cirrhose du foie consécutive à une péricardite; traitement.

Ferrannini (A.). Per l'analisi dell'acido glicuronico e degli zuccheri. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juin.)

Galli (G.). L'aumento di peso nei malati di cancro dello stomaco. (*Clinica medica italiana*, mai.)

Grube (K.). Einige Beobachtungen über Cholelithiasis. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 2.)

Heitler (M.). Betrachtungen über den plötzlichen Tod Herzkranker im Schlafe. (*Wien. med. Presse*, 26 juin.) — De la mort subite survenant chez les cardiaques pendant le sommeil.

Kittsteiner. Krankheiten der Leber und Gallenwege. In-8°, 285 p. Leipzig. — Les maladies du foie et des voies biliaires.

Lees (D. B.). Treatment of some acute visceral inflammations. In-8°, 308 p. Londres.

Leser (O.). Sdruzení srdecních vad s epilepsií. (*Sbornik klinicky*, V, 5.) — La coexistence de l'épilepsie et des maladies du cœur.

Liebermeister (G.). Ueber Bronchitis fibrinosa. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.)

Lyon (G.). Pathogénie et traitement des névroses intestinales, en particulier de la « colite » ou entéro-névrose muco-membraneuse. In-8°, 44 p.

Mann (J. D.) et **Hall** (I. W.). Obstruction of the inferior vena cava. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Meltzer (S. J.). Myelopathic albumosuria; Kahler's disease; multiple myeloma. (*Med. Record*, 18 juin.)

Minet (J.). Une observation de coprostase fébrile. (*Echo méd. du Nord*, 19 juin.)

Modinos (P. C.). Malattia di Stokes-Adams. (*Policlinico*, 18 juin.)

Molle. De l'action asthmatogène des poussières provenant de certains sols argilo-calcaires géologiquement définis. (*Loire méd.*, juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Andrade (N. de). Febre amarella e mosquito. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 mai.) — Fièvre jaune et moustique.

Archavsky (F.). L'épidémie de scarlatine à Kherson en 1902 et ses particularités (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 22 et 29 mai et 5 juin.)

Arneth. Zum Verhalten der neutrophilen Leukozyten bei Infektionskrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juin.) — Les leucocytes neutrophiles dans les maladies infectieuses.

Azevedo Sodré (A. de) et **Couto** (M.). Hematologia da febre amarella. (*Brazil-medico*, 8 juin.) — Hématologie de la fièvre jaune.

Bassenge (R.). Zur Therapie und Prophylaxe chronischer Malaria. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 juin.)

Benedetti (G. E.). Sulla difterite; appunti in condotta di campagna. In-4°, 18 p. Conegliano.

Finkelstein. L'évolution et le traitement de l'érysipèle (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Kühn (A.). Die Frühdiagnose des Abdominaltyphus; eine klinische und literarische Studie. In-8°, 155 p. Iéna. — Le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.

Leiner (K.). Ueber bazilläre Dysenterie, speziell im Kindesalter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 et 30 juin.) — De la dysenterie bacillaire, notamment chez l'enfant.

Polverini (G.). Osservazioni e note sulla malaria in India. (*Morgagni*, juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adamkiewicz (A.). Die wahren Centren der Bewegung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.) — Les véritables centres moteurs.

Alessi (U.). Equivalente viscerale in un epilettico: edema polmonare acuto. (*Clinica moderna*, 1er juin.)

Bayon. Sulla patologia del gozzo e del cretinismo; nota preventiva. (*Arch. di psichiatria, med. leg. ed antropol. crim.*, XXV, 3.) — Pathologie du goitre et du crétinisme.

Bertolotti (M.). Il segno d'Argyll-Robertson e la meningite sifilitica. (*Riv. critica di clinica medica*, 4, 11 et 18 juin.)

Bikeles (G.). Zur Frage der Regeneration im Rückenmark. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.) — De la régénération des éléments de la moelle épinière.

Binswanger (O.) et **Siemerling** (E.). Lehrbuch der Psychiatrie. In-8°, 341 p. Iéna.

Bracchi (E.). Polinevrite e paralisi di Landry in seguito ad influenza. (*Gazz. degli Osped.*, 26 juin.)

Brauer (L.). Eine Graviditäts-Toxonose des Zentralnervensystems. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juin.)

Brissaud (E.) et **Grenet** (H.). Un cas de cyphose articulaire ou musculaire. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Cornu (E.). Un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique; destruction du noyau caudé; atrophies croisées du cervelet par rapport au noyau caudé, du bulbe et de la moelle par rapport au cervelet. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Curschmann (H.). Ueber eine während der Gravidität rezidivierende Epilepsie. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juin.)

Dubois. Les psychonévroses et leur traitement moral. In-8°, 558 p.

Féré (Ch.). Note sur l'intérêt clinique de quelques équivalents des épileptiques. (*Rev. de méd.*, juin.)

Forestier (H.). Déformations rachidiennes: un cas de sciatique avec cyphose très marquée et scoliose homologue légère, guérison et redressement complet; 3 cas de spondylose rhumatismale ankylosante. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Frenkel (R.). Sclérose en plaques simulant la sclérose latérale (paralysie médullaire spasmodique) (en russe). (*Prakt. Vratch*, 5 juin.)

Fürbringer (P.). Zur Würdigung des Quinquaud'schen Zeichens, besonders in seiner Beziehung zum Alkoholmissbrauch. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 juin.) — Valeur du signe de Quinquaud, notamment pour le diagnostic de l'alcoolisme.

Fürstner (C.). Neuropathologie und Psychiatrie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.)

Galdi (F.) et **Tarugi** (B.). Nuovo contributo allo studio dei rapporti fra acidità urinaria ed epilessia. (*Morgagni*, juin.)

Ganter (R.). Untersuchungen auf Degenerationszeichen bei 251 geisteskranken Männern. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.) — Recherche des signes de dégénérescence chez 251 aliénés.

Goldscheider (A.). Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie. 2e éd. In-8°, 59 p. avec fig. Leipzig. — Guide de la rééducation des tabétiques.

Jacoby (P.). De la nécessité d'établir un service psychiatrique auprès des armées en campagne. (*Policlinique*, 15 juin.)

Jourdan (E.). Un cas de délire onirique aigu d'origine autotoxique. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.). Des érythémato-scléroses et, particulièrement, de l'érythémato-sclérose pemphigoïde. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, janv.)

Bodin (E.). Psoriasis à la suite d'un choc nerveux. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Brocq (L.). Conception générale des dermatoses; théories des réactions cutanées, des dermatoses composées, et des faits de passage. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mars et avril.)

Finger (E.). Ueber die Syphilis der behaarten Kopfhaut. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 juin.) — De la syphilis du cuir chevelu.

Grouven (C.). Zwei Fälle von Erythromelie (Pick). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 2.)

Hallopeau (H.) et **Vielliard**. Sur une nouvelle forme de dermatose papulo-exsudative provoquée par la pilocarpine. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mars.)

Hellat (P.). Zur Diagnose und Therapie der Nasenlues. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 11 et 18 juin.) — Diagnostic et traitement de la syphilis nasale.

PARASITOLOGIE

Henry (J. N.). Two cases of uncinariasis. (*New York Med. Journ.*, 9 juillet.)

Hirschberg (J.). Die Verminderung der Finnenkrankheit. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 juin.) — La décroissance de la ladrerie.

Isaac (S.) et **Von den Velden**. Eine spezifische Präzipitinreaktion bei Bothriocephalus latus beherbergenden Menschen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 juin.) — Réaction spécifique des précipitines chez l'homme porteur du bothriocéphale.

Patzelt (V.). Ein Beitrag zur Ankylostomafrage. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juin.)

Vierordt (O.). Die Askaridenerkrankung der Leber und der Bauchspeicheldrüse. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 375.) — Ascarides du foie et du pancréas.

CHIRURGIE

Fischer (G.). Zur Luxation der Keilbeine. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — La luxation des os cunéiformes.

Foramitti (C.). Zur Technik der Nervennaht. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — Technique de la suture nerveuse.

Fridberg (P.). Diagnostische Irrtümer bei der Leistendrüsentuberkulose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — Les erreurs de diagnostic dans l'adénite tuberculeuse de l'aîne.

Frisch (O. von). Zur Pathologie der Schussverletzungen des Magens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — Coups de feu de l'estomac.

Fritsch (J.). Ein Fall von heteroplastischer Deckung eines traumatischen Schädeldefektes. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juin.) — Obturation d'une perforation traumatique de la voûte crânienne [au moyen d'une plaque de celluloïde].

Frolov (V.). Traumatisme par coup de feu dans la bouche (fusil chargé de chevrotine), ayant nécessité la ligature de la carotide (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Füster (O.). Ueber einen Fall von Luxatio pedis posterior inveterata und deren Reposition. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.)

Gebele. Der Standpunkt der Münchener chirurgischen Klinik in der Frage der Appendizitis- und Perityphlitistherapie. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juin.) — Le traitement de l'appendicite et de la pérityphlite à la clinique chirurgicale de Munich.

Georgi (C.). Zur Behandlung variciöser Unterschenkelgeschwüre. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — Traitement des ulcères variqueux de la jambe.

Gerber. Handatlas der Operationen am Schläfenbein. In-4°, 46 p. avec planches. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Atlas-manuel des opérations sur l'os temporal.

Goloubev (F.). Un cas de hernie vésicale inguinale, rappelant, par quelques caractères, les hernies décrites sous le nom de « hernies traumatiques artificielles » (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Gottschalk. Zur Laparotomietechnik. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 juin.)

Grünberger (V.). Neuritis bei einem unter Serumbehandlung geheilten Fall von Tetanus traumaticus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 juin.) — Névrite dans un cas de tétanos traumatique guéri par la sérothérapie.

Hammes (Th.). Over chloroformsyncope. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 juin.)

Härting (F.). Ueber Coxa vara. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juin.)

Hartmann (H.). Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 avril.)

Holzknecht (G.) et **Grünfeld**. Die Fremdkörperentfernung bei wechselndem Röntgen- und Tageslicht als Grundlage der Lehre von den radioskopischen Operationen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — Emploi alternatif de la lumière fournie par les rayons de Röntgen et de la lumière solaire au cours des interventions chirurgicales pour corps étrangers.

Horodynski (W.). Przypadek wrodzonej olbrzymiosci czesciowej (macrosomia partialis congenita). (*Gaz. lekarska*, 30 avril et 7 mai.)

Isnardi (L.). Die Anwendung der elastischen Binde beim Wechsel des Verbandes von Gliederwunden. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 18 juin.) — L'emploi de la bande élastique dans le pansement des membres.

Jordan. Ueber Spätrezidive des Karzinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 juin.) — Des récidives tardives du cancer.

Kempf (F.). Ueber Ursache und Behandlung des Caput obstipum musculare. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — Etiologie et traitement du torticolis myogène.

Kenerson (V.). Fractures of the lower end of the radius. (*New York Med. Journ.*, 4 et 11 juin.) — Fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Kofmann (S.). Eine einfache Methode des Wiederaufrichtens der eingesunkenen Nasenflügel. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 18 juin.) — Procédé simple pour le redressement des ailes du nez affaissées.

Korach. Zur Aetiologie und Therapie der Appendicitis. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 20 juin.)

Kren (O.). Ueber das Verhalten des Erysipel zu gelähmter Haut. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — L'érysipèle des zones cutanées anesthésiques.

Küpferle (L.). Die Erfolge der Radikalbehandlung des Mastdarmkrebses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Les résultats de la cure radicale du cancer du rectum.

Küttner (H.). Die Einklemmungsluxation der Patella (Luxatio patellæ cuneata). (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.)

Lejars (F.). Trattato di chirurgia d'urgenza. (Trad. du français par A. Ceccherelli.) In-16, 1100 p. avec fig. et planches. Milan.

Lennander (K. G.). Weitere Beobachtungen über Sensibilität in Organ und Gewebe und über lokale Anästhesie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — Nouvelles recherches sur la sensibilité des organes et des tissus et sur l'anesthésie locale.

Liehmann (E.). Zwei Pfählungsverletzungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juin.) — 2 cas d'empalement.

Lorenz (A.). Some remarks on the treatment and after-treatment of congenital dislocations of the hip. (*Amer. Medicine*, 18 juin.) — Réflexions sur le traitement et les soins postopératoires dans la luxation congénitale de la hanche.

Low (V. W.). A case of perforated gastric ulcer with appendicitis; operation; recovery. (*Lancet*, 25 juin.)

Marcus. Zur Aetiologie der Entspannungsskoliose. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juin.) — Etiologie de la scoliose par déhanchement.

Marvel (E.). Strangulated femoral hernia containing the vermiform appendix. (*Amer. Medicine*, 18 juin.) — Hernie fémorale étranglée contenant l'appendice vermiculaire.

Maunsell (R. Ch. B.). The surgical treatment of abdominal aneurism. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin.)

Pluyette. Amputation ostéoplastique fémororotulienne de Gritti. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

UROLOGIE

Allen (A. H.) et **Tankard** (A. R.). Notes on the analytical examination of urine. (*Lancet*, 18 juin.)

Berg (A.). The present status of the surgical treatment of chronic Bright's disease. (*Med. Record*, 18 juin.)

Bovée (J. W.). The progress of ureteral surgery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Cathelin (F.). Note à propos de douze cas de division endo-vésicale des urines des deux reins. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 juin.)

Dambrin (C.) et **Papin** (E.). Des ruptures intra-péritonéales de la vessie sans fracture du bassin, dans les contusions abdominales. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er et 15 mai et 1er juin.)

Engelbreth (C.). Traitement abortif de la gonorrhée. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 juin.)

Garceau (E.). La cystite chronique rebelle. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 avril.)

Gayet (G.) et **Cavaillon** (P.). Etude expérimentale et clinique de l'exclusion rénale. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er et 15 mai et 1er juin.)

Hofmann (M.). Zur Technik der Nephropexie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.)

Israel (J.). Ersatz beider Ureteren. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 juin.) — Création de deux uretères artificiels.

Jacoby (A.). Hydrocele of the cord. (*Med. Record*, 18 juin.) — Hydrocèle funiculaire.

OPHTALMOLOGIE

Arcadipane (A.). Teoria della schiascopia. (*Arch. di ottalmol.*, I, 11-12.)

Astvatzatourov (L.). Affections granuleuses des paupières (classification, diagnostic, traitement et prophylaxie) (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril et mai.)

Berry (G. A.). Manual of practical ophthalmology. In-8°, 590 p. avec fig. Londres.

Bielschowsky (A.). Ueber Lähmungen des Musculus obliquus inferior. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 2.) — Sur les paralysies du petit oblique.

De Vries (W. M.). Ueber eine Missbildung des menschlichen Auges (Coloboma iridis, Katarakt, Stränge und Gefässe im Glaskörper). (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVII, 3.) — Malformation de l'œil.

Koster (W.). Monoculaire diplopie, na genezing van strabismus divergens, zonder physische oorzaak. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 juin.) — Diplopie monoculaire, après guérison de strabisme divergent, sans cause physique.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Freund (R.). Zur Lehre von den Blutgefässen der normalen und kranken Gebärmutter. In-8°, 87 p. avec fig. Iéna. — La circulation de l'utérus à l'état normal et pathologique.

Guillermin (R.). Anomalie d'un placenta de jumeaux. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Hammond (J. S.). A report of 975 consecutive recorded cases of childbirth, in private practice, without a maternal mortality. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — 975 accouchements consécutifs sans mortalité maternelle.

Hargrave (E. T.). Labor complicated by a fibroid and ruptured uterus. (*New York Med. Journ.*, 18 juin.)

Herzog (M.). Placentation in a uterus duplex bicornis gravis menses 1-2. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Hinz (G.). Ein Fall von Chorioepitheliom nach Tubargravidität. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 1.)

Hofmeier (M.). Ueber angeborene und erworbene Verschlüsse der weiblichen Genitalien und deren Behandlung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 1.) — Des atrésies génitales de la femme, congénitales et acquises, et leur traitement.

Ihm (E.). Ueber die Bedeutung des Fiebers in der Geburt. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 1.) — De la fièvre pendant la puerpéralité.

Jeltoukhine (V.). L'organisation de l'assistance obstétricale à Saint-Pétersbourg (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 mai et 5 juin.)

Jung (Ph.). Die Aetiologie der Kraurosis vulvæ. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 1.)

Kleinwächter (L.). Zur Aetiologie des Prolapses der weiblichen Urethra. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 1.)

Knapp (L.). Der Scheintod der Neugeborenen; seine Geschichte, klinische und gerichtsärztliche Bedeutung. II. Band : Klinischer Teil. In-8°, 179 p. avec fig. Vienne. — La mort apparente des nouveau-nés.

Kolischer (G.). Nasal dysmenorrhea. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Kossmann (R.). Die Goldspohn'sche Operation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 juin.)

Kufs. Ueber einen Fall von secundärem Carcinom der Brücke und des rechten Schläfenlappens bei primärem Uteruscarcinom. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.) — Cancer métastatique de la protubérance et du lobe temporal droit, dans un cas d'épithélioma primitif de l'utérus.

Outrobine. Un hymen à trois orifices (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, avril.)

PÉDIATRIE

Auché (B.). Sur la bactériologie et la pathogénie de la gangrène infectieuse disséminée de la peau chez les enfants. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 juin.)

Blair (V. P.). Some notes on the care of premature infants. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — Sur les soins à donner aux enfants nés avant terme.

Crothers (T. D.). The danger of the use of opium in infancy. (*Med. News*, 18 juin.)

Degré (W.). Beitrag zur Lehre von der Skrophulose; angeborene und erworbene Skrophulose. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 et 18 juin.) — Scrofule congénitale et acquise.

Edington (G. H.). Strangulation of the fully descended testicle from torsion of a pedunculated mesorchium. (*Lancet*, 25 juin.) — Etranglement d'un testicule entièrement descendu, par suite de la torsion d'un méso pédonculé.

Galatti (D.). Klinischer Beitrag zum Hydrocephalus syphilitischen Ursprungs. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 juin.)

TÉRATOLOGIE

Gregorini (R.). Sopra un caso di ginecomastia. (*Nuovo raccoglitore med.*, avril-mai.)

Leonowa von Lange (O. von). Zur pathologischen Entwicklung des Centralnervensystems; neue Beiträge; ein Fall von Cyclopie combinirt mit Mikro- und Arhinencephalie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.)

Pfister (E.). Zwei seltenere Fälle von kongenitalen Missbildungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 juin.) — 2 cas de malformation congénitale.

Riss et **Pons**. Malformations viscérales multiples chez un nouveau-né. (*Marseille méd.*, 1er juin.)

Singer (H.). Xiphopagus-Duplicitas parallela. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bellin. Etude sur l'anatomie des cellules mastoïdiennes et leurs suppurations. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril.)

Brunel (P.). Prothèse nasale à la paraffine avec une nouvelle indication thérapeutique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 9 avril.)

Bürkner (K.). Ein Fall von Zerstörung des Trommelfelles durch Blitzschlag. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 juin.) — Destruction de la membrane du tympan par fulguration.

Cousteau (J.). Procédé simple pour l'ablation des queues de cornet. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril.)

De Santi (Ph. R. W.). The lymphatics of the larynx and their relation to malignant disease of that organ. (*Lancet*, 18 juin.)

Gaudier (L.). De la trachéotomie au cours de la tuberculose du larynx. (*Echo méd. du Nord*, 12 juin.)

Goldmann (R.). Ein Fall von Nekrose der unteren Nasenmuschel und des Stirnbeins (letztere in wahrscheinlicher Beziehung zu epileptiformen Krämpfen). (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juin.) — Nécrose du cornet nasal inférieur et du frontal.

Grunert (K.). Die operative Ausräumung des Bulbus venae jugularis (Bulbusoperation) in Fällen otogener Pyämie. In-8°, 147 p. avec fig. Leipzig. — L'extirpation du golfe de la veine jugulaire dans la pyohémie d'origine otitique.

HYGIÈNE

Barbary (F.). Rapport [au ministre français de l'intérieur] sur la prophylaxie de la tuberculose dans les centres ouvriers de la Belgique. In-8°, 46 p. avec fig. Nice.

Calmette (A.). L'hygiène chez les coiffeurs. (*Echo méd. du Nord*, 19 juin.)

Feistmantel (C.). Trinkwasser und Infektionskrankheiten; Epidemiologie, Untersuchungsmethoden, Sterilisierungsverfahren. In-8°, 122 p. Leipzig. — Eau potable et maladies infectieuses; épidémiologie, procédés d'examen et de stérilisation.

Jullien. Les maladies vénériennes et leur prophylaxie aux colonies françaises. (*Policlinique*, 15 juin.)

Lewin (L.). Die Hilfe für Giftarbeiter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 juin.) — Hygiène des professions insalubres.

Nötel. Die Typhusepidemie im Landkreis Beuthen O/S. im Jahre 1900. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 2.)

Proust et **Faivre** (P.). Rapport général sur les maladies pestilentielles exotiques en 1902. In-8°, 103 p. avec cartes. Melun. Impr. administrative.

Rubião Meira. A febre typhoide em S. Paulo; motivo do seu decrescimento. (*Gazeta clinica*, juin.)

Thresh (J. C.). Examination of waters and water supplies. In-8°, 476 p. Londres. — L'examen de l'eau et des voies d'adduction de l'eau.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Granger (A.). Report of a case of intractable vomiting of pregnancy treated by electric currents and illustrating the importance of current differentiation. (*Texas Med. Journ.*, juin.) — Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse traité par les courants électriques.

Jodlbauer (A.) et **Tappeiner** (H. von). Ueber die Wirkung photodynamischer (fluoreszierender) Stoffe auf Bakterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juin.) — Action des substances fluorescentes sur les microbes.

Köhler (A.). Zur Röntgendiagnostik der intrathoracischen Tumoren. (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, VII, 3.)

Kreibich (K.). Zur Wirkung des Sonnenlichtes auf Haut und Konjunktiva. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 juin.) — De l'action de la lumière solaire sur la peau et la conjonctive.

Scholtz (W.). Ueber die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 juin.) — Sur l'action des rayons de Röntgen et des radiations émises par le radium.

Straub (W.). Ueber chemische Vorgänge bei der Einwirkung von Licht auf fluoreszierende Substanzen (Eosin und Chinin) und die Bedeutung dieser Vorgänge für die Giftwirkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juin.) — Des phénomènes chimiques dus à l'action de la lumière sur les substances fluorescentes; influence de ces phénomènes sur la toxicité [de l'action photodynamique].

Tappeiner (H. von) et **Jodlbauer** (A.). Ueber die Wirkung der photodynamischen (fluorescierenden) Stoffe auf Protozoen und Enzyme. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.) — De l'action des substances fluorescentes sur les protozoaires et sur les enzymes.

Vaz (H.). A cura da myiasis pela acção da electricidade. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 mai.)

Wohlgemuth (J.). Zur Kenntnis von der physiologischen Wirkung des Radiums. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juin.) — De l'action physiologique du radium.

24e ANNÉE. — N° 35. Vingt centimes le numéro. 31 AOUT 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Friedrich Pels-Leusden, privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur R. Lambranzi est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Budapest. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs L. Kétly (*médecine interne*); G. Illyés (*urologie*); J. Siklóssy (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Emilio De Matteo est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur August H. Determann est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Max Wilms, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Luigi De Gaetani est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Adriano Valenti est nommé privatdocent de matière médicale et de pharmacologie.

Faculté de médecine de Pise. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Giuseppe Cardi (*pathologie interne*); Giulio Anzilotti et Fernando Fabrini (*pathologie externe*).

Faculté de médecine de Stockholm. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Anders Gustaf Wide, privatdocent d'orthopédie.

Faculté de médecine de Tubingue. — MM. les docteurs Karl Blauel et Max von Brunn sont nommés privatdocenten de chirurgie.

Faculté de médecine de Turin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Ferdinando Micheli (*pathologie interne*); Emilio Perrero (*neurologie*).

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Josef Sorgo est nommé privatdocent de médecine interne.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur P. Ostankov est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Université de Manchester. — M. le docteur A. Hill Griffith est nommé lecteur d'ophtalmologie.

College of Physicians and Surgeons de New-York. — M. le docteur James R. Hayden est nommé professeur de clinique des maladies des voies urinaires, en remplacement de M. Robert W. Taylor, démissionnaire.

Tulane University of Louisiana de la Nouvelle-Orléans. — Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs Gordon King (*oto-rhino-laryngologie*); J. B. Guthrie (*thérapeutique et matière médicale*).

Washington University de Saint-Louis. — M. le docteur Elias P. Lyon, professeur adjoint à Rush Medical College de Chicago, est nommé professeur de physiologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Legludic, sénateur de la Sarthe. — M. le docteur F. Zahn, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur F. Riegel, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Giessen. — M. le professeur A. Landerer, ancien médecin en chef de l'hôpital Charles-Olga à Stuttgart. — M. le docteur A. Drasche, ancien professeur extraordinaire d'épidémiologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Hygino de Sousa, professeur suppléant d'ophtalmologie à l'Ecole de médecine de Lisbonne. — M. le docteur V. S. Bogoslovsky, ancien professeur extraordinaire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Moscou.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE BORDEAUX

Aka. Etude anatomo-clinique sur le sinus latéral.

Antoine. Etiologie et pathogénie des ptoses viscérales; leur traitement chirurgical.

Arquier. Considérations générales sur la suppléance nerveuse dans un cas de paralysie faciale.

Athané. Contribution à l'étude de la mucocèle ethmoïdale.

Baqué. Les amputations basses dans les gangrènes par endartérite chronique.

Barreau. Contribution à l'étude des kystes huileux péri-orbitaires.

Bergonier. Des erreurs attribuées à la radiographie des fractures.

Boismoreau. Contribution à l'étude de la vascularisation du diploé.

Boucaud (de). Contribution à l'étude des nævi considérés comme un signe de malignité dans les tumeurs (signe de Trélat), notamment dans les tumeurs malignes profondes de l'abdomen.

Brunet. Contribution à l'étude de l'assistance des dégénérés en France.

Champtassin (de). Considérations sur l'entraînement athlétique.

Codet-Boisse. Evolution clinique à type malin dans les fibromes de l'ovaire (fréquence de ce type).

Coulongeat (C.). Contribution à l'étude des amers et de l'action qu'ils exercent sur les rapports des éléments du sang.

Dérozier. Sur un procédé de sutures encore peu connu : les agrafes de Michel.

Dubreuilh. La ponction lombaire à l'hôpital des Enfants de Bordeaux; actes statistiques (novembre 1900 - mai 1904).

Dudon. Les tumeurs primitives du muscle masséter.

Dufaur. Contribution à l'emploi thérapeutique de la diéthylmalonylurée.

Fleury. Traitement des brûlures par le pansement au sérum.

Fraysse. De l'anurie au cours des fibromes de l'utérus et kystes de l'ovaire.

Galtier. Recherches sur la sensibilité cutanée aux rubéfiants, en particulier au chloroforme, à l'état normal et dans quelques états pathologiques.

Gauthier. Des insertions vraies des polypes fibreux naso-pharyngiens et de leur traitement.

Gouin. Etude de l'épilepsie expérimentale par les courants intermittents de basse tension.

Guignot. Pneumococcies oculaires.

Harismendy. Du traitement de l'hypospadias balanique par la méthode de Beck (de New-York).

Joly. Contribution à l'étude séméiologique et thérapeutique des dacryocystites d'origine nasale.

Lecompte. Des fractures du premier et du cinquième métatarsien et, en particulier, de leurs fractures par arrachement.

Legendre. Amputation de la jambe au tiers supérieur par le procédé bordelais.

Lemaire. Du cocaïnisme aigu et chronique par la muqueuse nasale.

Lemeignen. Sur le traitement des opacités cornéennes par les injections sous-conjonctivales d'eau de mer et d'air.

Mathis. Evolution du traitement de la carie dentaire.

Nouvat. Rougeole et grossesse.

Quilliet. Contribution à l'étude des paralysies oculaires d'origine hérédo-syphilitique.

Richomme. Quelques considérations sur le rein mobile chez les dyspeptiques.

Robineau. Valeur séméiologique de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne dans l'hystérie.

Roche. L'ovaire des fibromateuses (anatomie pathologique).

Saucet. Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive.

Sonder. Etude sur les variations de l'astigmatisme cornéen avec l'âge.

Tahier. Stupeur catatonique et stupeur mélancolique.

Tuder. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule en ectopie inguinale.

Vigen (H.). Le talent poétique chez les dégénérés.

Wiehn. Le service médical dans le Bled et les internes français des hôpitaux de Tunisie.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

D'Erchia (F.). Beitrag zum Studium des schwangeren und kreissenden Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — L'utérus gravide et parturiant.

Dixon (A. F.). On certain markings due to nerves and blood-vessels upon the cranial vault; their significance and the relative frequency of their occurrence in the different races of mankind. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.) — Sur les gouttières creusées dans la voûte du crâne par les vaisseaux et les nerfs; signification et fréquence relative dans les différentes races humaines.

Edinger (L.). Neue Darstellung der Segmentinnervation des menschlichen Körpers. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Nouveau schéma de l'innervation segmentaire du corps humain.

Fawcett (E.) et **Blachford** (J. V.). Some observations on the level at which the lower border of the third part of the duodenum crosses the vertebral column. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.) — Remarques sur les rapports du bord inférieur de la troisième portion du duodénum avec la colonne vertébrale.

Fredet (P.). La topographie du segment terminal du canal de Wolff chez l'embryon féminin. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Fusari (R.). Sulla divisione e sulle fessure marginali dell'osso parietale nella specie umana. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

Grynfeltt (E.). Sur les premiers stades de la formation de la cavité articulaire du genou chez l'homme; note préliminaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Harris (W.). The true form of brachial plexus. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.)

Lenhossék (von). Ramón y Cajal's neue Fibrillenmethode. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — Le nouveau procédé préconisé par M. Ramón y Cajal pour la différenciation des fibrilles [nerveuses].

Lugaro (E.). Sullo stato attuale della teoria del neurone. (*Arch. di anat. e di embriol.*, III, 2.)

Pussep (L.). Ueber die Associationsfasern der feinkörnigen Schicht der Kleinhirnrinde. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.) — Sur les fibres d'association de la couche moléculaire de l'écorce du cervelet.

Regnault (J.). Précis de dissection des régions. In-8°, 177 p. avec planches.

Sewell (R. B. S.). A study of the astragalus. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.)

Stoney (R. A.). The anatomy of the visceral pelvic fascia. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Beauvy (A.). Eléments endothéliomateux dans une péricardite ancienne. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Binder (A.). Ueber Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.) — Les cellules géantes dans la syphilis congénitale du foie.

Bloch (M.). Cancer primitif de la plèvre. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Breinl (A.). Ueber einen Fall von « Pseudoleukaemia intestinalis » mit durch Kapselbazillen bedingter Peritonitis. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 et 14 juillet.)

Craig (Ch. F.). The complications of amœbic and specific dysentery as observed at autopsy; an analysis of 120 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Curtis (F.). A propos de deux cas de cancer secondaire du cœur. (*Echo méd. du Nord*, 10 juillet.)

Da Silva et **Kuss.** Deux cas de cancer de l'œsophage à siège rétro-aortico-trachéo-bronchique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

De Vecchi (B.). Ueber einen Fall von Hypernephrom der Leber. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.) — Capsule surrénale aberrante dans le foie.

Fasoli (G.). Sulla colorazione dei corpi di Negri nella infezione rabida. (*Policlinico*, partie méd., XI, 7.)

Ferrand (J.) et **Voisin** (R.). Un cas d'hémorrhagie du cervelet. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Fichera (G.) et **Scaffidi** (V.). Beitrag zur pathologischen Histologie der Glomeruli. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.)

Hirschel (G.). Ueber einen Fall von Darmmyom mit Divertikelbildung bei gleichzeitigem Vorhandensein eines Meckel'schen Divertikels. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.) — Myome de l'intestin avec « diverticulisation » et coexistence d'un diverticule de Meckel.

MÉDECINE

Neumann (A.). Ein neues Prinzip zur Bestimmung der Magengrenzen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 juin.) — Application d'un nouveau principe à la délimitation de l'estomac.

Pellegrini (A.). La pileflebite e la piletrombosi non suppurativa. (*Clinica moderna*, 1er juin.)

Peters. Ueber die neue klinische Untersuchungsmethode von Gärtner zur Messung des Druckes im rechten Vorhof. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juin.) — Sur le procédé de Gärtner pour mesurer la pression dans l'oreillette droite.

Pietrkowski. Ueber Aetiologie und Schluckmechanismus bei idiopathischer Speiseröhrenerweiterung. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 2.) — Etiologie de la dilatation essentielle de l'œsophage; mécanisme de la déglutition chez les sujets atteints de cette affection.

Riebold (G.). Ueberblick über die Lehre von den Oesophagusdivertikeln, mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Bedeutung der Traktionsdivertikel. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.)

Riehl. Zur Kenntnis des Herpes zoster bei kruppöser Pneumonie. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juin.)

Ross (C. M.). Report of a case of splenomyelogenous leucæmia. (*New York Med. Journ.*, 18 juin.)

Schill (E.). Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1903. In-8°, 235 p. Leipzig. — Revue annuelle des progrès réalisés dans le diagnostic des maladies pendant l'année 1903.

Schüle. Die Orthodiagraphie und Perkussion des Herzens. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juin.) — Orthodiagraphie et percussion du cœur.

Schupfer (F.). Sui rapporti della linfocitemia colla mielocitemia e colla pseudoleucemia; nota 1. (*Policlinico*, partie méd., XI, 6.)

Shoemaker (J. V.). Jaundice. (*Med. Bull.*, juin.)

Sievert (A. K.). Beitrag zur Bestimmung der Magengrenzen mittelst Aufblähung. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 2.) — Sur la délimitation de l'estomac au moyen de l'insufflation.

Stockton (Ch. G.). Tuberculous pericarditis. (*Amer. Medicine*, 11 juin.)

Strauss (H.) et **Chajes** (B.). Refractometrische Eiweissbestimmungen an menschlichem Blutserum und ihre klinische Bedeutung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 5-6.) — Dosage de l'albumine du sérum sanguin de l'homme par la détermination de l'indice de réfraction [du sérum]; valeur clinique du procédé.

Stürtz. Ueber Sputum-Virulenz-Prüfungen im Verlauf der croupösen Pneumonie und über die prognostische Verwertung der Virulenzcurve. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LII, 5-6.) — La virulence des crachats au cours de la pneumonie franche aiguë; valeur pronostique de la courbe des virulences.

Supino (R.). Sul significato vero della bilirubina nelle feci; ricerche ed osservazioni. (*Clinica medica italiana*, mai.)

Tchistovitch (N.). Contribution à l'étude de la pathogénie de la crise dans la pneumonie fibrineuse. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Testi (A.). Cirrosi ipertrofica biliare ipersplenomegalica. (*Nuovo raccoglitore med.*, avril-mai.)

Türk (W.). Vorlesungen über klinische Hämatologie. 1. Teil : Methoden der klinischen Blutuntersuchung; Elemente der normalen und pathologischen Histologie des Blutes. In-8°, 402 p. avec fig. Vienne.

Van Leggelo (P. B.). Een geval van indringen van een korenaar door de luchtwegen tot in de pleuraholte. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 juin.) — Pénétration d'un grain de blé dans les voies respiratoires, puis, dans la cavité pleurale.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. 26. Heft : Ueber plötzliche Todesfälle, mit besonderer Berücksichtigung der militärärztlichen Verhältnisse. In-8°, 85 p. Berlin. — La mort subite, surtout au point de vue de la médecine militaire.

Zikel (H.). Der neuere Stand der klinischen Osmologie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 25 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Ravenna (E.). Noma e localizzazioni rare del bacillo del tifo. (*Policlinico*, partie méd., XI, 5 et 6.)

Sacquépée (E.). Récidive de fièvre typhoïde; constatation bactériologique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Schöbl (O.). Tyfus ve veku detském. (*Casopis lékaru ceskych*, 25 juin.) — La fièvre typhoïde chez les enfants.

Sorgo (J.). Ueber die Sekundärinfektion bei Tuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 juin.)

Thornton (B.). Observations on an epidemic of scarlatina. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin.)

Uchermann (V.). Ist Beri-Beri ein einheitliches Krankheitsbild? (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 juin.) — Le béribéri constitue-t-il une entité nosologique?

Vernazza (G.). La emoglobinuria nei malarici e la chinina; osservazioni terapeutiche e diagnostiche. In-8°, 62 p. Milan.

Wendel (O.). Die Typhuserkrankungen unter den deutschen Truppen in Tientsin im Herbst und Winter 1900-1901. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.)

Wrzosek (A.). Uwagi nad powstawaniem chorob zakaznych. (*Przeglad lekarski*, 30 avril, 7, 14, 21 et 28 mai.) — Quelques considérations sur la pathogénie des maladies infectieuses.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Hösslin (R. von). Die Schwangerschaftslähmungen der Mütter; 1. Teil. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.) — Des paralysies puerpérales.

Koetschet (Th.). Progressive Paralyse und Syphilis, mit Berücksichtigung der in Bosnien und Hercegovina gesammelten Erfahrungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 juin.)

Kolpakov (M.). De l'alcoolisme en général et de l'ivrognerie dans l'armée en particulier (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Krützner (L.). O motorickych poruchách pri syringomyelii, zvláste o spontánnich pohybech a fibrillárním chvení. (*Sborník klinicky*, V, 5.) — Des mouvements automatiques et des contractions fibrillaires au cours de la syringomyélie.

Lloyd (J. H.). Two cases of paralysis of the ulnar nerve, one following a severe attack of typhoid fever, the other caused by pressure during occupation. (*Med. News*, 18 juin.) — 2 cas de paralysie du nerf cubital.

Lomer (G.). Ein Fall von seniler Demenz mit gleichzeitiger genuiner Schrumpfniere. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 juin.) — Démence sénile avec coexistence d'un rein contracté.

Löwenfeld (L.). Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden. 4e éd. In-8°, 167 p. Wiesbaden.

Merzbacher (L.). Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.) — Le cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien.

Pelizäus. Ueber Diagnose, Verlauf und Aetiologie der Dementia paralytica. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 16 juin.) — Diagnostic, évolution et étiologie de la démence paralytique.

Pic (A.) et **Bonnamour** (S.). Un cas de maladie de Friedreich avec autopsie; coïncidence de ramollissement cérébral. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Rossi (A.). Sindrome di Weber. (*Clinica medica italiana*, avril.)

Ruggi (J.). Contribution à la pathogénie et au traitement de la neurasthénie observée en certains cas de néphroptose. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er juin.)

Schleissner (F.). Ueber Sprachgebrechen. (*Prag. med. Wochensch.*, 23 juin.) — Des dysarthries.

Schultz (Werner). Ueber Fusslähmung, speziell Peroneuslähmung, bei Rübenarbeitern. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXX, 5-6.) — Paralysie du pied, notamment dans le territoire du sciatique poplité externe, chez les individus occupés à la récolte des raves.

Siefert. Ueber functionelle Hemiathetose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.)

Sizaret (J.). Un cas de gangrène hystérique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 1.)

Spiller (W. G.). Points of resemblance between paralysis agitans and arthritis deformans. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.)

Stempel (W.). Die Syringomyelie und ihre Beziehungen zur socialen Gesetzgebung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — La syringomyélie au point de vue de la législation sociale.

Steyerthal (A.) et **Solger** (B.). Ueber Torticollis spasmodicus. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.)

Tikhomirov (V.). Auto-accusation fausse d'un épileptique (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 12 juin.)

Toubert (J.). Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mai.)

Veraguth (O.). Ueber einen Fall von spastischer Spinalparalyse, die nach einem Trauma in Erscheinung trat. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juin.)

Wachsmuth (H.). Beiträge zur cerebralen Kinderlähmung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXVIII, 3.) — Sur la paralysie cérébrale infantile.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Ingelrans. Tibia en fourreau de sabre ou tibia de Paget chez un sujet de dix-huit ans (identité de l'hérédo-syphilis osseuse et de l'ostéite déformante de Paget). (*Echo méd. du Nord*, 26 juin.)

Jones (H. E.). Acute dermatitis produced by satinwood irritation. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juin.) — Dermatite aiguë provoquée par le bois satiné.

Köbner (H.). Ueber Striæ cutis distensæ. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 mai.)

Nagelschmidt (F.). Ueber Immunität bei Syphilis, nebst Bemerkungen über Diagnostik und Serotherapie der Syphilis. In-8°, 70 p. Berlin.

Pospischill (D.). Ein neues als selbständig erkanntes akutes Exanthem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 juin.) — Sur un exanthème aigu constituant une entité morbide non encore décrite.

Richard (J.). Deux cas d'érythème scarlatiniforme chez des vieillards. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juin.)

Stanziale (R.). Contribution à l'étude du pemphigus végétant de Neumann. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, janv.)

Umbert. Les plaques syphilitiques croûteuses du cuir chevelu. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, avril.)

Wesolowski (W.). Syfilis w stosunku do spoleczenstwa. (*Gaz. lekarska*, 7, 14 et 21 mai, 5 et 11 juin.) — La syphilis au point de vue social.

CHIRURGIE

McIntosh (W. P.). Appendicular abscess with fish bone in the appendix; operation; recovery. (*New York Med. Journ.*, 18 juin.) — Abcès appendiculaire avec une arête de poisson dans l'appendice; opération; guérison.

Meads (W. E.). A case of permanent closure of the jaw resulting from infantile paralysis. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin.) — Ankylose permanente de la mâchoire, consécutive à la paralysie infantile.

Mikulicz (J. von). Experiments on the immunisation against infection of operation wounds, especially of the peritoneum. (*Lancet*, 2 juin.) — Recherches expérimentales sur l'immunisation contre l'infection des plaies opératoires et, en particulier, contre l'infection du péritoine.

Mintz (W.). Durch Nervenanastomose geheilte traumatische Facialislähmung. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 4 juin.) — Anastomose spino-faciale pour paralysie faciale d'origine traumatique; guérison.

Momburg. Die Entstehungsursache der Fussgeschwulst. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.) — Pathogénie de la fracture des métatarsiens.

Monprofit (A.). Trois cholédochotomies avec remarques sur le manuel opératoire. (*Arch. provinc. de chir.*, avril.)

Morestin (H.). Angiome de la lèvre supérieure. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Nettel (H.). Ueber einen Fall von Thymustod bei Localanästhesie, nebst Bemerkungen über die Wahl des allgemeinen Anästheticum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.)

Offerhaus (H. K.). Schotverwonding met doodelijken afloop. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 juin.) — Coup de feu mortel.

Parlavecchio (G.). Di un metodo di craniotopografia rispondente alle nuove esigenze della chirurgia. (*Policlinico*, partie chir., XI, 6.)

Petrov (N.). Infections mixtes dans la tuberculose chirurgicale (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 2.)

Ranzi (E.). Casuistische Mitteilungen über inneren Darmverschluss. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — De l'occlusion intestinale.

Rippé (E.). Sarcome de la hanche, compliqué de métastases multiples dans la cavité abdominale (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Roncali (D. B.). Intorno agli accidenti terziarï consecutivi ai traumi cranici in rapporto singolarmente alla loro terapia colla craniorresezione; considerazioni sopra 113 casi clinici. (*Policlinico*, partie chir., XI, 6.)

Ruggi (G.). Nuovo processo di cura chirurgica per la lussazione esterna completa e abituale della rotula; nota preventiva. (*Policlinico*, 18 juin.)

Salzberg (I.). 3 cas de fracture du crâne (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 12 juin.)

Samter (O.). Ein Fall von Myoma pylori. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 juin.)

Schifone (O.). La narcosi cloro-etilica; storia, osservazioni cliniche e sperimentali. (*Policlinico*, partie chir., XI, 4 et 6.)

Schiller (H.). The treatment of empyema of the thorax. (*New York Med. Journ.*, 18 juin.)

Signorelli (A.). L'intervento precoce nell'appendicite; contributo critico e statistico. (*Policlinico*, 25 juin.)

Stankiewicz (W.). Jaka jest granica doszczetnego leczenia przepuklin? (*Gaz. lekarska*, 14 et 21 mai.) — Les limites de la cure radicale des hernies.

Stierlin (R.). Traumatische subkutane Ruptur des Ductus choledochus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIII, 4-6.)

Tikhomirov (V.). Traitement de l'appendicite (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Villard (E.) et **Pinatelle** (L.). De la perforation des ulcères de la petite courbure (perforations hautes). (*Rev. de chir.*, mai, juin et juillet.)

Wagenknecht (J.). Altes und Neues zur Behandlung von Knochenhöhlen seit Einführung der antiseptischen Wundbehandlung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Le traitement des cavités osseuses depuis le début de l'ère antiseptique.

Weiss (A.). Weitere Erfahrungen über Colopexie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — Nouvelles recherches sur la colopexie.

Wittek (A.). Doppelseitige Subluxation des Metacarpus I nicht traumatischen Ursprungs. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Subluxation trapézo-métacarpienne bilatérale d'origine non traumatique.

Zahradnicky. O herniich traumatickych. (*Sbornik klinicky*, V, 5.)

UROLOGIE

Newman (D.). Unique case of « floating kidney », in which nephrorrhaphy was successfully performed; the kidney was within the peritoneal cavity and had a mesonephron. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin.) — Néphroptose et néphrorrhaphie.

Pertzev (K.). La signification de quelques éléments pathologiques de l'urine dans les néphrites (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Pillet (E.). Déférentite tuberculeuse fistulisée, d'origine prostatique. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 juin.)

Pousson (A.). Cure radicale du cancer de la prostate. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 juin.)

Rafin. Le cathétérisme urétéral thérapeutique; uropyonéphrose colibacillaire aseptisée par les lavages du bassinet. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 avril.)

Rochet et **Ruotte**. Taille hypogastrique modifiée pour arriver à voir aisément les orifices urétéraux dans la vessie ouverte. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er juin.)

Stangl (E.). Ueber die Entstehung der Bauchblasendarmspalten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — Pathogénie de l'exstrophie vésicale compliquée.

Valentine (F. C.) et **Townsend** (T. M.). Vesical retention of urine. (*Med. News*, 18 juin.)

OPHTALMOLOGIE

Lagrange (F.) et **Valude** (E.). Encyclopédie française d'ophtalmologie. T. III. In-8°, 1138 p. avec fig.

Leber (Th.). Bemerkungen über die entzündungerregende Wirksamkeit gewisser Mikroorganismen im Auge und in sonstigen Körperteilen, mit Rücksicht auf die Entstehung der sympathischen Augenentzündung. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 2.) — L'action phlogogène exercée par certains microbes sur l'œil et autres organes, envisagée au point de vue de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique.

Lenders (Th.). Ein atypisches Netzhautgliom. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, LVIII, 2.) — Gliome atypique de la rétine.

Le Roux (H.). Troubles oculaires d'origine électrique. (*Année méd. de Caen*, mai.)

Puccioni (G.). Contributo alla etiologia delle congiuntiviti pseudomembranose; studio batteriologico e sperimentale. (*Boll. dell'Osped. oftalm. della provincia di Roma*, mai.)

Sayer (Ettie). The deterioration of vision during school life. (*Brit. Med. Journ.*, 18 juin.)

Teillais. De l'hystéro-traumatisme oculaire. (*Gaz. méd. de Nantes*, 18 et 25 juin.)

Valerio (V.). Vasto leucoma aderente cicatriziale ad ambo gli occhi con quasi totale cecità; ricupero della vista. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Landau (Th.). Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden. In-8°, 82 p. Berlin. — Appendicite et gynécologie.

Martin (A.). Fistule vésico-vaginale. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juin.)

Muret (M.). Des indications opératoires des tumeurs fibreuses de l'utérus. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Opitz (E.). Ueber Heilungsaussichten und Behandlung der puerperalen Pyämie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16, 23 et 30 juin.) — Pronostic et traitement de la pyohémie puerpérale.

Politi-Flamini (C.). La « placenta prævia » nella clinica ostetrico-ginecologica di Roma. In-8°, 106 p. Rome.

Puschnig (R.). Zur Lagerung der Arme in der Narkose. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 juin.) — De la position des bras pendant l'anesthésie.

Quisling (N. A.). Om vending ved tverleie; et bidrag til vendingens teknik. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — De la version dans les présentations de l'épaule.

Reifferscheid (K.). Die Alexander-Adams'sche Operation und ihre Dauerresultate. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 1.) — L'opération d'Alquié-Alexander et ses résultats éloignés.

Rendall (P.). Seven cases of hour-glass contraction of the uterus. (*Lancet*, 18 juin.) — 7 cas de rétraction de l'anneau de Bandl.

Rossel (O.). Plombierung, um das Zurücklassen von Tüchern in der Bauchhöhle bei Laparotomien zu vermeiden. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 juin.) — Le plombage en vue d'éviter l'oubli de compresses au cours de la laparotomie.

Sneguireff (W. F.). 2 neue Fälle von Restitutio vaginæ per Transplantationem ani et recti. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 juin.)

Stoner (A. P.). Notes on curettage, with report of a case of accidental perforation of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 juin.)

Taylor (H. C.). Peritoneal drainage. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Theilhaber (A.) et **Hollinger**. Die Beschaffenheit des Mesometrium bei Uteruscarcinomen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 1.)

Trinci (U.). Ernia crurale della tuba del Falloppio. (*Clinica moderna*, 1er juin.)

Vincent (E.). De l'accouchement provoqué prématurément ou à terme. In-8°, 26 p. Lyon.

Winckel (F. von). Handbuch der Geburtshülfe. T. II, 1re partie. In-8°, 635 p. avec fig. Wiesbaden. — Traité d'obstétrique.

Zuntz (L.). Erfahrungen über Tubargravidität; Bericht über 100 Fälle. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 1.)

PÉDIATRIE

Gaudier (H.). Fracture transversale de l'humérus à sa partie inférieure; luxation du fragment inférieur et de l'avant-bras en arrière; traitement par la réduction à ciel ouvert et l'agrafage des fragments avec les agrafes de Jacoel; excellent résultat fonctionnel. (*Echo méd. du Nord*, 26 juin.)

Halipré (A.). La paralysie douloureuse des jeunes enfants existe-t-elle? (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juin.)

Jones (R.). Some clinical notes on tuberculous arthritis in the young. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.) — Sur la tuberculose articulaire des enfants.

McCaw (J.) et **Campbell** (R.). Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus; pyloroplasty; result; a contribution to the etiology and treatment of the affection. (*Brit. Med. Journ.*, 25 juin.)

Murray (E. W.). Management of fever in childhood. (*Med. News*, 18 juin.) — Le traitement de la fièvre chez les enfants.

Stephens (T. G.). Whooping-cough. (*Med. Bull.*, juin.) — Sur la coqueluche.

Weill (E.). De la température du nourrisson dans les rapports avec la menstruation de la nourrice. (*Lyon méd.*, 26 juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Denker (A.). Die Otosklerose. In-8°, 135 p. avec fig. Wiesbaden.

Haberer (H.). Sarkom und Carcinom bei demselben Individuum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 3.) — Coexistence d'un sarcome et d'un carcinome chez le même sujet.

Joal (J.). Nodules vocaux et insuffisance respiratoire. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 23 avril.)

Lermoyez, Lubet-Barbon et **Moure**. Rapport sur le traitement des otites moyennes aiguës. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mai.)

Luke (Th. D.). The production of anæsthesia for brief operations on the naso-pharynx. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Ménière. Essai critique sur la position de Rose à propos des opérations dans le nez, l'arrière-nez et la gorge. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril.)

Mercier-Bellevue. Thrombo-phlébite suppurée du sinus caverneux d'origine otique sans thrombo-phlébite du sinus latéral. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 2 avril.)

Moure (E.-J.). Traité élémentaire et pratique des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx. In 8°, 646 p. avec fig.

Ruault (A.). Des laryngites chroniques non spécifiques; formes cliniques; traitement. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mai.)

Wolff (G.). Klinische und kritische Beiträge zur Lehre von den Sprachstörungen. In-8°, 100 p. avec fig. Leipzig. — Etudes cliniques et critiques sur les troubles de la parole.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Baraban et **Parisot** (P.). Plaie de l'anus par arme à feu; crime ou suicide. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Girard (C.). Analyse des matières alimentaires et recherche de leurs falsifications. 2e éd. In-8°, 875 p. avec fig.

Hockauf (J.). Zur Kritik der Pilzvergiftungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 juin.) — Sur l'empoisonnement par les champignons.

Kohn (H.). Luftembolie infolge künstlichen Abortus; gerichtliche Sektion. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juin.) — Embolie gazeuse consécutive à une tentative d'avortement; autopsie médico-légale.

Latis. A proposito di un caso di supposto infanticidio. (*Gazz. degli Osped.*, 19 juin.)

Marshall (J.). Two cases of fatal poisoning (criminal) by strychnin, with a report of the toxicologic examination of some of the organs. (*Amer. Medicine*, 18 juin.) — 2 cas d'empoisonnement criminel par la strychnine, avec issue fatale.

Mayer (J.). Eine Vergiftung mit Sabadilla; Selbstmordversuch. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 juin.) — Tentative de suicide par les semences de cévadille.

Momo (C.). L'inibizione traumatica nella legge sugli infortuni del lavoro. (*Gazz. degli Osped.*, 26 juin.) — L'inhibition traumatique dans la législation sur les accidents du travail.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Alt (K.). Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juillet.) — L'opothérapie thyroïdienne du myxœdème congénital.

Azletzky (V.). Idiosyncrasie héréditaire à l'égard de l'alcool (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Babes (V.). Ueber die Behandlung von 300 von wütenden Wölfen gebissenen Personen im Bukarester pathologisch-anatomischen Institute. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 2.) — Traitement de 300 individus mordus par des loups enragés.

Horder (T. J.). A case of chronic streptococcus endocarditis treated by serum specially prepared by use of the organism obtained from the patient. (*Lancet*, 16 juillet.)

Neisser (A.). Die Verwendung der Scarenzioschen Calomel-Injectionen in der Breslauer Klinik. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 25 juin.) — L'emploi des injections de calomel d'après Scarenzio à la clinique [syphiligraphique] de Breslau.

Ossipovsky (N.). Un cas d'occlusion aiguë de l'intestin avec guérison; traitement de cette affection par l'atropine et par l'extrait de belladone (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Planchon (L.). Précis de matière médicale. T. Ier. In-16, 735 p. avec fig. Lyon.

Rabek (L.). Przyczynek do leczenia plonicy surowica przeciwplonicza. (*Gaz. lekarska*, 23 et 30 avril.) — Le traitement de la scarlatine par le sérum antiscarlatineux.

Sobernheim (G.). Ueber das Milzbrandserum und seine praktische Anwendung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 et 30 juin.) — Le sérum anticharbonneux et son emploi en thérapeutique.

Vnoukov (N.). Lymphosarcome traité avec succès par l'ichtyol (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 5 juin.)

Wilson (S. M.). The antiseptic treatment of smallpox. (*Amer. Medicine*, 18 juin.)

24e ANNÉE. — No 36. Vingt centimes le numéro. 7 SEPTEMBRE 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur G. Gaffky, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Giessen, est nommé directeur de l'Institut des maladies infectieuses, en remplacement de M. R. Koch, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Rosario Traina est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur O. Pankow est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Kiel. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Robert Rössle (*anatomie pathologique*) ; Ottomar Höhne (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur E. C. Van Leersum (d'Amsterdam) est nommé professeur de matière médicale et de pharmacologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Luigi Cappelletti est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Hubert Gebele est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Arnaldo Angelucci, professeur à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. De Vincentiis, décédé.

Faculté de médecine de Padoue. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Giuseppe N. Sterzi (*anatomie*); Rodolfo Schwarz (*médecine opératoire*); Saverio Spangaro (*pathologie externe*).

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Ernesto Tricomi, professeur extraordinaire de clinique chirurgicale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Francesco Pardi est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les docteurs L. Syllaba et A. Vesely, privatdocenten de médecine interne.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur D. De Blasi est nommé privatdocent de bactériologie.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Vincenzo Patella, professeur extraordinaire de clinique médicale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur H. Ehret, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Karl Baisch est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Friedrich Luithlen (*dermatologie et syphiligraphie*); Heinrich Peham (*obstétrique et gynécologie*); Rudolf Weiser (*odontologie*); Ernst Pick (*chimie médicale*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE NANCY

Aerts (C.-M.). Du traitement chirurgical de l'anus contre nature.

Arnould (A.-Th.). Considérations sur la gastrostomie, en particulier par le procédé valvulaire de Fontan.

Athanasoff (Ph.). Contribution à l'étude de la chéiloplastie inférieure et, en particulier, du procédé de Larger (de Maisons-Laffitte).

Baëff (G.). Contribution à l'étude de l'ostéosarcome de la voûte du crâne.

Bichaton (E.). Chirurgie conservatrice des tùmeurs solides du maxillaire supérieur.

Bichebois (Ch.-Th.). Contribution à l'étude de l'idée de grossesse, trouble psychopathique.

Chopova (Sophie). Contribution à l'étude du traitement de la métrite chronique du col par le caustique de Filhos.

Derbanne (Ch.-P.). De la quinine en obstétrique.

Dufays (M.-E.). Tuberculose ulcéreuse chronique du pharynx.

Dufour (M.-B.). Les verres cylindriques et toriques et la correction de l'astigmatisme.

Ferret (P.-E.). Essai d'embryologie expérimentale; influence tératogénique des lésions des enveloppes secondaires de l'œuf de poule.

Gœpfert (J.-R.). Protection et assistance de la première enfance.

Hanriot (R.-M.). De la mammite comme complication de la fièvre typhoïde.

Huck (M.-M.). De l'anurie calculeuse et de ses indications opératoires.

Huron (H.). De l'atrésie des maxillaires.

Jacot (J.-A.). Du traitement des taies de la cornée par les injections sous-conjonctivales de benzoate de lithine.

Kérassotis (J.). Recherches expérimentales sur le pouvoir antiseptique de l'iode.

Lang (G.). Des kystes du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

Larché (H.-E.). Du traitement de l'ankylose temporo-maxillaire par l'opération de Rochet.

Léger (Ch.-M.). Contribution à l'étude des luxations acromio-claviculaires et de leur traitement.

Lévy (A.). Essai sur la cholécysto-appendicite: association de la cholécystite et de l'appendicite.

Liautey (M.-V.). Contribution à l'étude de la mortalité infantile par l'allaitement artificiel.

Lombart (M.-H.). De la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques (historique, indications opératoires).

Manuel (P.-A.). De l'extirpation du cancer du rectum par la voie combinée.

Masson (M.-J.). Contribution à l'étude de l'angiomégalie symétrique des paupières supérieures (blépharochalasis des auteurs).

Mathey (P.-E.). De l'épididymectomie dans le traitement de la tuberculose génitale.

Molly (M.-J.). Des complications intra-crâniennes consécutives aux opérations pratiquées sur les sinus de la face.

Munier (F.-J.). De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Perrin (M.-F.). Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode du dédoublement.

Picard (P.). Contribution à l'étude de l'ostéomyélite syphilitique des os longs.

Riff (J.-H.). Sur la lipase du sang à l'état normal et pathologique chez l'homme.

Robert (J.-M.). La scoliose tuberculeuse.

Scapula (F.-H.). Des granulations dans l'Est.

Sencert (L.-G.). La chirurgie de l'œsophage thoracique et abdominal (étude anatomique, expérimentale et critique).

Thiébaux (M.-G.). Etudes sur 346 cas de fièvre typhoïde infantile.

Thomassian (H.). De la luxation congénitale de l'omoplate ou maladie de Sprengel.

Trnka (Anna). Quelques considérations sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse (d'après 87 observations).

Vallon (J.-A.). La hernie ombilicale au cours de la grossesse.

Viard (A.-H.). De la prostatectomie périnéale pour l'hypertrophie de la prostate.

Weill (L.-R.). Contribution à l'étude des kystes du vagin.

PHYSIOLOGIE

Blaincourt. Tableaux synoptiques de physiologie. In-8°, 171 p.

Bürker (K.). Blutplättchen und Blutgerinnung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.) — Plaquettes sanguines et coagulation du sang.

Frankl-Hochwart (L. von) et **Fröhlich** (A.). Ueber die corticale Innervation der Harnblase. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.) — L'innervation corticale de la vessie.

Lapinsky (M.). Ueber die Lokalisationen motorischer Funktionen im Rückenmark. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6.) — Les localisations motrices dans la moelle épinière.

Lombroso (U.). Sulla funzione del pancreas nell'assorbimento del grasso. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

Paulesco (N. C.). L'action des sels des métaux alcalins sur la substance vivante. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Tchiriev (S.). Propriétés électro-motrices du cerveau et du cœur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Tissot (J.). Nouvelle méthode de mesure et d'inscription du débit et des mouvements respiratoires de l'homme et des animaux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Tour (Th.). Le téléphone comme indicateur de l'excitation nerveuse. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Guénot. Sclérose pleuro-pulmonaire totale unilatérale d'origine tuberculeuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Hulst (J. P. L.). Bijdrage tot de pathologische anatomie van het ligamentum rotundum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 juillet.)

Lorrain et **Billon.** Utérus didelphe dont le gauche ne communique ni avec le vagin, ni avec l'utérus droit. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (Jahrgang 1902). 2e partie. In-8°, 729 p. Wiesbaden. — Progrès de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique de l'homme et des animaux pendant l'année 1902.

Maccone (L.). Contributo allo studio delle alterazioni istologiche nel mixedema infantile. (*Pediatria*, juin.)

Malloizel. Tumeur myéloïde du sternum, avec généralisation. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Marzocchi (V.). Contributo alla questione della specificità dei corpi di Negri; osservazioni sull'avvelenamento da stricnina e sull'infezione tetanica. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

Migliorini (G.). Untersuchungen über weiche Nævi. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 3.)

Parodi (U.). Della cosidetta cistite cistica. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

Pelnár (J.). Anatomicky nález pri posuncine tehotnych. (*Casopis lékaru ceskych*, 2 et 9 juillet.) — Recherches histologiques sur un cas de chorée chez une femme enceinte.

Pick (A.). Ueber compensatorische Vorgänge im menschlichen Rückenmark. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.) — Les phénomènes compensateurs au niveau de la moelle épinière.

Ricou. Môle hydatiforme. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Schwyzer (F.). A contribution to the pathology of the elastic tissue of the aorta. (*New York Med. Journ.*, 9 juillet.)

Wright (A. E.). Pathological suggestions. (*Lancet*, 9 juillet.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bönniger (M.). Zur Frage der Resorption aus den Geweben. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Sur la résorption des liquides épanchés dans les tissus.

Burkhardt. Experimentelle Untersuchungen über die aseptische Einheilung direct erzeugter Gewebsnekrosen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — Recherches expérimentales sur l'enkystement aseptique des lésions de nécrose.

Cornil (V.) et **Coudray** (P.). Evolution anatomique des fractures mobilisées dans le but de provoquer des pseudarthroses; rôle des muscles dans la consolidation des fractures et dans les pseudarthroses. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Detre-Deutsch (L.). Superinfektion und Primäraffekt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 juillet.) — Réinfection et lésion initiale.

Donati (M.). Ueber die Möglichkeit, das Magengeschwür durch Läsionen der Magennerven hervorzurufen; experimentelle Untersuchungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Sur la possibilité de provoquer un ulcère gastrique par lésion des nerfs de l'estomac.

Gérard (E.) et **Ricquiet.** Action biochimique du rein sur la morphine et l'oxymorphine. (*Echo méd. du Nord*, 19 juin.)

Giani (R.). Influenza del movimento nella produzione del callo cartilagineo; ricerche sperimentali. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Azevedo Sodré (A. de). Frequencia do cancer no Brazil. (*Brazil-medico*, 15 juin.)

Biernacki (E.). Ueber den Begriff der Anämie in klinischer Beziehung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Définition clinique de l'anémie.

Campani (A.). Acidità urinaria in rapporto all'età, costituzione individuale e alla tubercolosi; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

Dal Fabbro (G.). Sulla genesi dei calcoli salivari. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juillet.)

Dunham (E. K.). Der Lecithingehalt von Fettextracten der Niere; vorläufiger Bericht. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 juillet.) — La teneur en lécithine des extraits de graisse du rein.

Landsteiner (K.) et **Jagic** (N.). Ueber Reaktionen anorganischer Kolloide und Immunkörperreaktionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.)

Maragliano (D.). Der Präcipitationsvorgang der Antikörper und seine Anwendung in der Pathologie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 juillet.) — Les phénomènes de la précipitation des anticorps et leurs applications en pathologie.

MÉDECINE

Abrams (A.). The tracheal traction test as an aid in the recognition of the asthmatic lung. (*Med. News*, 25 juin.)

Arneth (J.). Die agonale Leukozytose. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.)

Baccelli (G.). Aneurisma dell'arteria mesenterica superiore. (*Policlinico*, partie méd., XI, 7.)

Barr (J.). On paroxysmal tachycardia. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juillet.)

Bauermeister (W.). Ein Fall von Allgemeininfection durch Bacterium coli commune mit typhusähnlichem Verlauf und spätfolgender Hodenabscedirung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Colibacillose à évolution typhoïdique avec gangrène tardive du testicule.

Beer (E.). Some pathological and clinical aspects of acquired (false) diverticula of the intestine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Berent (W.) et **Gutmann** (P.). Ueber vermehrten Stickstoff- und Eiweissgehalt der Magenspülflüssigkeit und seine diagnostische Bedeutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Sur l'augmentation de l'azote et de l'albumine dans le liquide de lavage de l'estomac; valeur diagnostique.

Bonney (S. G.). Appendicitis from the standpoint of the physician. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 juillet.) — L'appendicite au point de vue médical.

Borri (A.). Ueber Magengeschwüre im Klimakterium. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 9 juillet.) — Les ulcères gastriques de la ménopause.

Boyer. Anévrysme de l'aorte attribué à un accident du travail. (*Lyon méd.*, 10 juillet.)

Bozzi (E.). Contributo alla diagnosi d'apertura del foro di Botallo. (*Morgagni*, juillet.) — Sur le diagnostic de l'inocclusion du canal artériel de Botal.

Brandenburg (K.). Ueber die Eigenschaft des Digitalin, in nicht tötlicher Gabe die Anspruchsfähigkeit des Herzmuskels für künstliche Reize vorübergehend zu vermindern. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Comme quoi, à dose non mortelle, la digitaline diminue temporairement l'excitabilité du cœur à l'égard des irritations artificielles.

Buch (M.). Das arteriosklerotische Leibweh; vorläufige Mitteilung. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 juillet.) — Les douleurs abdominales dans l'artériosclérose.

Callender (E. M.). The incubation period of pneumonia. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juillet.)

Capua Giuffrè (A.). Dei varii metodi di esame clinici per determinare il limite inferiore dello stomaco, con proposta di un nuovo metodo pratico. (*Morgagni*, juillet.)

Cardarelli. Linfosarcoma del mediastino, diffuso alla pleura. (*Clinica moderna*, 22 juin.)

Charcot, Bouchard et **Brissaud**. Traité de médecine. 2e éd. T. IX. In-8°, 1096 p. avec fig.

De Benedetti (E.). Un caso di ittero maligno. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

Decker (J.). Zur Diagnose der Pylorusstenose. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juillet.)

Deeks (W. E.). The carbohydrates as ætiological factors in stomach disorders. (*New York Med. Journ.*, 25 juin et 2 juillet.) — Les hydrates de carbone en tant que facteurs étiologiques des troubles gastriques.

De Franchis (G.). Sopra un caso di setticemia gangrenosa; note patogenetiche e cliniche. (*Morgagni*, juillet.)

Duckworth (Sir Dyce). On acute malignant endocarditis. (*Brit. Med. Journ.*, 2 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Berg (H. W.). The distinctive character of the temperature curve of measles and of scarlet fever, and the treatment of hyperpyrexia in these diseases by baths of increasing temperature. (*Med. Record*, 2 juillet.) — Les traits caractéristiques de la courbe thermique dans la rougeole et dans la scarlatine, et le traitement de la fièvre dans ces maladies par des bains à température progressivement ascendante.

Bernard (N.). Le choléra asiatique à Luang-Prabang et dans le Haut-Laos en 1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Blin. La tuberculose à Mayotte. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Bowen (W. H.). Accidental vaccinia of the nasal cavity. (*Lancet*, 2 juillet.)

Bruce (H. W.). On Vincent's angina. (*Lancet*, 16 juillet.)

Busck (G.). Om dagslysets indflydelse paa forlöbet af malaria, med særlig henblik paa kininbehandlingen. (*Hospitalstidende*, 20 avril.) — L'influence de la lumière solaire sur l'évolution de la malaria, notamment au point de vue du traitement par la quinine.

Cassagnou. Des différentes épidémies de fièvre jaune qui ont régné dans les hauteurs de la Guadeloupe. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Clarac. Epidémies de variole à Madagascar. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Corsini (G.). Della presenza del bacillo di Eberth nelle urine dei tifosi. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juillet.)

Darnall (W. E.). A case of typhoid fever with an unusual complication. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 juillet.)

Dominici (L.). Sul valore della diagnosi istologica nella rabbia; nota preliminare. (*Policlinico*, 16 juillet.) — Valeur du diagnostic histologique de la rage.

Frich (O.). Ftisisstatistik fra Rigshospitalets medicinske afdeling A (omfattende 10-aaret 1894-1903). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aoyama (T.). Ueber einen Fall von Poliomyelitis anterior chronica mit Sektionsbefund. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6.)

Boucarut (C.). Observation de tremblement hystérique. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Bouchaud. Perte du sens musculaire aux doigts des deux mains avec intégrité de la sensibilité des muscles de la main et de l'avant-bras. (*Rev. de méd.*, oct. et nov. 1903 et juillet.)

Bradshaw (T. R.). On 2 cases of hemiplegia. (*Lancet*, 16 juillet.)

Burr (Ch. W.). Syphilis of the nervous system. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.)

Buzzard (Th.). On remissions and relapses in insular sclerosis. (*Lancet*, 16 juillet.) — Des rémissions et rechutes dans la sclérose en plaques.

Christiansen (V.). Om hysteriske symptomers forekomst ved sindssygdom. (*Bibliotek for Læger*, avril.) — De l'hystérie chez les aliénés.

Cöster (E.). Zur Diagnose und Therapie der Tabes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 et 11 juillet.)

Crispotti (C. A.). Su di un caso di tabe dorsale spasmodica (malattia di Erb-Charcot). (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

Cruchet (R.). Sur un cas de tic de la tête et du tronc n'existant que pendant le sommeil. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 juillet.)

Curschmann (H.). Ueber posttraumatische Meningitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juillet.)

Daley (R. M.). Primary myokymia. (*Med. News*, 2 juillet.)

Donley (J. E.). A case of meralgia paræsthetica. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Friedländer (R.). Die Hautreflexe an den unteren Extremitäten unter normalen und pathologischen Verhältnissen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6.) — Les réflexes cutanés du membre inférieur à l'état normal et pathologique.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bargum. Kerion bei Mikrosporie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.)

Bureau (G.). Le favus de la peau glabre. (*Gaz. méd. de Nantes*, 16 juillet.)

Christian (H. M.). The treatment of syphilis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.)

Duckworth (Sir Dyce). A case of pemphigus vegetans. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.)

Foà (P.). Tendovaginite e tubercolosi della pelle. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

Gaucher et **Desmoulière**. Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Gouzien (P.). Note sur la frambœsia à Pondichéry; statistique hospitalière. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Hartzell (M. B.). Tuberculosis as it affects the skin. (*Amer. Medicine*, 2 juillet.) — Sur la tuberculose cutanée.

Köbner (H.). Zur Aetiologie und Therapie, speziell Balneotherapie der Psoriasis vulgaris. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juillet.)

PARASITOLOGIE

Cima (F.). Un caso di anemia da anchilostomiasi ed anguillula intestinalis. (*Pediatria*, juin.)

Cranwell (D. J.) et **Herrera Vegas** (M.). Los quistes hidatídicos en la República Argentina. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Freriks (B.) et **Broers** (C. W.). Een tænia cucumerina bij een kind. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 juillet.) — *Tænia cucumerina* chez un enfant.

Guéguen (F.). Les champignons parasites de l'homme et des animaux. In-8°, 280 p. avec planches.

Kjelgaard. Mennesket som vært for oksebremselarven. (*Ugeskrift for Læger*, 2 juin.) — L'homme comme hôte de larves d'œstres du bœuf.

Manson (Sir Patrick) et **Low** (G. C.). The Leishman-Donovan body in ulcerated surfaces: a possible route of its escape from the human body. (*Brit. Med. Journ.*, 2 juillet.)

Warfield (L. M.). Grave anæmia due to hookworm infection. (*Med. Record*, 2 juillet.) — L'anémie grave par ankylostomiase.

CHIRURGIE

Abadie. Sur le mécanisme des luxations du poignet. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Aguerre (J. A.) et **Oliver** (J. H.). Tumor poliquístico pararenal de origen Wolffiano. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Anspach (B. M.). Primary tuberculosis of the breast. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Tuberculose primitive du sein.

Anzilotti (G.). Sopra un caso di esostosi della rotula. (*Clinica moderna*, 15 juin.)

Baldassari (L.). Peritoneal-Muskellappen als Mittel zur Blutstillung bei Leber- und Milzverletzungen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 7 juillet.) — Lambeau musculo-péritonéal pour l'hémostase des plaies du foie et de la rate.

Bardenheuer. Einiges über Pankreaserkrankungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — Sur les affections du pancréas.

Beck (B. von). Zur Cardiolysis bei chronischer adhäsiver Mediastino-Pericarditis postpleuritica. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.)

Beer (E.). Intrahepatische Cholelithiasis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.)

Bickham (W. S.). Text-book of operative surgery. 2e éd. In-8°, 984 p. avec fig. Londres.

Binnie (J. F.). The Matas treatment of aneurism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juin.)

Bishop (E. S.). Remarks on the prevention of ventral hernia as a sequel to abdominal section. (*Brit. Med. Journ.*, 9 juillet.) — Les moyens d'éviter l'éventration consécutive à la laparotomie.

Borchard. Ileus in Folge frischer syphilitischer Neubildung der Flexura lienalis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Iléus dû à un syphilome récent du coude gauche du côlon.

Bowlby (A. A.). On cases of appendicitis. (*Lancet*, 9 juillet.)

Brav (H. A.). Diagnosis and treatment of internal hemorrhoids. (*Med. News*, 2 juillet.)

Brunn (W. von). Zur Aetiologie der sogenannten «acuten katarrhalischen Gelenkeiterung»; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis von durch Pneumokokken veranlassten Gelenkeiterungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 juillet.) — Étiologie de l'arthrite suppurée aiguë catarrhale.

Brunner (C.). Klinisches und Experimentelles über Verschiedenheiten der Pathogenität des Darminhaltes gegenüber dem Peritoneum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les variations de la virulence du contenu intestinal à l'égard du péritoine.

Butaud. Tumeur volumineuse des doigts de la main gauche et de la main droite; ablation. (*Limousin méd.*, juin.)

Carlson (B.). Om naagra former af kronisk peritonit i bukens vänstra sidoregion. (*Hygiea*, juin.) — De quelques formes de péritonite chronique dans la partie latérale gauche de l'abdomen.

Chambers (J. W.) et **Friedenwald** (J.). A case of chronic pancreatitis; diagnosis, operation, recovery. (*Amer. Medicine*, 9 juillet.)

Clark (J. G.). The treatment of gallstones found as a coincidence in abdominal or pelvic operations. (*Amer. Medicine*, 9 juillet.) — Traitement de la lithiase biliaire diagnostiquée au cours d'une opération abdominale ou pelvienne.

Collier (Mayo). On the radical cure of hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 9 juillet.)

Collinson (H.). A case of traumatic tetanus; recovery. (*Lancet*, 2 juillet.)

Copello (O.). Sarcoma embrionario desarrollado en un nævus. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Cushing (Harvey). Intradural tumor of the cervical meninges, with early restoration of function in the cord after removal of the tumor. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Cuthbert (C. F.). Hæmorrhage from a chronic gastric ulcer; operation; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juillet.)

Deaver (J. B.). The more remote consequences of infectious bile. (*Amer. Medicine*, 2 juillet.) — Les suites éloignées de l'infection biliaire.

UROLOGIE

Alfthan (K. von). Ueber dextrinartige Substanzen im diabetischen Harn. In-8°, 123 p. Helsingfors. — Les substances de l'urine diabétique, analogues à la dextrine.

Campanella (G.). Sulla diazoreazione. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juillet.)

Carey (H. W.) et **Laird** (A. T.). A peculiar hypertrophy of the prostate, accompanied by an ascending infection and cysts in the ureters, with a general discussion of ureteritis cystica. (*Albany Med. Ann.*, juillet.)

Courmont (P.) et **Nicolas** (J.). Formule urinaire dans la pleurésie tuberculeuse (polyurie, hyperchlorurie et albuminurie de la convalescence). (*Lyon méd.*, 3 juillet.)

Danforth (I. N.). Two cases of renal tuberculosis, illustrating the results of nephrectomy. (*Amer. Medicine*, 9 juillet.)

Deaver (J. B.). Surgery of the prostate gland. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Engelbreth (C.). Meine Methode zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.) — Traitement abortif de la blennorrhagie.

Gray (F. D.). Revival of suprapubic prostatectomy. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Grelinski (A.). Kilka slow o przyczynach krwotoków w przypadkach ostrego zupelnego zatrzymania moczu. (*Przeglad lekarski*, 18 juin.) — Sur les causes des hémorrhagies dans les cas de rétention complète aiguë d'urine.

OPHTALMOLOGIE

Adamiouk (V.). Etiologie de la kératite annulaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 juin.)

Baudry (S.). De l'ophtalmie sympathique. (*Nord méd.*, 15 juillet.)

Birch-Hirschfeld. Die Nervenzellen der Netzhaut unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen, mit besonderer Berücksichtigung der Blendung (Finsen, Röntgen, Radium). (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.) — Les cellules nerveuses de la rétine à l'état normal et pathologique.

Fox (L. W.). Albuminuric retinitis. (*New York Med. Journ.*, 25 juin.)

Le Roux (H.). Ossification de la choroïde. (*Année méd. de Caen*, juin.)

Marple (W. B.). Foreign bodies in the eye and their removal with the electromagnet. (*Med. Record*, 25 juin.) — Les corps étrangers de l'œil et leur extraction au moyen de l'électro-aimant.

Martin (G.) et **Debedat**. Sur le diagnostic et le traitement des corps métalliques intra-oculaires. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Baisch (K.). Hyperemesis und Ptyalismus in der Gravidität. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Boerma (N. F.). Over manueele spoeddilatatie van den baarmoedermond. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 juillet.) — De la dilatation manuelle rapide de l'orifice utérin.

Bokelmann (W.). Zur Verhütung von Fieberfällen im Wochenbett. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 juillet.) — La prophylaxie de la fièvre puerpérale.

Bourdzinsky (T.). Chorio-épithéliome (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, mai.)

Burtenshaw (J. H.). The fever of the puerperium (puerperal infection); a chronological review of the doctrines of its etiology and of the methods of treatment from early times to the present. (*New York Med. Journ.*, 4, 11, 18 et 25 juin et 2 juillet.)

Cameron (S. J. M.) et **Leitch** (A.). Adenomyoma of the uterus. (*Lancet*, 9 juillet.)

Depage (A.) et **Mayer** (L.). Ueber Ureteren- und Blasenresectionen bei ausgedehnten Uteruscarcinomen (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — Sur la résection des uretères et de la vessie dans le cancer étendu de l'utérus.

Dobbert (Th.). Ueber einige gynäkologische Operationen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 juillet.)

Essen-Möller (E.). Doppelseitige Ovariotomie im Anfange der Schwangerschaft; ausgetragenes Kind. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 juillet.) — Ovariotomie bilatérale au début de la grossesse; enfant à terme.

Fedorov (V.). Sarcome des organes génitaux externes (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, mai.)

Mandl (H.). Hydrocephalus, mittelst Forzeps entwickelt. (*Wien. med. Presse*, 3 juillet.) — Extraction par le forceps d'un fœtus hydrocéphale.

PÉDIATRIE

Adler (E.). Ueber Hautdiphtherien im Kindesalter. (*Wien. med Wochensch.*, 25 juin, 2 et 9 juillet.) — De la diphtérie cutanée chez l'enfant.

Adsersen (H.). Meddelelser om nyfödte börns vægt og længde. (*Bibliotek for Læger*, avril.) — Sur le poids et la taille des nouveau-nés.

Bauer (F.). Zur Aetiologie der Melaena neonatorum. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.)

Bézy. Paralysie et fièvre typhoïde chez l'enfant. In-8°, 10 p. Toulouse.

Centeno (A. M.). Le coup de chaleur chez les enfants. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Crisafi (D.). Studii di istologia e di batteriologia sulla tiroide in alcune malattie dei bambini. (*Morgagni*, juillet.) — Recherches histologiques et bactériologiques sur le corps thyroïde au cours de certaines maladies de l'enfance.

Döbeli (E.). Ein Beitrag zur Kenntnis der primären Peritonitis im Säuglingsalter. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juillet.) — De la péritonite essentielle des nourrissons.

Escat (E.). Empyème ethmoïdo-sphénoïdal chez un enfant de douze ans; évidement du labyrinthe ethmoïdal et curettage du sinus sphénoïdal par voie orbitaire. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Botey (R.). Las inyecciones de parafina en la rinitis atrófica y en las deformaciones nasales externas. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, mars-avril et mai-juin.)

Chavasse (P.). Tuberculose laryngée; laryngotomie inter-crico-thyroïdienne d'urgence; thyrotomie ultérieure avec résection d'une corde vocale; survie de dix-huit mois. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Courtade (A.). De l'hydrothérapie nasale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin et juillet-août.)

Cozzolino (V.). Dell'infezione settica d'origine otitica nei lattanti. (*Riv. di clinica pediatrica*, juin.)

De Cigna (V.). La soluzione eterea di iodoformio nella otite media purulenta cronica. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juillet.)

Hamill (S. McC.). Primary streptococcal membranous laryngitis in an adult. (*Amer. Medicine*, 25 juin.)

Harland (W. G. B.). The larynx in beginning pulmonary tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 25 juin.) — Le larynx au début de la tuberculose pulmonaire.

Harris (Th. J.). The submerged tonsil. (*Med. News*, 9 juillet.)

Lublinski (W.). Einige Bemerkungen über adenoide Vegetationen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 juillet.)

Massei (F.). Corps étranger pharyngo-laryngien. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Moure (E.-J.). A propos de la thyrotomie dans le traitement du cancer du larynx. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mai.)

HYGIÈNE

Didier. La variole à Rouen; sur la nécessité de l'adoption de mesures de prophylaxie. (*Normandie méd.*, 1er juillet.)

Grotjahn (A.) et **Kriegel** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie. 3. Band: Bericht über das Jahr 1903. In-8°, XX-376 p. Iéna. — Revue des travaux et des progrès accomplis en hygiène sociale et en démographie pendant l'année 1903.

Guiraud. Manuel pratique d'hygiène. 3e éd. In-8°, 1072 p. avec fig.

Kermorgant. Prophylaxie du paludisme par la protection mécanique des habitations, à l'aide de toiles métalliques. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Lapchine (A.). De la situation des phtisiques dans les hôpitaux urbains (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 juin.)

Levachev (V.). Contribution à l'étude des dispositifs pour obtenir rapidement des vapeurs de formaldéhyde en vue de la désinfection (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 juin.)

Mosny (E.). Hospitalisation des tuberculeux. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Noc. Fonctionnement du service vaccinogène de Nouméa (Nouvelle-Calédonie), 1901-1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Sanitätsbericht über die k. deutsche Marine für den Zeitbericht vom 1. Oktober 1901 bis 30. September 1902. In-8°, 269 p. Berlin. — Rapport sanitaire sur la marine impériale allemande du 1er octobre 1901 au 30 septembre 1902.

Vacher (F.). Dwellings in relation to disease: defective sanitary appliances. In-4°, 18 p. Manchester. Sherratt et Hughes.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Alt (K.). Die diätetische Behandlung der Epileptiker in Vergangenheit und Gegenwart. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Le régime des épileptiques.

Bidoli (G. L.). Le iniezioni endovenose di bicloruro di mercurio nella setticemia puerperale. (*Policlinico*, 9 juillet.)

Biernacki (E.). Ueber die angebliche blutbildende Wirkung des Arseniks. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 juin et 2 juillet.) — De la prétendue action hématopoiétique de l'arsenic.

Carini (L.). La cura medica dei fibro-miomi uterini. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

Chatzky (E.). Un nouveau procédé de vaporisation des substances médicamenteuses (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 et 12 juin.)

Grassmann (K.). Einiges über den Gebrauch des Morphiums bei Herzkranken. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juillet.) — L'emploi de la morphine dans les cardiopathies.

Léger (P.). Sur un cas d'hémichorée traité par l'arsenic. (*Année méd. de Caen*, juin.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Béclère (A.). Les rayons de Röntgen et le diagnostic des maladies internes. In-16, 96 p. avec fig.

Bokenham (T. J.). The treatment of hæmorrhoids and allied conditions by oscillatory currents of high tension. (*Lancet*, 2 juillet.) — Traitement des hémorrhoïdes par les courants de haute tension.

Bunch (J. L.). Sabouraud's treatment of ringworm by X-rays at the Saint-Louis Hospital, Paris. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.) — La radiothérapie de la teigne tondante.

Cerné (A.). Notes de radiothérapie. (*Normandie méd.*, 15 juillet.)

Childs (S. B.). The results of X ray treatment. (*New York Med. Journ.*, 2 juillet.)

Costa (J. R.). Los rayos X en el diagnóstico de las enfermedades internas. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Grosh (L. C.) et **Stone** (W. J.). Röntgen ray treatment of leukemia; report of case (myelogenous type) with apparent improvement; death; autopsy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 juillet.)

24e ANNÉE. — N° 37. Vingt centimes le numéro. 14 SEPTEMBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Max Westenhöffer (*anatomie pathologique*); F. Frankenhäuser et Leonor Michaelis (*médecine interne*); Erich Hoffmann (*dermatologie et syphiligraphie*).

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Karl Zieler est nommé privatdocent de dermatologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Georg Jochmann est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Michele Gravagna est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Oswald Bumke est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Albert Blaschek est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Jussuf Bey Ibrahim est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Karl Franz, privatdocent à la Faculté de médecine de Berlin, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. Krönig.

Faculté de médecine de Kharkov. — M. le docteur Martynov, privatdocent à la Faculté de médecine de Moscou, est nommé professeur extraordinaire de pathologie externe et de bandages.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Georg Köster, privatdocent de neurologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Alois Alzheimer est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Pise. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Alberto Pepere (*anatomie pathologique*); Rinaldo Cassanello (*pathologie externe*).

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Ivan Honl, privatdocent de bactériologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Vincenzo Montesano (*dermatologie et syphiligraphie*); Romeo Roselli et Giulio Valenti (*ophtalmologie*); Adelson Canepele (*oto-rhino-laryngologie*).

Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur Hans Henrici est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Paolo Funaioli, professeur extraordinaire de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur Kouliabko, professeur extraordinaire de physiologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Tubingue. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Wilhelm Specht (*psychiatrie*); Fleischer (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Karl Mayer (*médecine interne*); August Gürber (*chimie physiologique*).

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Giovanni Polverini est nommé privatdocent des maladies exotiques.

Université d'Oxford. — M. le docteur William Osler, professeur à Johns Hopkins University de Baltimore, est nommé professeur de médecine, en remplacement de Sir John Burdon Sanderson, démissionnaire.

Tulane University of Louisiana de la Nouvelle-Orléans. — M. le docteur James M. Batchelor est nommé professeur adjoint de chirurgie.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur William Sweet est nommé professeur d'ophtalmologie, en remplacement de M. H. F. Hansell, démissionnaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904)

THÈSES DE LYON

Astier (L.). Kystes du creux poplité d'origine tuberculeuse.

Audier (J.). Contribution à l'étude des torsions du grand épiploon.

Avril (J.). Les dangers de la suralimentation chez les tuberculeux.

Bailly (E.). De l'invagination dans la tuberculose intestinale.

Barberousse (F.). Etude sur les fractures sus-malléolaires.

Basso (L.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.

Baud (H.). Traitement par la laparotomie vaginale de certaines formes de péritonite tuberculeuse chez la femme.

Benoit. Troubles de la motricité oculaire dans les maladies de l'oreille.

Bergès (G.). Le syndrome « immobilité » dans les tumeurs cérébrales chez le cheval.

Berthelon (C.). Variations de l'agglutination des bacilles de la tuberculose en rapport avec l'origine des bacilles et des sérums.

Berthier. Des pansements consécutifs à la colpotomie postérieure (méthode Laroyenne).

Béthoux (J.). Etude sur un nouveau procédé de révulsion : la vésication par l'iodure de méthyle.

Binet (M.). Le ferment oxydant du lait chez la femme; sa réaction à la paraphénylène-diamine.

Blanc. Des décollements épiphysaires traumatiques de l'extrémité inférieure du tibia.

Bonnet (G.). Etude sur la prophylaxie de la syphilis.

Bourrud (J.). Du vissage des os du bassin avant la macération; technique et résultats.

Boussuge (P.). L'œil sénile.

Bramard. Du rôle du déplissement alvéolaire dans la pneumonie.

Carayon (M.). Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire.

Carpanetti (G.). Sur le paludisme et son étiologie.

Castres (A.). Du genou dans la coxalgie.

Cellerier (V.). De la tuberculose dans l'étiologie de la sciatique; sérodiagnostic.

Chaduc. Etiologie des prolapsus génitaux chez les nullipares.

Chalendar (H.). Des égagropiles ou tumeurs pileuses de l'estomac.

Challaye. Le traitement du placenta prævia pendant le travail.

Chaufour (E.). Contribution à l'étude du traitement de la myopie forte, en particulier par l'extraction du cristallin transparent.

Chevallier (A.). Des indurations plastiques des corps caverneux.

Christine (L.). Pouvoirs publics et tuberculose.

Clarion (J.). Des résultats fonctionnels de la résection de l'omoplate.

Condamin (A.). De l'hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse et les suites de couches; résultats éloignés.

Coudour (P.). Les quarantaines.

Couraud (R.). Contribution à l'étude de la cryogénine.

Cuisinier (L.). Contribution à l'étude du rôle des leucocytes dans l'absorption et le transport du mercure.

Dabat (A.). Les sports du soldat.

Dargein (G.). Traitement des kératites par les injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène et de bi-iodure de mercure.

Dauvergne. De l'apyrexie dans la tuberculose de l'enfance.

Degand. Douleurs exagérées pendant le travail.

Delay (M.). Du traitement chirurgical de la périgastrite, suite d'ulcère de l'estomac.

Déniau (R.). Considérations sur la fécondation; la chimiotaxie joue-t-elle un rôle dans la fécondation chez les animaux? Interprétation des phénomènes de superfécondation et de superfétation.

Dennery (A.). Le linge stérilisé; son emploi contre les infections cutanées des nourrissons.

Dève (P.). Combinaison de la césarienne et de l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers et les fibromes de l'utérus à partir du septième mois de la grossesse.

Diénot (M.). Les déséquilibrés du ventre.

Dornier (M.). De l'homicide conjugal.

Ducarre. Traitement du rhumatisme et en particulier du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par le pyramidon.

Dufaure de Citres (P.). Etude sur le rôle de la paracentèse de la chambre antérieure et de la kératotomie dans la mydriase par l'atropine.

Dumoulin (F.). Contribution à l'étude du rôle de la rate dans les infections.

Favre. Contribution à l'étude de la biologie du pus blennorrhagique.

Fayard (A.). Contribution à l'étude des pleurésies par la méthode fluoroscopique.

Faysse (G.). De la prostatectomie périnéale; étude sur 25 cas personnels.

Fontan (G.). Les dangers de l'injection sous-cutanée de cocaïne et l'innocuité d'un analgésique nouveau : la subcutine.

Fontanilles (P.-E.). Etude clinique sur le cathétérisme cystoscopique des uretères.

Gagnieux (E.). Résultats éloignés de l'opération de la cataracte.

Gaillard. De la tachycardie essentielle dans les affections valvulaires.

Gaulejac (R. de). Contribution à l'étude des luxations pathologiques de la hanche chez les enfants et de leur traitement.

Gentil. L'épaule ballante.

Gerspacher (J.). Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique d'origine tuberculeuse.

Gignier (R.-L.). Le cœur pathologique étudié par la radioscopie orthogonale.

Gillard. De la présence du glucose dans le liquide céphalo-rachidien.

Giuliani (A.). Des tumeurs musculaires de l'estomac.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Heerfordt (C. F.). Undersögelser over catgut, indbragt i forreste öjekammer : om kogt formoliseret catgut (Cunningham, Hofmeister). (*Hospitalstidende*, 13 avril.) — Du catgut bouilli formolisé.

Iovane (A.). Influenza dell'infezione e dell'intossicazione colibacillare acuta e cronica sui gangli nervosi intracardiaci, intragastrici ed intraintestinali; ricerche sperimentali. (*Pediatria*, juin.)

Joannovics (G.). Ueber experimentelle Lebercirrhose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 juillet.)

Kouliabko (A.) et **Alexandrovitch** (Dotchevsky). Quelques recherches relatives à l'action des substances médicamenteuses et des poisons sur les mouvements de l'intestin excisé chez les animaux à sang chaud (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 juin.)

Kuhn (F.). Die Desinfection der Gallenwege. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — La désinfection des voies biliaires.

Léo et **Poirier de Clisson.** Plaie expérimentale du ventricule gauche chez le chien; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Morandi (E.). Ricerche sperimentali sull'infiammazione interstiziale del rene. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

Plumier (L.). Action de l'adrénaline sur la circulation cardio-pulmonaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Varanini (M.). Osservazioni intorno ad alcuni metodi per dosare l'acidità urinaria ed ai rapporti di questa con alcuni elementi del ricambio materiale; note sperimentali e critiche; prima nota. (*Morgagni*, juillet.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Masciangioli (L.). Sulla febbre apiretica. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

Moynac (L.). Manuel de pathologie générale et de diagnostic. 6e éd. annotée par C. Hillemand. T. II. In-8°, 831 p. avec fig.

Ribbert. Ueber gleichzeitige primäre tuberkulöse Infektion durch Darm und Lunge. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Sur l'infection tuberculeuse primitive simultanée par l'intestin et le poumon.

Schmaus (H.). Die Anwendung des Entzündungsbegriffes auf die Myelitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6.) — Inflammation et myélite.

Sivré (A.). Sur les altérations anatomo-pathologiques des organes parenchymateux sous l'influence du sérum hépatolytique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 juin.)

Waldvogel. Autolyse und fettige Degeneration. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.) — Autolyse et dégénérescence graisseuse.

Watson (Ch.). Further facts in favour of an infective element in gout. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juillet.) — Nouveaux faits militant en faveur d'un élément infectieux dans la goutte.

Weisz (E.). Das Verhältnis der Gelenkserkrankung zum Gesamtorganismus. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 juillet.) — Les rapports des affections articulaires avec l'organisme en général.

MÉDECINE

Ebstein (W.). Die Gicht des Chemikers Jacob Berzelius und anderer hervorragender Männer. In-8°, 64 p. avec fig. Stuttgart. — La goutte du chimiste J. Berzélius et de quelques autres hommes éminents.

Edel (P.). Ueber den Einfluss gefässerweiternder Maassnahmen und geeigneter Muskelleistung bei chronischer, interstitieller Nephritis und ihre Bedeutung für die Therapie derselben. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — La vasodilatation et l'exercice musculaire dans le traitement de la néphrite chronique diffuse.

Ferrannini (A.). Le manifestazioni renali della angio-ipotonia costituzionale. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 30 juin.)

Ferry (N. S.). Report of a case of rupture of an aneurysm of the aorta into the lung, with spontaneous recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Rupture d'un anévrysme de l'aorte dans le poumon, suivie de guérison spontanée.

Fischer (Ch. S.). The clinical value of the average analysis of gastric contents. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Galbraith (W. J.). The crisis and treatment of pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 juillet.)

Galli (G.). Significato diagnostico e prognostico del polso paradosso. (*Policlinico*, partie méd., XI, 7.)

Garrod (A. E.). Concerning pads upon the finger joints and their clinical relationships. (*Brit. Med. Journ.*, 2 juillet.) — Sur certaines nodosités des articulations interphalangiennes et sur leur signification nosologique.

Ghelfi (A.). Sul reattivo di Schönbein-Almèn per la ricerca del sangue. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

Heichelheim (S.). Ueber das Vorkommen von langen fadenförmigen (Boas-Oppler) Bacillen in Blutgerinnseln des Mageninhalts und dessen Bedeutung für die Frühdiagnose des Magencarcinoms. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Sur la présence de longs bacilles filiformes dans les caillots sanguins provenant de l'estomac et sa signification pour le diagnostic précoce du cancer gastrique.

Heitz (J.). Pachyméningite hémorrhagique compliquée d'hémorrhagies intrapulmonaires chez un alcoolique porteur d'une cirrhose latente. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Heller (J.). Ueber Phlebitis gonorrhoica. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 juin.)

Homberger (E.). Zur Casuistik der Hämoglobinurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

Honigmann (G.). Beitrag zur Symptomatologie des Magenkrebses und zum Vorkommen der Tetanie bei Magenkrankheiten. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — La symptomatologie du cancer de l'estomac et la coexistence de la tétanie avec les maladies de l'estomac.

James (W. B.). Pneumopericardium. (*Amer. Medicine*, 2 juillet.)

Jellinek (S.). Zur klinischen Diagnose und pathologischen Anatomie des multiplen Myeloms. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.)

Koch (M.). Ueber einen im linken Ventrikel des Herzens eingeheilten eisernen Fremdkörper. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 juillet.) — Corps étranger en fer ayant séjourné dans le ventricule gauche.

Kredel (L.). Ueber die angeborene Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms (Hirschsprung'sche Krankheit). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Dilatation et hypertrophie congénitales du gros intestin.

Leuchs (J.). Ueber die Zellen des menschlichen Eiters und einiger seröser Exsudate. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.) — Sur les éléments cellulaires du pus humain et de quelques exsudats séreux.

Makovsky (I.). Contribution à l'étude des propriétés toxiques du liquide échinococcique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 12 juin.)

Metzger (L.). Zur Casuistik des menstruellen Icterus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

MALADIES INFECTIEUSES

Busck (G.). The influence of daylight in the progress of malaria, more especially in connection with quinine treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Influence de la lumière solaire sur l'évolution de la malaria, en particulier au point de vue du traitement par la quinine.

Flatau (G.). Neuritis optica bei Paratyphus. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juillet.)

Garnier (M.) et **Sabaréanu** (G.). Des variations de poids au cours de la variole; étude clinique et pathogénique. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Gherardi (G.). Necrosi parziale del mascellare superiore sinistro durante il decorso di una febbre infettiva. (*Policlinico*, 16 juillet.)

Gœpfert (R.). 103 cas de scarlatine chez l'enfant. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.)

Goodall (E. W.). The causation, diagnosis, and treatment of perforating ulcer in typhoid fever. (*Lancet*, 2 juillet.)

Guiteras (G. M.). The yellow fever epidemic of 1903 at Laredo, Texas. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 juillet.) — L'épidémie de fièvre jaune observée à Laredo (Texas) en 1903.

Ingals (E. F.). The home treatment of pulmonary tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 9 juillet.)

Iturbe (J. M.). Contribución al estudio de la fiebre amarilla en Venezuela. (*Thèse de Caracas.*) — La fièvre jaune au Vénézuéla.

Jackson (Th. W.). Concerning the invasion period of the malignant (estivo-autumnal) tertian malarial parasite. (*Amer. Medicine*, 9 juillet.)

Jacob (P.). Ueber die Bedeutung der Lungeninfusionen für die Diagnose und Therapie der Lungentuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 et 30 juin et 7 juillet.) — Signification des infusions intra-pulmonaires pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Glück (J.). Ueber die Behandlung der unbemittelten Nervenkranken. (*Pest. med.-chir. Presse*, 26 juin et 3 juillet.) — Du traitement des névropathes indigents.

Herzog. Casuistischer Beitrag zur Lehre von der motorischen Apraxie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

Heveroch (A.). Atrofie svalová typu Charcot-Marie. (*Casopis lékaru ceskych*, 2 et 9 juillet.) — Amyotrophie (type Charcot-Marie).

Hirschl (J. A.). Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. (*Wien. med. Presse*, 3, 10, 17 et 24 juillet.) — Le diagnostic précoce de la paralysie générale.

Hirshberg (L. K.). Pseudobulbar (glosso-pharyngo-labial) paralyses. (*Med. News*, 9 juillet.)

Jacobi (J.). Struma und Tetanie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 juillet.) — Goitre et tétanie.

Kincheloe (J. E.). Hysteria. (*Amer. Practitioner and News*, 15 juin.)

Klien (H.). Ueber Inkoordination der Augenbewegungen nach einer oberflächlichen Gehirnläsion. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6.) — Incoordination des mouvements de l'œil à la suite d'un léger traumatisme du cerveau.

Kutner (R.). Zur Diagnostik des pathologischen Rausches (Störungen der Reflexe). (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juillet.) — Diagnostic de l'ivresse pathologique (troubles des réflexes).

Legry (T.) et **Rouhier** (G.). Hémorrhagie cérébelleuse considérable, survenue sans aucun signe de lésion encéphalique dans les jours qui ont précédé, et ayant entraîné la mort rapide après une heure et demie de convulsions. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Lugaro (E.). Una proposta di terapia chirurgica nella pazzia morale. (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, juillet.)

Mingazzini (G.). La nevrastenia spinale (sessuale). (*Policlinico*, 2 juillet.)

Moreira (J.) et **Peixoto** (A.). A paranoia e os syndromas paranoides. (*Brazil-medico*, 15 mai, 1er et 22 juin.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Greig (D. M.). A case of mycosis fungoides. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.)

Hochsinger (K.). Die Beziehungen der hereditären Lues zur Rachitis und Hydrokephalie. (*Wien. Klinik*, juin.) — Rapports de l'hérédo-syphilis avec le rachitisme et l'hydrocéphalie.

Kraus (A.). Ueber multiple, in Knotenform auftretende, primäre Zellgewebstuberkulose der Haut; ein Beitrag zur Kenntnis der Hauttuberkulose. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 juillet.) — De la tuberculose multiple, nodulaire et primitive du tissu cellulaire souscutané.

Misch (P.). Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 1.) — De la transmission héréditaire de la syphilis.

Schamberg (J. F.). The cutaneous manifestations of syphilis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.)

Sferna. Un caso di tigna favosa senza scutulo. (*Clinica moderna*, 8 juin.)

Swan (J. M.). Visceral syphilis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.)

Thimm (P.). Psoriasis vulgaris der Haut und Schleimhaut; ihre pathologische Stellung und Aetiologie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.) — Le psoriasis de la peau et des muqueuses; classification nosographique et étiologie.

Van der Wijk (J. A.). Iets over een poging tot beteugeling van favus capitis, trichophytia capitis en microsporie bij schoolgaande kinderen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 avril.) — Quelques mots sur une tentative pour combattre le favus, la trichophytie et la microsporie chez les écoliers.

Wildbolz (H.). Ueber Bildung von phosphorsauren und kohlensauren Konkrementen in Haut und Unterhautgewebe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 3.) — Sur la formation de concrétions phosphatiques et carbonatées dans la peau et le tissu cellulaire souscutané.

CHIRURGIE

Depage (A.) et **Mayer** (L.). Die chirurgische Behandlung der Hepatoptose durch Laparektomie und Hepatopexie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.)

Dubar (L.). De la luxation du coude en arrière et de son traitement. (*Echo méd. du Nord*, 3 juillet.)

Durville (H.). Pour combattre les varices, l'ulcère variqueux et le varicocèle. In-18, 36 p.

Ebel (H.). Ueber die Grundlagen der modernen Asepsis. (*Militärarzt*, 27 mai, 17 juin et 8 juillet.) — Principes d'asepsie moderne.

Ehler (F.). Hernia supravesicalis properitonealis. (*Casopis lékaru ceskych*, 16 juillet.)

Eisendrath (D. N.). Extensive subcutaneous laceration of the abdominal muscles. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Rupture sous-cutanée étendue des muscles abdominaux.

Elsberg (Ch. A.). The diagnosis of typhoid perforation and its treatment by operation. (*Med. Record*, 9 juillet.)

Engländer (B.). Noch einige Worte über diffuse Brustdrüsenhypertrophie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Sur l'hypertrophie diffuse de la glande mammaire.

Fabrini (F.). Contributo allo studio dei processi infiammatori suppurativi delle glandole salivari, con speciale riguardo alla loro patogenesi. (*Clinica moderna*, 29 juin.)

François-Dainville. Ostéome du brachial antérieur gauche; névrite traumatique du nerf médian; kératodermie palmaire limitée au territoire cutané de ce nerf. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Gelpke. Ausscheidung von Chloroform durch den Brechakt. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juillet.) — Elimination de chloroforme par les vomissements.

Gilmer (Th. L.). Multiple fracture of the lower jaw, complicated by double fracture of the upper jaw. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 juillet.) — Fractures multiples de la mâchoire inférieure, compliquées d'une fracture double de la mâchoire supérieure.

Hahn (B.). Zwei Fälle von subkutaner Zerreissung des Musculus biceps brachii. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 juillet.) — 2 cas de rupture sous-cutanée du biceps brachial.

Hamilton (Alice). Surgical scarlatina. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Hotchkiss (L. W.). A consideration of the question of drainage in cases of acute appendicitis with spreading peritonitis. (*Med. News*, 2 juillet.)

Huyghe. Deux cas d'hypersécrétions primitives. (*Nord méd.*, 15 juillet.)

Kammerer (F.). Remarks on the radical cure of femoral hernia. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Keen (W. W.). Massage of the heart for chloroform collapse. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.) — Le massage du cœur dans la syncope chloroformique.

Keenan (C. B.). Sarcoma of the tongue; report of a recent case, with analysis of previously recorded cases. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Sarcome de la langue.

Kehr (H.). Die « Choledochusfege ». (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 16 juillet.) — L'écouvillonnage du canal cholédoque.

Kouznetzky (D.). A propos de 60 laparotomies avec emploi de sutures en tendons du renne (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, mai.)

Kreuter (E.). Ueber die Aetiologie der congenitalen Darmatresien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Etiologie des imperforations congénitales de l'intestin.

Küster. Die systematische Bauchlage zur Nachbehandlung septischer Bauchfellentzündungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Le décubitus ventral dans le traitement postopératoire de la péritonite septique.

Latis (M. R.). Resoconto del servizio chirurgicoginecologico dell'Ospedale israelitico di Alessandria (anno 1903). In-4°, 29 p. Alexandrie.

Le Play (A.). Pseudo-tuberculose cæco-appendiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Levchine (L.). Des blessures par balles modernes de petit calibre et enchemisées (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 et 26 juin.)

Lockwood (C. B.). Upon the early microscopical diagnosis of tumours. (*Brit. Med. Journ.*, 2 juillet.) — Du diagnostic microscopique précoce des tumeurs.

Lœwy (R.). Sur la méthode des greffes péritonéales; ses applications. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Lycklama à Nijeholt (H. J.). De behandling van ischaemische contracturen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 mai.) — Traitement des contractures ischémiques.

Madelung (O.). Ueber Verletzungen der Hypophysis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Des lésions traumatiques de l'hypophyse.

Maragliano (D.). Ileo precoce acuto da aderenze, dopo laparotomie asettiche. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juillet.)

Metz (L. M.). Het draaien van het been om zijn lengteas bij breuken van het femur. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 avril.) — La torsion de la jambe autour de son axe longitudinal dans la fracture du fémur.

Meyer (Willy). Aufklappen des Rippenbogens wegen undurchgängiger Narbenstriktur der Speiseröhre. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 2 juillet.) — Volet thoracoplastique pour rétrécissement cicatriciel infranchissable de l'œsophage.

UROLOGIE

Hawley (G. W.). Primary carcinoma of the prostate. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Heinicke (W.). Ueber die ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, und über Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome von Psychosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.) — Sur la réaction ammoniacale de l'urine dans la phosphaturie, et sur la phosphaturie et l'azoturie en tant que signes des psychoses.

Kapsammer (G.). Nierenchirurgie und funktionelle Diagnostik. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 juillet.) — Chirurgie du rein et diagnostic fonctionnel.

Keyes (E. L.). Prognosis and treatment of urethral stricture. (*Med. News*, 9 juillet.)

Krause (F.). Primäre Diphtherie eines Nierenbeckens, durch Operation geheilt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juillet.) — Pyélite pseudo-membraneuse primitive; opération; guérison.

Kümmell (H.). Ueber Frühoperation der Nierentuberculose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — Sur l'opération précoce dans la tuberculose rénale.

Lilienthal (H.). A brief report of four years of genito-urinary work in the second surgical division of Mount Sinai Hospital. (*Med. News*, 18 et 25 juin.) — Compte rendu des opérations pratiquées sur l'appareil génito-urinaire à l'hôpital du Mont-Sinaï [de New-York] dans les quatre dernières années.

Lydston (G. F.). Case of nail in the deep urethra. (*Med. Record*, 25 juin.) — Clou engagé dans l'urèthre postérieur.

OPHTALMOLOGIE

Merrill (C. S.). Eye symptoms indicative of general diseases. (*Albany Med. Ann.*, juillet.) — Symptômes oculaires et maladies générales.

Puccioni (G.). La citologia dell'umore acqueo nelle affezioni del segmento anteriore del globo oculare; nota preventiva. (*Boll. dell'Osped. oftalm. della provincia di Roma*, juin.)

Rollet (E.). Résultats éloignés de l'opération de la cataracte sénile. (*Lyon méd.*, 10 juillet.)

Stärkle (A.). Ueber die Schädlichkeit moderner Lichtquellen auf das Auge und deren Verhütung. (*Arch. f. Augenheilk.*, L, 2.) — Nocivité pour l'œil des modes d'éclairage modernes; prophylaxie.

Suker (G. F.). A consideration of the surgical treatment of chronic Bright's disease from the ophthalmic-standpoint. (*New York Med. Journ.*, 4 juin.)

Villard (H.). Traitement du trichiasis de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Wolff (H.). Ueber meine Vorlagerung des Musculus levator palpebrae superioris bei Ptosis. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 et 16 juillet.) — De l'avancement du muscle releveur de la paupière comme traitement du ptosis.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Calmann (A.). Die Extraktion des hochstehenden Kopfes mit der gewöhnlichen Zange. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juillet.) — L'application du forceps ordinaire au détroit supérieur.

Fellner (O. O.). Tuberkulose und Schwangerschaft. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 juin et 2 juillet.) — Tuberculose et grossesse.

Gräfe (M.). Zur Frage der Aetiologie der Hyperemesis gravidarum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Le Nouëne (L.). Péritonite post-puerpérale à contenu gélatineux. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 juillet.)

Lézine (V.). Anus præternaturalis vaginalis (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 juin.)

Maccagno (E.). Contributo clinico allo studio delle ernie dell'ovaio e della tuba. (*Clinica moderna*, 8, 15 et 22 juin.)

Marx (S.). Occipito-posterior positions. (*Med. Record*, 9 juillet.)

Pascoletti (S.). Contributo alla casuistica ostetrica. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juillet.)

Polak (J. O.). Brief notes on the management of occipito-posterior positions of the vertex. (*Med. Record*, 9 juillet.) — Sur la conduite à tenir dans les présentations occipito-postérieures.

Ramdohr (C. A. von). Hygiene in gynecology. (*Med. Record*, 2 juillet.)

Sippel (A.). Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 juillet.) — Accouchement progressif ou forcé dans l'éclampsie.

Sokolowsky (R.). Larynxtuberculose und künstliche Unterbrechung der Gravidität. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 juillet.) — Tuberculose laryngée et interruption artificielle de la grossesse.

PÉDIATRIE

Evans (E. L.). The treatment of congenital equino-varus during early infancy. (*Lancet*, 9 juillet.)

Hasselbalch (K. A.). Respirationsforsög paa nyfödte börn. (*Bibliotek for Læger*, avril.) — Expériences sur la respiration chez le nouveau-né.

Jundell (I.). Spontane Perforation einer tuberkulösen Bronchialdrüse in die Luftwege, spontane Expektoration derselben, Genesung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 1.) — Perforation spontanée d'un ganglion bronchique tuberculeux dans les voies respiratoires; expectoration spontanée de ce ganglion; guérison.

Le Damany. Deux guérisons de luxations congénitales unilatérales de la hanche. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 2.)

Löhrer. Ein Fall von vollkommener Ausstopfung der Trachea durch verkäste und gelöste Bronchiallymphknoten nach Perforation in den Anfangsteil des rechten Bronchus. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.) — Oblitération complète de la trachée par des ganglions caséifiés ayant perforé la partie supérieure de la bronche droite.

Lorenzelli (E.). Un'epidemia di paralisi infantile. (*Pediatria*, juin.)

Meyer (O.). Ueber den Zusammenhang zirkulärer Caries und zirkulären festhaftenden Belages am Zahnhalse mit Allgemeinkrankheiten des Kindesalters. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 1.) — Corrélation de la carie circulaire et du dépôt circulaire adhérent au collet dentaire avec les affections générales des enfants.

TÉRATOLOGIE

Archambault (J. L.). Congenital atresia in upper third of small intestine; rudimentary state of the whole intestinal tract below. (*Albany Med. Ann.*, juillet.) — Atrésie congénitale du tiers supérieur de l'intestin grêle, avec état rudimentaire de la portion d'intestin située en aval.

Edington (G. H.). Multiple malformations (genito-urinary and skeletal) occurring on one side of the body in a case of atresia ani. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, juillet.)

Reitmann (C.). Ueber einen Fortsatz des Chiasma nervi optici. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.) — Prolongement du chiasma des nerfs optiques.

Schridde (H.). Ueber den angeborenen Mangel des Processus vermiformis; ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte und Anatomie des menschlichen Blinddarmes. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 1.) — Absence congénitale de l'appendice vermiculaire.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Melzi (U.). Ulcération tuberculeuse primitive du cornet inférieur; contribution à l'étude clinique et histologique de la tuberculose nasale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Ménière (E.). Corps étranger animé du conduit auditif externe. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Moure (E.-J.). Considérations sur la thyrotomie. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 4 juin.)

Panse (R.). Die nicht operative Behandlung der Ohrentzündungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.) — Du traitement médical des otites.

Poliansky (N.). Contribution à l'étude de l'hémiglossite (en russe). (*Prakt. Vratch*, 19 juin.)

Scheier (M.). Une blessure rare de la caisse du tympan. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Terry (W. I.). Malignant disease of the larynx; total laryngectomy. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Cancer du larynx; laryngectomie totale.

Voss. Neuer Fortschritt in der chirurgischen Behandlung der otogenen Septicopyämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 juillet.) — Nouveau progrès dans le traitement chirurgical de la pyohémie otogène.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Courtois-Suffit. La coccydynie, accident du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Davis (J. L.). Suicide; with some illustrative cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 juillet.)

Fokker (A. P.) et **Philipse** (A. H.). Een vleeschvergiftiging door bacillus enteritidis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 juillet.) — Botulisme dû au *Bacillus enteritidis*.

Lohr (A.). Ueber einen Fall acuter Chromvergiftung mit spontaner Glykosurie, geheilt durch die von R. von Jaksch empfohlene Magenausspülung mit salpetersaurem Silber. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 juillet.) — Empoisonnement aigu par le bichromate de potasse avec glycosurie spontanée, traité par les lavages de l'estomac au nitrate d'argent.

Mikhaïlov (N.). Du droit d'opérer (en russe). (*Prakt. Vratch*, 22 et 29 mai, 5, 12 et 19 juin.)

Perrin de la Touche. Recherches sur l'identité d'un cheveu; rapport médico-légal. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Seelig (A.). Ueber traumatische Epilepsie in gerichtsärztlicher Hinsicht. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 14, 17 et 21 mars.) — De l'épilepsie traumatique au point de vue médico-légal.

Tardieu (A.). Etude médico-légale sur l'avortement, suivie d'une note sur l'obligation de déclarer à l'état civil les fœtus mort-nés, et d'observations et recherches pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées. 7e éd. In-8°, 337 p.

Thompson (W. G.). Illuminating gas poisoning; a clinical study of 90 cases. (*Med. Record*, 9 juillet.) — 90 cas d'intoxication par le gaz d'éclairage.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Bernheim. Le docteur Liébeault et sa doctrine. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Guende (Ch.). Les origines et l'évolution de la science ophtalmologique; aperçu historique. (*Marseille méd.*, 15 juin et 1er juillet.)

Jantzen (Th.). Af Thomas Bartholins « anatomiske historier ». (*Bibliotek for Læger*, avril.)

Klein (G.). Anatomische Paten : Tubæ Fallopianæ; Glandulæ Bartholini. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — A propos des noms propres de la terminologie anatomique.

GÉNÉRALITÉS

Benedikt (M.). Kristallisation und Morphogenesis; ein literarischer Nachtrag. (*Wien. med. Presse*, 10 juillet.)

Bonne (G.). Die Alkoholfrage in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. 2e éd. In-8°, 67 p. Tubingue. — La question de l'alcool au point de vue de la pratique médicale.

Jourdan (F.). Histoire de l'hospice d'Avranches, depuis son origine jusqu'à nos jours. In-8°, 320 p. Avranches.

Judet de la Combe. Morbidité et mortalité d'un convoi d'immigrants japonais en Nouvelle-Calédonie en 1901-1903. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Rieder (R.). Für die Türkei; Selbstgelebtes und Gewolltes. T. II. In-8°, 509 p. avec fig. Iéna. G. Fischer.

Spire. Notes sur le Tranninh. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Van Eyk (H. H.). De tweetoppigheid der geboortecurve. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 juin.) — De la bigémination de la courbe de natalité.

24e ANNÉE. — N° 38. Vingt centimes le numéro. 21 SEPTEMBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur J. Boeke est nommé privatdocent d'embryologie et d'histogénie.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Otto Hildebrand, professeur à la Faculté de médecine de Bâle, est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. König, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur A. Westphal, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Greifswald, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Pelman, démissionnaire.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Ladislas Reiss, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Lemberg. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires Stanislas Bondzynski (*hygiène*); Vladimir Sieradzki (*médecine légale*).

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Annibale Salomoni, professeur extraordinaire de pathologie externe, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Tommaso Senise, privatdocent, est nommé professeur ordinaire de pathologie interne.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Arturo Marcacci, professeur à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé professeur ordinaire de physiologie.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Ottokar Kukula, professeur extraordinaire de chirurgie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Rostock. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Ernst Ehrich (*chirurgie*), Ulrich Scheven (*psychiatrie*).

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Heinrich Schur (*médecine interne*); Max Reiner (*chirurgie*); Viktor Hanke (*ophtalmologie*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur O. Rembold, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur H. Köbner, ancien professeur extraordinaire de dermatologie à la Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Tito Carbone, professeur extraordinaire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur I. C. Magavli, ancien médecin en chef de l'hôpital ophtalmologique de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur W. R. Pryor, professeur de gynécologie à New York Polyclinic Medical School and Hospital.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE LYON

Grillot. Sérodiagnostic et séropronostic dans la pleurésie tuberculeuse.

Gromier (E.). De l'hyperthermie hystérique.

Grozelier. Lyon en 1630; fragments d'histoire médicale.

Guenot (F.). Contribution à l'étude clinique, anatomo-pathologique et étiologique de la maladie de Friedreich.

Guillet. Pathogénie de l'éléphantiasis.

Guillot. Contribution à l'étude obstétricale des bassins viciés par fracture.

Jacquinot (L.). Histoire de la découverte de la circulation à Lyon.

James. Nouveau procédé d'uréthrotomie externe sans conducteur par la voie latérale.

Joseph dit **Orme** (M.). Contribution à l'étude de l'incontinence d'urine et, en particulier, dans les lésions diffuses de la moelle.

Kliszowski. Stérilisation des eaux destinées à la consommation par l'iode libre à l'état naissant.

Lacomme (L.). Les milieux caféinés en bactériologie; différenciation du bacille d'Eberth et du colibacille.

Ladure. Des péritonites aiguës généralisées par perforation dans l'entérite tuberculeuse.

Lafourcade (Ch.). Du traitement intensif de la syphilis par le bi-iodure de mercure en injection.

Landret (Ph.). L'excitation génitale chez les tuberculeux; ses causes, ses conséquences, son traitement.

Lassablière. Action du sulfure de calcium phosphorescent sur la fermentation lactique.

Levési (J.). Du traitement de certains prolapsus du rectum par les opérations plastiques sur le périnée.

Loup (P.). Contribution à l'étude clinique de la séparation endovésicale de l'urine des deux reins.

Lutrot (L.). Epuration des eaux de boisson en campagne.

Maestraggi (P.). De la pneumonie du sommet.

Magnin (H.). Contribution à l'étude des courbures diaphysaires ostéomyélitiques par destruction partielle du cartilage de conjugaison.

Mairesse (L.). Des restes auditifs chez les sourds-muets.

Mallet (Ch.). Du toucher intra-utérin dans le cas de fibromes.

Maratuech (L.). Actinomycomes (forme néoplasique) des parois abdominales.

Mathieu (C.). Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans les différents processus méningés.

Meynier (D.). La fièvre typhoïde et les eaux à Saint-Claude-sur-Bienne.

Micaud. Des différents modes d'emploi du chlorure d'éthyle en chirurgie dentaire.

Michallon (A.). Sur un procédé de cure radicale de l'ectopie testiculaire inguinale avec hernie.

Moindrot (H.). La ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales.

Moureaux (L.). L'expertise médico-légale dans les cas de mort due à l'oxyde de carbone.

Moutet (A.). Rhumatisme tuberculeux ankylosant; spondylose rhizomélique d'origine tuberculeuse.

Moutet (Anna). Des fibromes gangrenés non pédiculés de l'utérus et de leur traitement.

Muller (R.). Mortalité dans l'hospitalisation infantile.

Nogier. La lumière et la vie; étude des différentes modalités de la lumière au point de vue physique et physiologique.

Nomblot. Filtration des eaux potables par les procédés américains.

Nugue. Colotyphoïde et abcès du foie.

Parot. Contribution à l'étude de la myélite typhique.

Pélissier (R.). Le chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.

Perrenot. Dangers du sublimé en injections intra-utérines.

Petit (M.). Syphilis, nourrices et nourrissons.

Pierrot (C.). De la vaccination du nouveau-né.

Pitre (J.-Ch.). Le crâne ostéomalacique.

Plantier. De la température du nourrisson pendant les règles de la femme qui allaite.

Popoff (C. S.). Contribution à l'étude des luxations traumatiques du genou en dehors.

Prost (M.). Contribution à l'étude de l'anesthésie générale mixte par l'emploi combiné du chlorure d'éthyle et du mélange de Billroth.

Rabaïoye (O.). Dégénérescence cancroïdale des vieilles actinomycoses.

Rapp (G.). Le trismus actinomycosique.

Raynaud (M.). La chlorurie dans les néphrites; sa valeur séméiologique et pronostique; ses relations avec l'œdème brightique.

Rechat. Les eaux thermo-minérales de la boucle de l'Allier.

Renaud. Du plombage iodoformé.

Revel (J.). L'incontinence d'urine nocturne essentielle; son traitement par les injections rétro-rectales de sérum artificiel.

Reynard. Suites éloignées des fractures du scaphoïde.

Rostaing (J.). La valeur thérapeutique du muguet des bois.

Roué (J.). Du trophœdème dans l'hystérie et l'épilepsie.

Roure (H.). Hyperchloruration et déchloruration, spécialement dans l'ascite; applications thérapeutiques.

Sanlaville (R.). Essai sur l'influence de l'ovule fécondé sur l'organisme maternel et sur l'orientation sexuelle de l'embryon.

Schickelé (A.). La galvano-faradisation.

Schirck (J.). Les ectasies géantes du sac lacrymal.

Ségui (F.). Kyste simple du tibia.

Souhet. L'entérite hémorrhagique des nouveau-nés.

Taillasson (E.). De quelques modes d'assistance et de protection du nourrisson; rôle protecteur de l'Etat.

Talichet. De la kératite neuro-paralytique consécutive aux résections du maxillaire supérieur.

Thiers. Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale.

Tournaire (J.). De l'hémiatrophie faciale dans les paralysies du plexus brachial.

Trollat (J.). Du système séparatif dans l'assainissement urbain.

Valentin (P.). Du double souffle intermittent crural et de sa pathogénie.

Vial. Les diverticules de l'œsophage.

Viallier-Raynard. Contribution à l'étude de quelques propriétés physiques des eaux minérales et de l'eau du Rhône.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Diévitzky (V.). Le pigment formaliné et son extraction des tissus (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 12.)

Edinger (L.). Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen und der Tiere. II. Band : Vergleichende Anatomie des Vertebratengehirns. 6e éd. In-8°, 201 p. avec fig. Leipzig. — Anatomie comparée du cerveau des vertébrés.

Laguesse (E.). Développement des lamelles du tissu conjonctif lâche sous-cutané chez le rat. (*Echo méd. du Nord*, 7 août.)

Loeb (L.). The character of chromatophores. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 juillet.)

Moore (A.). Origin of the vermiform appendix; a preliminary report. (*New York Med. Journ.*, 23 juillet.)

Odier (R.) et **Herzen** (A.). Dégénérescence et régénération des terminaisons motrices des nerfs coupés. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Ramström (M.). En undersökning öfver nervfördelningen i främre bukväggen i synnerhet i dess peritoneum. (*Hygiea*, juillet.) — Recherches sur l'innervation de la paroi abdominale antérieure et particulièrement sur celle du péritoine correspondant.

Schaffer (J.). Die oberen cardialen Oesophagusdrüsen und ihre Entstehung, nebst Bemerkungen über Epithelmetaplasie. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 2.) — Les glandes supérieures de la portion de l'œsophage voisine du cardia, et leur origine.

Schwartzenberger (L.). Compendium der normalen Histologie. In-8°, 144 p. avec fig. Berlin.

Sereni (S.). Contributo allo studio delle metacromasie. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXX, 3.)

PHYSIOLOGIE

Cushny (A. A.). On the secretion of acid by the kidney. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.) — Sur la sécrétion d'acide par le rein.

Elliott (T. R.) et **Barclay-Smith** (E.). Antiperistalsis and other muscular activities of the colon. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.)

Hammarsten (O.). Kortfattad lärobok i fysiologisk kemi. In-8°, 350 p. Upsala. — Précis de chimie physiologique.

Henderson (J.). On the relationship of the thymus to the sexual organs. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.)

Jacobsohn (L.). Contribution à l'étude des fonctions du grand épiploon (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 10.)

Langley (J. N.). On the question of commissural fibres between nerve cells having the same function and situated in the same sympathetic ganglion, and on the function of post-ganglionic nerve plexuses. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.)

May (W. P.). The innervation of the sphincters and musculature of the stomach. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.)

Raoult (A.). Note sur l'action des rayons N sur l'audition. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Zilwa (L. de). The composition of pancreatic juice. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bayon (P. G.). Demonstration von Präparaten der normalen und pathologischen Schilddrüse. In-8°, 6 p. Wurtzbourg. — Préparations de corps thyroïde normal ou pathologique.

Francine (A. P.). 8 cases of aneurysm of the innominate artery. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, juin.)

Funke (J.). The carotid body : anatomy, histology, embryology, and tumors arising from it. (*Amer. Medicine*, 16 juillet.) — Sur le corpuscule carotidien.

Gilman (P. K.). 2 cases of multiple saccular aneurysms of the aorta with rupture into the pericardium. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mai.)

Grawitz (P.). Ueber Ulcus rodens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 juillet.)

Halban (J.) et **Tandler** (J.). Zur Anatomie des periurethralen Abscesses beim Weibe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.)

Hart (C.). Beiträge zur Pathologie des Gefässsystems. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 2.) — Sur la pathologie du système vasculaire.

Hofmann (M.). Die Arterien der normalen und skoliotischen Wirbelsäule. In-4°, 20 p. avec fig. Stuttgart. — Les artères du rachis normal et scoliotique.

Hulst (J. P. L.). Beitrag zur Kenntnis der Fibrosarkomatose des Nervensystems. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 2.)

Liepmann (W.). Ueber « Eibildung » in Carcinomen des Ovariums. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 2.) — De l'ovulation dans les cancers de l'ovaire.

Lionti (G.). Contributo all'istologia patologica ed alla patogenesi dei corpi liberi articolari. (*Riforma med.*, 15 juin.)

Sehrt (E.). Zur Kenntnis der fetthaltigen Pigmente. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 2.) — Sur les pigments renfermant des matières grasses.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Ajello (G.), **De Meis** (V.) et **Parascandolo** (C.). Epatotossina; seconda serie di ricerche sulla insufficienza funzionale del fegato misurata colla crioscopia. (*Arch. internation. de chir.*, I, 6.)

Bail (O.). Ueberempfindlichkeit bei tuberkulösen Tieren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 juillet.) — Hyperréceptivité des animaux tuberculisés.

Dehne (R.) et **Hamburger** (F.). Experimentaluntersuchungen über die Folgen parenteraler Einverleibung von Pferdeserum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 juillet.)

Donati (A.). Esperienze intorno agli effetti della legatura dei vasi di un rene nel coniglio; contributo alla quistione delle autonefrotossine. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

Fischer (M. H.). On the production and suppression of glycosuria in rabbits through electrolytes; second communication. (*University of California Publications, Physiology*, I, 12.)

Heymann (F.). Zur Einwirkung der Castration auf den Phosphorgehalt des weiblichen Organismus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.) — Influence de la castration sur la teneur de l'organisme femelle en phosphore.

Jakuschewitsch. Ueber Hämolysine bei entmilzten Tieren. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 3.) — Sur les hémolysines des animaux dératés.

Kaposi (H.). Hat die Gelatine einen Einfluss auf die Blutgerinnung? Kritische und experimentelle Untersuchungen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 3.) — La gélatine exerce-t-elle une influence sur la coagulation du sang?

Ruge (H.). Zur physiologischen Begründung der Massagewirkung beim Kalt- und Warmblüter. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 25 juillet.)

MÉDECINE

Müller (Hermann). Zur Lehre von den angeborenen Herzkrankheiten : Die angeborene Lücke der Kammerscheidewand. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin et 1er juillet.) — L'inocclusion de la cloison interventriculaire.

Noorden (C. von). Bemerkungen über Hyperacidität des Magensaftes und ihre Behandlung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — De l'hyperacidité du suc gastrique et de son traitement.

Nothnagel (H.). Diseases of intestines and peritoneum. (Trad. de l'allemand par H. D. Rolleston.) In-8°, 1032 p. Londres.

Orlovsky (Z.). Contribution au diagnostic du cancer de l'estomac (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 et 12 juin.)

Poliakov (V.). Les mouvements actifs des lymphocytes et leur signification pour le cytodiagnostic (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 11.)

Pommer (G.). Bericht über zwei Fälle von Pulmonalstenose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 juillet.)

Posner (C.). Ueber essentielle Albuminurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

Reichmann (E.). Die inspiratorische Verkleinerung des Pulses (sog. Pulsus paradoxus). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

Richartz (H.). Beitrag zur Lehre von der Tetanie bei Magenerweiterung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — La tétanie dans la dilatation de l'estomac.

Robin (W.). O zachowywaniu sie pepsyny w róznych cierpieniach zoladka. (*Gaz. lekarska*, 2 et 9 avril.) — L'état de la pepsine dans les diverses affections de l'estomac.

Rouslov (I.). Contribution au diagnostic du cancer de l'estomac (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 11.)

Rubino (C.). Sopra un caso di pneumonite traumatica. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

Salzberg (I.). Un cas de fibro-sarcome de l'estomac (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 11.)

Smith (E. E.). The pathologic increase of uric acid. (*Amer. Medicine*, 25 juin.) — L'augmentation pathologique d'acide urique.

Stewart (F. T.). A case of primary typhoid cholecystitis with calculi. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.)

Strauss (H.). Zur Differentialdiagnose zwischen motorischer Insufficienz und Hypersecretion des Magens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 juillet.) — Diagnostic différentiel de l'insuffisance motrice de l'estomac et de l'hypersécrétion gastrique.

Streng (W.). Ueber Polymyositis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

Tabora (von). Grenzwerte der Eiweissausnutzung bei Störungen der Magensaftsecretion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Limites de l'assimilation des albuminoïdes dans les troubles de la sécrétion gastrique.

Van Lier (E. H.). Een zeldzaam geval van aneurysma arteriæ brachialis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 juillet.) — Un cas insolite d'anévrysme de l'artère humérale.

Volhard (F.). Ueber ventrikuläre Bigeminie ohne compensatorische Pause durch rückläufige Herzcontractionen (alternirende Tricuspidalinsufficienz, Pseudosystolia alternans?). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

Wood (H. W.). A case of hyperpyrexia with recovery. (*Med. Record*, 25 juin.)

Zaudy. Erythrozytose (Hyperglobulie) und Splenomegalie. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet.)

Ziegler (V.). Salzsäurehyperacidität im Beginn von Magenkrebs. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — L'hyperchlorhydrie au début du cancer de l'estomac.

Zimnitzky (S.). Lésion tuberculeuse du myocarde (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 12, 19 et 26 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Kachkadamov (V.). Le béribéri (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 juin.)

Kennedy (O. A.). Influenza. (*Amer. Practitioner and News*, 15 juin.)

Kermorgant. Maladies épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Le Moniet. Complications osseuses consécutives à la fièvre typhoïde. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 2.)

Néporojny (S.). Etiologie, diagnostic et sérothérapie de la dysenterie aiguë (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril et mai.)

Netz. Gangrän bei Scharlach. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Complications gangréneuses de la scarlatine.

Petrov (V.). Les leucocytes dans la fièvre typhoïde et dans quelques complications de cette maladie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 et 12 juin.)

Rouffiandis. Note sur l'épidémie de peste de Fou-Tchéou (avril à octobre 1902). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Sacquépée (E.). Dysenterie sporadique finistérienne; sa nature bacillaire spécifique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 2.)

Tayler-Jones (Louise). Dysentery; a report of several cases in which Bacillus dysenteriæ (Shiga) was found in Washington. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 juillet.)

Uffenheimer (A.). Beiträge zur Klinik und Bakteriologie der Angina ulcerosa-membranacea (meist Vincent'sche oder Plaut'sche Angina genannt). (*Münch. med. Wochensch.*, 5 et 12 juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Müller (E.). Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks; ihre Pathologie und Behandlung. In-8°, 395 p. avec planches. Iéna. — La sclérose en plaques du cerveau et de la moelle épinière.

Oppenheim (H.). Zur myasthenischen Paralyse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juillet.)

Pavy (F. W.). On diabetic neuritis. (*Lancet*, 2 et 9 juillet.)

Scheiber (S. H.). Ein Fall von « atypischer » Tetanie mit anfänglichem Gesichtskrampf. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 juin et 2 juillet.) — Tétanie atypique ayant débuté par un spasme de la face.

Schlesinger (E.). Zytologische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Recherches cytologiques sur le liquide céphalo-rachidien.

Schott (A.). Ein Fall von traumatisch entstandener Hämatomyelie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6.)

Schramm (H.). Beitrag zur Lehre von der sogenannten ischämischen Paralyse und Muskelkontraktur. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 et 9 juillet.)

Sniker (P. M.). Ein Fall von luetischer Meningo-Encephalitis mit corticaler (Jackson's) Epilepsie und Verlust des stereognostischen Sinnes. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXX, 3.) — Méningo-encéphalite syphilitique avec épilepsie jacksonienne et perte du sens stéréognostique.

Tedesko (F.). Ueber Knochenatrophie bei Syringomyelie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6.) — De l'atrophie osseuse dans la syringomyélie.

Trombetta (E.). La nevrastenia nell'esercito e nelle scuole. (*Clinica moderna*, 29 juin.) — La neurasthénie dans l'armée et dans les écoles.

Vogt (R.). Sindssygdomme; Melankoli. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.)

Voss (G. von). Zur Kasuistik der Tetanie mit myotonischen Erscheinungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVI, 4-6.)

CHIRURGIE

Michel (L.). Hernie étranglée du mésentère seul. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.)

Mohr (H.). Die Verhütung von Rezidiven nach Karzinomoperationen. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Comment prévenir les récidives du du cancer.

Mori (M.). Das Verhalten des Blutdruckes bei der Lumbalanästhesie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.) — La pression sanguine dans l'anesthésie lombaire.

Neugebauer (F.). Zur Chirurgie des Zwerchfells. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — La chirurgie du diaphragme.

Nordmann (O.). Zur Chirurgie der Magengeschwülste (Carcinom, Sarkom, Tuberculose). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 2 et 4.) — La chirurgie des tumeurs de l'estomac.

Pierre. Pronostic des tuberculoses locales. (*Nord méd.*, 15 juillet.)

Pires da Costa (R.). Sobre o processo de Claudius para a esterilisação do cat-gut. (*Thèse de Lisbonne.*)

Quénu (E.). Des ostéomes de l'intestin. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Ribeiro Santiago (F.). Um caso de ferimento por arma de fogo. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 juin.) — Plaie par arme à feu.

Riedel. Ueber die Catgutnaht bei frischer und bei veralteter Patellafractur. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — De la suture au catgut dans les fractures récentes ou anciennes de la rotule.

Riese (H.). Ueber das Schicksal der in der Bauchhöhle zurückgelassenen Compressen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Ce que deviennent les compresses oubliées dans la cavité abdominale.

Sacquépée (E.) et **Carrive.** Ulcère solitaire perforant du cæcum (ulcère para-appendiculaire). (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 2.)

Sauerbruch. Ueber die physiologischen und physikalischen Grundlagen bei intrathorakalen Eingriffen in meiner pneumatischen Operationskammer. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Théorie physiologique et physique de l'emploi de la chambre pneumatique dans les interventions sur la plèvre.

Sencert (L.). Hernie ombilicale étranglée chez une femme enceinte de six mois; omphalectomie; guérison avec persistance de la grossesse. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 juin et 1er juillet.)

Sheen (W.). Traumatism and hernia. (*Brit. Med. Journ.*, 9 juillet.)

Shoemaker (G. E.). Gangrene of the finger caused by carbolic acid. (*Amer. Medicine*, 9 juillet.) — Gangrène du doigt, due à l'acide phénique.

Stockton (Ch. G.). Abdominal pain from unsuspected irritation at the internal hernial ring. (*Amer. Medicine*, 25 juin.)

Stoner (A. P.). The non-significance of clinical symptoms in determining the pathological conditions of appendicitis. (*Med. Record*, 2 juillet.)

Tietze (A.). Zur Statistik der operativen Behandlung des Mammakarzinoms. (*Therap. Monatsh.*, juillet.)

Tilanus (C. B.). Over de behandeling van fractura olecrani. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 mai.) — Traitement de la fracture de l'olécrâne.

Tvarianovitch (I.). Un cas de plaie pénétrante de l'abdomen, avec blessure de l'intestin grêle (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Vander Veer (E. A.). A case of ruptured intestine with artificial anus, fecal fistula and opening through the scrotum. (*Amer. Medicine*, 2 juillet.) — Rupture de l'intestin, avec anus artificiel, fistule stercorale et ouverture par le scrotum.

Van Gelderen (D. N.). Een subcutaan uitrukken van den musculus indicator. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 juillet.) — Rupture sous-cutanée du muscle extenseur propre de l'index.

Van Stockum (W. J.). Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 2 juillet.) — Le premier pansement sur le champ de bataille.

Villeneuve (R.). L'anesthésie et les anesthésiques usuels : éther, chloroforme, cocaïne, chlorure et bromure d'éthyle, protoxyde d'azote (avec un historique de l'anesthésie). In-8°, 199 p. A. Maloine.

Waterhouse (H. F.). Remarks on chronic gastric ulcer and pyloric stenosis and their treatment by gastro-enterostomy. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juillet.)

Wendel (W.). Zur Chirurgie der Nebennierengeschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Chirurgie des tumeurs des capsules surrénales.

Wyeth (J. A.). Surgical lesions of the axillary plexus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 juin.)

Zahradnicky (F.). Zpráva o 604 kylách v nemocnici nemeckobrodské operovanych. (*Casopis lékaru ceskych*, 23 et 30 avril, 14, 21 et 28 mai, 4, 11, 18 et 25 juin et 2 juillet.) — 604 kélotomies pratiquées à l'hôpital de Nemecky Brod [Bohême].

UROLOGIE

Barth. Ueber Operationen an Hufeisennieren. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.) — Les interventions sur le rein en fer à cheval.

Meyer (Willy). When and how shall we operate for prostatic hypertrophy? (*Med. Record*, 25 juin.) — Quand et comment convient-il d'opérer l'hypertrophie prostatique?

Murphy (J. B.). Prostatectomy; report of 51 cases operated on from May 6th, 1901 to February 26th, 1904. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 mai, 11 juin et 2 juillet.)

Pagenstecher (E.). Ueber Entstehung und Behandlung der angeborenen Blasendivertikel und Doppelblasen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — Pathogénie et traitement des diverticules congénitaux de la vessie ainsi que des vessies cloisonnées.

Posner (C.) et **Cohn** (J.). Zur Diagnose und Behandlung der Azoospermie (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juillet.) — Diagnostic et traitement de l'azoospermie.

Pousson (A.). Traitement chirurgical des néphrites médicales. In-16, 96 p. avec fig.

Rolleston (H. D.) et **Tebbs** (B. N.). On the diacetic acid reaction in the urine, with especial reference to gastric ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juillet.)

Walker (J. W. Th.). The surgical anatomy of the normal and enlarged prostate, and the operation of suprapubic prostatectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 9 juillet.)

Watson (F. S.). The operative treatment of the hypertrophied prostate, with special reference to its evolution, present status, and the choice of operative method and technique. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Westphal (R.). Malarial cystitis. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, juillet.)

Wildbolz (H.). Ueber funktionelle Nierendiagnostik. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juillet.) — Diagnostic fonctionnel du rein.

Zum Busch (J. P.). Die Entfernung der vergrösserten Prostata vom hohen Blasenschnitt aus. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 juin.) — La prostatectomie sus-pubienne pour hypertrophie de la prostate.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Soloviev (Th.). Contribution à l'étude des gros kystes de l'ovaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 juin.)

Taylor (F. E.). On the frequency of aseptic necrobiosis or red degeneration of fibromyomata of the uterus. (*Lancet*, 9 juillet.)

Van Herwerden (M.). Waarneming omtrent het bilirubine-gehalte der gal bij een gravida. (*Nederl Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 juillet.) — Teneur de la bile en bilirubine chez une femme enceinte.

Van Tussenbroek (Mlle C.). Moeten wij de « sterilisatie van de zieke vrouw ter voorkoming van abortus provocatus » als een ethisch gerechtvaardigde operatie erkennen en aanvaarden? (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 juillet.) — Doit-on considérer la castration de la femme malade comme une opération licite?

Vineberg (H. N.). Sterility due to abnormal conditions of the uterus. (*Med. News*, 9 juillet.)

Wells (B. H.). Acute thyroidism following curettage. (*Med. News*, 25 juin.)

Wertheim (E.). Bericht über die von der erweiterten Uteruskrebs Operation zu erwartenden Dauererfolge. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 juillet.) — Les résultats éloignés probables de l'opération complète pour cancer de l'utérus.

West (J. N.). Sterility from vaginal causes. (*Med. News*, 9 juillet.)

Williams (W.). On deaths in childbed: a preventable mortality. (*Lancet*, 18 et 25 juin, 2 et 9 juillet.) — De la mortalité des femmes en couches et des moyens de la diminuer.

Záborszky (S. von). Hyperemesis gravidarum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

PÉDIATRIE

Morquio (L.). La leche descremada ácida (babeurre) en la alimentación y en el tratamiento de los desarreglos gastrointestinales de los niños. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Perrando (J.). Due casi di cirrosi epatica. (*Morgagni*, juillet.)

Petruschky (J.) et **Kriebel** (Mme M.). Experimentelle Untersuchungen über die Ursachen der Sommersterblichkeit der Säuglinge und die Möglichkeit ihrer Verhütung. In-8°, 75 p. avec graphique. Leipzig. — Recherches expérimentales sur la cause de la mortalité infantile estivale et les moyens d'y remédier.

Pezza (F.). Simmetrico e periodico ginocchio di Brodie in un bambino (*Morgagni*, juillet.) — Genou de Brodie symétrique et périodique chez un enfant.

Reyher (P.). Ueber die Ausdehnung der Schleimbildung in den Magenepithelien des Menschen vor und nach der Geburt. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 1.) — De la production de mucus par l'épithélium gastrique avant et après la naissance.

Salge (B.). Ueber den Durchtritt von Antitoxin durch die Darmwand des menschlichen Säuglings. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 1.) — Le passage de l'antitoxine à travers la paroi intestinale chez le nourrisson.

Schaps (L.). Blutbefunde bei Chorea minor und « tic convulsif ». (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 1.) — Recherches hématologiques dans la chorée et dans le tic convulsif.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Besredka. Le sérum antistreptococcique et son mode d'action. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Dukeman (W. H.). Treatment of lobar pneumonia in the adult. (*Med. News*, 16 juillet.)

Gugnoni (E.). L'atropina nelle occlusioni intestinali. (*Gazz. degli Osped.*, 24 juillet.)

Hall (A.). A note on the treatment of multiple warts by the internal use of magnesium salts. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.) — Traitement des verrues multiples par l'usage interne de sulfate de magnésie.

Hoppe (J.). Ueber die Verwendung von Borax bei der Behandlung der Epilepsie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 juillet.) — Du traitement de l'épilepsie par le borax.

Oddo (C.). Comment on doit traiter une phlébite. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Pröbsting. Zur Behandlung der Hämorrhoiden. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Du traitement des hémorrhoïdes.

Rogers (J.). Acute tetanus cured by intraneural injections of antitoxin. (*Med. Record*, 2 juillet.)

Schott (Th.). Diet in chronic heart disease. (*Lancet*, 16 juillet.) — Le régime des cardiaques.

Sobernheim et **Jacobitz**. Ueber Wirkungsweise und Wirkungsgrenzen der antibacteriellen Heilsera. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 juin et 4 juillet.) — Mode et limites d'action des sérums thérapeutiques bactéricides.

Stabler (A.). Iodine and mercury to combat local infections. (*Med. News*, 25 juin.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Heyerdahl (S. A.). 5-aars beretning fra Rigshospitalets Röntgeninstitut. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — Rapport quinquennal sur l'Institut Röntgen de Christiania.

Jodlbauer (A.) et **Tappeiner** (H. von). Ueber die Beteiligung des Sauerstoffes bei der photodynamischen Wirkung fluoreszierender Stoffe. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 juin.) — Rôle de l'oxygène dans l'action photodynamique des substances fluorescentes.

Kienböck (R.). Rapport sur l'état actuel de la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 juillet.)

Marquès (H.). Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 juillet.)

Schein (M.) et **Török** (L.). Behandlung des Hautkrebses mittelst Röntgenstrahlen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 10 et 17 juillet.) — La radiothérapie du cancer cutané.

Stover (G. H.). X ray therapeutics. (*New York Med. Journ.*, 2 juillet.)

BACTÉRIOLOGIE

De Rossi (G.). Sui fenomeni di agglutinazione dei batteri. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 1.)

Jensen (C. O.). Om paratyfus bacillernes forhold. (*Ugeskrift for Læger*, 7 et 14 avril.)

Jundell (I.). Ueber das Vorkommen von Mikroorganismen im Dünndarm des Menschen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIII, 4.) — Présence de microorganismes dans l'intestin grêle de l'homme.

Lanz (O.) et **Tavel** (E.). Bactériologie de l'appendicite. (*Rev. de chir.*, juillet et août.)

Lortat-Jacob (L.) et **Sabaréanu** (G.). Présence de bacilles de Koch dans une endocardite mitrale à processus fibro-calcaire intense, chez un phtisique fibreux. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Macé (E.). Traité pratique de bactériologie. 5e éd. In-8°, 1295 p. avec fig.

Miette (V.). Traité pratique de recherches bactériologiques. In-18, 51 p. avec fig.

Morgan (H. de R.). The presence of bacteria in the organs of healthy animals. (*Lancet*, 2 juillet.) — Présence de bactéries dans les organes d'animaux sains.

Rosenberger (F.). Ueber Agglutination säurefester Bazillen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 2 juillet.) — L'agglutination des bacilles acido-résistants.

Silberschmidt (W.). Die Identifizierung der Tuberkelbazillen bei Mensch und Tier. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juillet.) — Identification des bacilles tuberculeux d'origine humaine et animale.

Stephens (J. W.). On non-flagellate typhoid bacilli. (*Lancet*, 2 juillet.)

Turró (R.). Le glucose dans les cultures du pneumocoque. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Weber (A.) et **Taute**. Zur Frage der Umwandlung der Tuberkelbazillen im Kaltblüterorganismus; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 juillet.) — Sur la transformation des bacilles de la tuberculose chez les animaux à sang froid.

24e ANNÉE. — N° 39. Vingt centimes le numéro. 28 SEPTEMBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Inefficacité du vaccin soumis à un chauffage prolongé.

Il y a deux ans environ, M. le docteur E. Sbriscia, assistant au laboratoire bactériologique de la direction de l'hygiène publique d'Italie, a recommandé le chauffage de 37° à 40° prolongé pendant plusieurs jours comme moyen de détruire les germes étrangers que renferme habituellement le vaccin jennérien. Quelques mois plus tard, cependant, un autre médecin italien, M. le docteur Negri, assistant au laboratoire d'anatomie pathologique de Pavie, fut amené, par des expériences de contrôle, à contester toute valeur pratique au chauffage prolongé du vaccin, celui-ci perdant son efficacité sous l'influence de la chaleur. De son côté, M. le docteur A. Frassi (de Parme) vient d'être également conduit, par des recherches qu'il a poursuivies à cet égard, à rejeter l'épuration rapide du vaccin par le chauffage, selon la méthode de M. Sbriscia.

Opérant en effet avec du vaccin normal, M. Frassi obtint des résultats positifs 313 fois sur 328 vaccinations, soit dans 96 % des cas. Or, le même vaccin, employé après un séjour de quarante-huit heures à la température de 37° à 40°, donna 77 succès seulement sur 118 cas, soit une proportion de 65 % ; enfin, l'inoculation ne fut positive que dans 10 cas sur 86 (11 %) avec du vaccin maintenu à l'étuve pendant quatre jours ; encore a-t-on compté comme positifs, dans ces deux dernières séries, des faits où le virus chauffé n'avait déterminé que des pustules petites, atrophiées et pâles, en somme d'interprétation assez douteuse.

Le chauffage pratiqué en vue de l'épuration bactérienne du vaccin jennérien priverait donc celui-ci de la plus grande partie de son efficacité ; il doit, par conséquent, être définitivement abandonné.

Congrès de la Société italienne de médecine interne en 1904.

Le quatorzième Congrès de la Société italienne de médecine interne se tiendra à Rome du 24 au 27 octobre.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *Les fièvres de cause inconnue ;*
2° *La physico-chimie dans ses rapports avec le diagnostic et la thérapeutique ;*
3° *Les centres des réflexes pupillaires.*

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Eugen Enderlen, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. Hildebrand.

Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Sergius Saltykow (*anatomie pathologique et pathologie générale*) ; Wilhelm Falta (*médecine interne*) ; Ernst Wölfflin (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Budapest. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les privatdocenten Paul Terray (*médecine interne*) ; Julius Eröss (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Rutilio Staderini, professeur extraordinaire d'anatomie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Cracovie. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Vincent Lepkowski, privatdocent d'odontologie.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le professeur Hermann Kossel (de Berlin), est nommé professeur ordinaire d'hygiène, en remplacement de M. Gaffky.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Wilhelm Stöltzner, privatdocent à la Faculté de médecine de Berlin, est nommé professeur extraordinaire de pédiatrie.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Umberto Gabbi, professeur extraordinaire de pathologie interne, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Orazio Modica, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Franz Lucksch est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur Wilhelm Brünings est nommé privatdocent de physiologie.

Vanderbilt University de Nashville. — M. le docteur William Litterer est nommé professeur d'histologie, d'anatomie pathologique et de bactériologie, en remplacement de M. Louis Leroy, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Gombault, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Pauchon, professeur à la Faculté des sciences, ancien suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Le Gal La Salle, ancien député des Côtes-du-Nord. — M. le professeur Niels R. Finsen, ancien prosecteur d'anatomie à la Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur James Jameson, ancien directeur général du service de santé de l'armée anglaise.

AVIS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE MONTPELLIER

Alberti (de). Contribution à l'étude de la tétanie idiopathique.

Alicot. Contribution à l'urologie clinique des maladies mentales: les coefficients urinaires; leur valeur dans les psychoses.

Allavena. De la péritonite aiguë par ulcération d'adénomes gastriques ou duodénaux.

Arnal (A.). De la toxicité des viandes, de celle de porc en particulier. Faut-il empêcher la consommation de cette dernière pendant l'été?

Arnoux. Etude de l'isopral.

Astre. Gravité de la bronchite chez les déformés thoraciques.

Athanassoff. Contribution à l'étude de l'acide hippurique et sa synthèse dans l'organisme animal et chez l'homme normal et malade.

Barbier-Bouvet. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-trachéales.

Barthès. Des vomissements incoercibles de la grossesse et de leur traitement par la ventouse mammaire.

Baslez (L.). Contribution à l'étude de l'omentopexie.

Benoit (R.). Séméiologie de l'insuffisance hépatique.

Bérard. Contribution à l'étude des rapports du cancer et de l'hypertrophie de la prostate.

Bernadac. Du paludisme révélé chez l'enfant à l'occasion d'une maladie aiguë.

Bianchetti (M.). Des ostéo-sarcomes du tarse postérieur.

Blomme. De la valeur thérapeutique du mésotane.

Bonavita (J. F.). Contribution à l'étude du procédé de Schleich pour l'anesthésie locale.

Bordères. Expériences faites en Algérie sur la quinine préventive.

Boso (E.). La clavelée; contribution à l'étude des épithéliomas parasitaires.

Bouisset. Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des lèvres.

Boulet (L.). La hernie par effort devant la jurisprudence française en 1904.

Bousquet (L.). Aspect chirurgical des néphrites chroniques.

Bru (A.). Hystérectomie abdominale par décollation.

Bruneau (A.). Le fibrome des bourses séreuses.

Cantaloube (P.). L'exercice illégal de la médecine et les médicastres des Cévennes.

Cardot (J.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires.

Castagnoni. Rhumatisme articulaire aigu avec arthropathies et déformations articulaires consécutives chez un enfant du premier âge.

Cayla. Essai sur l'emploi du collargol dans le traitement de la variole.

Cazal (A.). 84 cas de coxalgie.

Chavernac. L'œuvre ophtalmologique de Bouisson.

Colomb (H.). Des kystes hydatiques de la nuque.

Constantin. L'hémichorée par lésion organique.

Coste. Des abcès de fixation dans le traitement des varioles graves.

Coste (J.). Des accidents causés par la morsure de l'araignée noire, particulièrement dans la région de Montpellier.

Coustan (M.). Le péril vénérien à Montpellier.

Crébassol. Syndrome anémie pernicieuse dans le paludisme.

Crès. La prétendue orchi-épididymite par effort devant la loi sur les accidents du travail.

Djiritis (P.). Du traitement de l'hydrocèle commune par les injections de glycérine phéniquée.

Dozoul. Contribution à l'étude de l'eczéma de dentition.

Duhamel. De la situation des aliénés dans le comtat Venaissin et en Vaucluse (1681 à 1901).

Durand. L'hystérie traumatique au point de vue médico-légal.

Escarras. La cyanose chez le nouveau né et le nourrisson.

Eyriès. Les idées médicales dans le théâtre contemporain.

Favette (F.). Résultats actuels de la laryngectomie dans le cancer du larynx.

Ferrier. Contribution à l'étude de la théophyéline.

Figarella (M.). De l'action des eaux de Cruzy sur la tension artérielle; leurs effets sur les voies digestives.

Filippi. Contribution à l'étude du traitement des hémorrhoïdes par les courants de haute fréquence.

Forestier. Etude clinique de la péricardite tuberculeuse avec atteinte des autres séreuses.

Gagnière. Nouvelle méthode d'inscription des divers éléments cinématiques du réflexe rotulien.

Gardiol (L.). De l'ostéo-périostite éburnée typhique.

Gau (Ch.). Les kystes hydatiques du ligament large.

Gazet du Chatelier. La fièvre de la dentition et ses rapports avec la fièvre intermittente.

Génova (A. C.). Contribution à l'étude de l'analgésie chirurgicale par la voie rachidienne (1900-1903).

Girard (P.). De la suppression de la camisole de force dans les asiles d'aliénés.

Godlewski. Dystocie du col en dehors des tumeurs.

Guérido. L'aphasie amnésique.

Guigues (B.). La « Leontiasis ossea ».

Guiot (J.). Dégénérescence cancéreuse des vieux foyers d'ostéomyélite.

Helmann (J.). Contribution à l'étude du décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du radius.

Hiteff. Dégénérescence maligne des nævi.

Jaubert. Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire chez l'enfant.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Löhlein (M.). Ueber Peritonitis bei eitriger Lymphangioitis des Ductus thoracicus. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 2.) — La péritonite dans l'inflammation suppurée du canal thoracique.

Marchetti (G.). Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der Nebennieren. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 2.) — Sur l'anatomie pathologique des capsules surrénales.

Reinsberg (V.). Tuberculosis myocardii. (*Casopis lékaru ceskych*, 6 août.)

Scharffenberg (J.). Farvefaste (haptokrome) legemer — « Schrön's legemer » — paavist i en tuberkulös halsglandel. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.) — Présence des corpuscules acido-résistants de Schrön dans un ganglion tuberculeux du cou.

Tugendreich (G.). Beiträge zur pathologischen Anatomie der Magendarmkrankheiten des Säuglings; erste Mitteilung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 1-3.) — Sur l'anatomie pathologique des affections gastro-intestinales du nourrisson.

Zieler (K.). Ueber die unter dem Namen « Paget's disease of the nipple » bekannte Hautkrankheit und ihre Beziehungen zum Karzinom. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 2.) — Sur la maladie de Paget et ses rapports avec le cancer.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Breitman (M.). Le cœur en tant qu'organe musculaire avec localisation déterminée des fonctions (à l'égal des centres du système nerveux); la loi de synergie et de dysergie; sur le diagnostic clinique de la localisation du processus morbide dans le myocarde (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 et 26 juin.)

Kothe (R.). Studien über die Temperatur erkrankter und hyperämisierter Gelenke. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 août.) — Recherches sur la température des articulations malades et soumises à la stase artificielle.

Kullmann. Ueber Hämolyse durch Carcinomextracte. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

Meltzer (S. J.). Edema; a consideration of the physiologic and pathologic factors concerned in its formation. (*Amer. Medicine*, 23 juillet.)

Mendez (J.). Theoria da immunidade. (*Brazil-medico*, 8 juillet.)

Pfaundler (M.). Ueber Kalkadsorption und Rachitistheorien. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 et 30 juillet et 6 août.)

Talbot (E. S.). Pathogeny of osteomalacia or senile atrophy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 juillet.)

Zabolotny (P.). Sur l'existence d'un fixateur dans l'organisme de l'animal possédant une immunité naturelle (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 juin.)

MÉDECINE

Abram (J. H.). Heart lesions : some points in their diagnosis and treatment. (*Lancet*, 6 août.) — Diagnostic et traitement des lésions cardiaques.

Arquembourg (L.) et **Minet** (J.). Lésions trophiques des ongles des orteils chez un saturnin. (*Echo méd. du Nord*, 7 août.)

Aspelin (E.). Naagra ord om den saa kallade Morbus Banti. (*Hygiea*, juillet.) — Quelques mots sur la maladie dite de Banti.

Aubry (P.). De l'asystolie primitive d'origine rhumatismale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 30 juillet.)

Bäumler. Ueber den Einfluss von Anomalien des Brustskeletts auf den Perkussionsschall der Lunge und auf die Lage des Herzens. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juillet.) — Influence des anomalies du squelette thoracique sur le son de percussion pulmonaire et sur la situation du cœur.

Beattie (J. M.). Acute rheumatism. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Benigni (Edvige). Persistenza della vena ombellicale nell'adulto. (*Gazz. degli Osped.*, 17 juillet.)

Boucaud (Ch.). De l'acclimatement des Européens; le gros foie des pays chauds. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 et 17 juillet.)

Bradford (J. R.). On Bright's disease and its varieties. (*Lancet*, 16, 23 et 30 juillet et 6 août.)

Burgerhout (H.). De alimentaire glycosurie als teeken van leverinsufficiëntie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 août.) — La glycosurie alimentaire en tant que signe d'insuffisance hépatique.

Burwinkel (O.). Ueber den akuten Gelenkrheumatismus. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1[er] août.) — Sur le rhumatisme articulaire aigu.

Castelain (F.) et **Surmont** (H.). Urémie cérébrale grave au cours d'une néphrite diphtérique ignorée; guérison après ponction lombaire; observations et réflexions. (*Echo méd. du Nord*, 17 juillet.)

Chatilov (P.). De l'origine des bruits continus (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 10 et 17 juillet.)

Cozzolino (O.). Su di una rara forma di cardiopatia congenita. (*Gazz. degli Osped.*, 17 juillet.)

Engel (K.). Ueber die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes bei Krebskranken. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1[er] août.) — De l'abaissement du point de congélation du sang chez les cancéreux.

Faber (K.). Studier over den kroniske gastritis : de Einhorn'ske maveerosioner. (*Hospitalstidende*, 20 juillet.) — Etude sur la gastrite chronique : les érosions gastriques d'Einhorn.

Fisher (Th.). A fatal case of cyanosis with enlarged spleen. (*Brit. Med. Journ.*, 23 juillet.) — Un cas mortel de cyanose avec splénomégalie.

Frölich (Th.). To tilfælde af hereditær, familiær, kongenital (?) nefrit. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Germani (A.). Della colorabilità delle emazie col bleu di metilene nelle anemie. (*Gazz. degli Osped.*, 31 juillet.)

Grawitz (E.). Neuere Erfahrungen über die Therapie der perniciösen Anämien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 et 28 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Adler (R.). Drei Tuberkulin-Todesfälle. (*Prag. med. Wochensch.*, 28 juillet.) — 3 cas de mort dus à la tuberculine.

Besredka et **Dopter**. Contribution à l'étude du rôle des streptocoques au cours de la scarlatine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Bindi (F.). Sulla cosí detta malaria larvata. (*Clinica moderna*, 6 juillet.)

Blum (C. A.). Tuberkulosens overförelse fra menneske til menneske. In-8°, 105 p. Copenhague. — La transmission de la tuberculose d'homme à homme.

Bonardi (B.). L'attuale valore dell'inoscopia. (*Gazz. degli Osped.*, 24 juillet.)

Cesare (G.). Le inspirazioni anormali nella diagnosi precoce della tubercolosi polmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 17 juillet.)

Cole (C. S.). Personal experience in the treatment of typhoid fever. (*Med. News*, 23 juillet.)

Conradi (H.). Ueber Mischinfektion durch Typhus- und Paratyphusbazillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 août.)

Czerno-Schwarz (B.). Die Bedeutung der bacteriologischen Methode für die Diphtheriediagnose. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 1-3.) — Valeur des procédés bactériologiques pour le diagnostic de la diphtérie.

De Silvestri (E.). Tubercolosi polmonare migliorata in seguito ad erisipela. (*Progresso medico*, III, 10.)

Gessner (W.). Ist von Behring's Tuberkulosetheorie vom rein klinischen Standpunkt aus begründet? (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 6 août.) — La théorie de M. von Behring sur la tuberculose est-elle justifiée au point de vue purement clinique?

Goldschmidt (J.). Die Tuberkulose; ihre Aetiologie, Prophylaxis und Therapie. In-8°, 81 p. Leipzig. F. C. W. Vogel.

Groff (G. G.). Observations on smallpox prevailing in Pennsylvania since 1898. (*Amer. Medicine*, 16 juillet.) — Remarques sur l'épidémie de variole sévissant en Pensylvanie depuis 1898.

Hartsock (F. M.). The dysentery of the tropics, with special reference to our insular possessions. (*New York Med. Journ.*, 16 juillet.)

Herzog (M.). A fatal infection by a hitherto undescribed chromogenic bacterium: *Bacillus aureus fœtidus*. In-8°, 16 p. avec fig. Manille.

Hughes (H.). Die Aufhellung tuberkulös-infiltrierter Lungenteile. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 8 août.) — Retour de la sonorité normale au niveau des zones pulmonaires atteintes d'infiltration tuberculeuse.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Abrams (A.). The concussional vertebral reflexes. (*Amer. Medicine*, 16 juillet.)

Aldrich (Ch. J.). Tic. (*Med. Record*, 30 juillet.)

Alessi (U.). L'anatomia patologica e il delirio acuto (cefalopatia parenchimale acuta diffusa?). (*Riforma med.*, 27 avril.)

Altschul (W.). Ueber Suggestivtherapie bei funktioneller Neurose. (*Prag. med. Wochensch.*, 4 et 11 août.)

Andersson (J. A.). Ein Fall von Myotonia congenita. (*Wien. med. Presse*, 7 août.)

Bach (L.). Wie verhält sich die Pupille bei der typischen reflectorischen Pupillenstarre? (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — Comment se comporte la pupille dans le signe d'Argyll-Robertson typique?

Bailey (P.). The sequelæ of typhoid fever in the nervous system. (*New York Med. Journ.*, 16 juillet.)

Casarini (A.). Sul mancinismo vasomotorio. (*Nuovo raccoglitore med.*, juin.)

Chaïkevitch (M.). Sur la rigidité névropathique de la colonne vertébrale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 10.)

Clark (L. P.). Notes on some uncommon forms of nervous diseases. (*Med. Record*, 23 juillet.)

Clouston (T. S.). Clinical lectures on mental diseases. 6e éd. In-8°, 752 p. Londres.

Dana (Ch. L.). Eye-strain and the psychoses. (*Med. News*, 30 juillet.) — Asthénopie et psychose.

Dogadkine (E.). Un cas d'affection aiguë de la moelle avec guérison complète (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

Eitelberg (A.). Ohrensausen bei progressiver Paralyse. (*Wien. med. Presse*, 17 juillet.) — Des bourdonnements d'oreille dans la paralysie générale.

Evensen (H.). Dementia præcox; ungdomsaarenes sindssygdomme. 1re partie. In-8°, 300 p. avec fig. Christiania.

Gay (M.). Fra i reattivi dell'incoordinazione dei movimenti; fenomeni «del piede sollevato» e cause che lo influenzano. (*Gazz. degli Osped.*, 24 juillet.)

Grasset (J.). La force de situation fixe. (*Revue scientifique*, 9 juillet.)

Harris (W.). Post-diphtheritic chronic bulbar paralysis. (*Lancet*, 23 juillet.)

Jones (R.). The relation of inebriety to insanity and its treatment. (*Lancet*, 6 août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bogrow (S. L.). Das Rhinophyma und seine Behandlung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 août.)

Campbell (R. R.). The consideration of late hereditary syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 juillet.)

Corlett (W. Th.). Prurigo (Hebra) as observed in the United States. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 juillet.)

Gottheil (W. S.). Acne keratosa. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet.)

Lieberthal (D.). A case of Darier's disease, «psorospermose cutanée folliculaire végétante» or keratosis follicularis (White). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 juillet.)

McDonnell (R. A.). Falling of the hair. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet.) — De la chute des cheveux.

McKelway (J. I.). Lentigo: unilateral distribution. (*New York Med. Journ.*, 30 juillet.)

Moreira (J.) et **Austregesilo**. Contribuição ao estudo da bouba brazileira. (*Brazil-medico*, 1er et 8 juillet.) — Sur le frambœsia.

Pasini (A.). X-Zellen und hyaline Körperchen im Hautepitheliom. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.) — Les cellules X et les corpuscules hyalins de l'épithélioma cutané.

Proksch (J. K.). Beiträge zur Geschichte der Syphilis. In-8°, 54 p. Bonn.

Romanovsky (N.). Un cas rare d'infection syphilitique (*syphilis insontium*) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 juillet.)

Tceitline (V.). Un cas de néphrite syphilitique (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

Topalov (S.). Contribution à l'étude de la syphilis maligne (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

Vaughan (P. T.). Syphilitic manifestations in the nose and pharynx. (*New York Med. Journ.*, 23 juillet.)

Voronov (A.). Traitement du favus du cuir chevelu (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, juillet.)

PARASITOLOGIE

Busquet (P.). De la trypanosomose fébrile de l'homme ou maladie de Dutton. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17, 24 et 31 juillet.)

Flöystrup (A.). Et tilfælde af trikinosis med dödeligt udfald. (*Ugeskrift for Læger*, 30 juin.) — Trichinose mortelle.

Gilbert. Ueber Actinomyces thermophilus und andere Aktinomyceten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 3.)

Hodges (A. D. P.). Sleeping sickness: a résumé. (*Lancet*, 30 juillet.) — La maladie du sommeil.

Leonardi (E.). Anchilostomiasi ed anguillulosi. (*Gazz. degli Osped.*, 17 juillet.)

Petersen (Th.). En trikinoseepidemi. (*Ugeskrift for Læger*, 14 juillet.)

Prowazek (S.). Entamœba buccalis n. sp.; vorläufige Mitteilung. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXI, 1.)

Wright (J.). Actinomycosis of the tonsils, with some remarks on the portals of infection. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

CHIRURGIE

Adler (L. H.). A consideration of some of the methods to be pursued in the diagnosis of the diseases of the rectum and anus. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.) — Sur les procédés de diagnostic des maladies du rectum et de l'anus.

Albers (E. M.). Compound comminuted fracture of the spinal vertebræ, extending from the second lumbar to the base of the sacrum, exposing cauda equina; operation and recovery. (*Texas Med. Journ.*, juillet.)

Alessandri (R.). Artrosinovite tubercolare bilaterale grave ed estesa del ginocchio, guarita colla resezione da un lato e l'artrectomia dall' altro; con considerazioni sulla patogenesi e sul trattamento delle tubercolosi articolari. (*Policlinico*, partie chir., XI, 7.)

Appel. Zur Frage nach dem Schicksal verschluckter Fremdkörper. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juillet.) — Sur le sort des corps étrangers déglutis.

Arnsperger (L.). Ueber die mit Gallensteinsymptomen verlaufende chronische Pankreatitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Sur la pancréatite chronique simulant la lithiase biliaire.

Baldassari (L.). I lembi siero-muscolari nell'emostasi epatica e splenica. (*Riforma med.*, 6 juillet.)

Barth. Ueber indurative Pankreatitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.)

Bataille (Ch.). Ostéomyélite du tibia; résection de la diaphyse; régénération de l'os. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juillet.)

Beer (E.). Intrahepatic cholelithiasis. (*Med. News*, 30 juillet et 6 août.)

Betagh (G.). Due casi di flemmone ligneo tardivo a lento decorso, in operati di erniotomia radicale alla Bassini e guariti di prima intenzione. (*Policlinico*, 6 août.)

Bichat (H.). Le traitement chirurgical des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.)

Biélikov (A.) et **Bauer** (B.). Contribution à l'étude des corps étrangers enclavés dans le périnée (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 juillet.)

Bierring (W. L.) et **Albert** (H.). Secondary manifestations of hypernephromata. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 juillet.)

Bissell (J. B.). The treatment of tuberculous testicle. (*Med. News*, 16 juillet.)

Bobbio (L.). Sopra un caso di aneurisma spontaneo dell'arteria tibiale posteriore. (*Policlinico*, partie chir., XI, 7.)

Borchardt (M.). Zur Pathologie und Therapie des Magenvolvulus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.) — Pathologie et traitement du volvulus de l'estomac.

Brauer (L.). Die Ausschaltung der Pneumothoraxfolgen mit Hilfe des Ueberdruckverfahrens. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 3.) — La surpression pour éviter les inconvénients du pneumothorax.

Brick (J. C.). The diagnosis and treatment of fistula in ano. (*New York Med. Journ.*, 23 juillet.)

Briggs (C. E.). The extraperitoneal relations of the appendix vermiformis to the posterior surface of the cæcum, with the report of a form hitherto undescribed. (*Med. News*, 16 juillet.)

Brüning (F.). Ueber offene Wundbehandlung nach Transplantationen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 30 juillet.) — Traitement à ciel ouvert des plaies recouvertes de greffes cutanées.

Cestero (R.). Un caso de imperforación anorectal; proctoplastia. (*Bol. de la Asoc. méd. de Puerto Rico*, juin.)

Chiadini (M.). Un caso di stenosi unica tubercolare dell'ileo. (*Gazz. degli Osped.*, 24 juillet.)

Davrinche. Des paralysies dites post-anesthésiques ou post-opératoires. (*Echo méd. du Nord*, 7 août.)

Davydov (N.). Un cas de disjonction entre les portions osseuses des côtes et leurs cartilages, lié au scorbut (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3 juillet.)

Delanglade (E.). Luxations traumatiques de la hanche; manœuvres de réduction dans le décubitus ventral. (*Marseille méd.*, 1er août.)

Divavine (L.). Contribution à la symptomatologie et au diagnostic des kystes du foie, d'origine non parasitaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 12.)

Doberauer (G.). Ueber Behandlung schwerer komplizierter Frakturen mit Aufklappung und temporärer Vorlagerung der Fragmente. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juillet.) — Traitement des fractures compliquées par la libération et l'exposition temporaire des fragments.

Dodine (M.). Extraction des corps étrangers des voies respiratoires (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3 et 10 juillet.)

Fenger Just (P. A.). Et tilfælde af intermitterende tyndtarmsinvagination. (*Hospitalstidende*, 29 juin.) — Invagination intermittente de l'intestin grêle.

Fischer (G.). Zur Luxation des I. Metatarsalknochens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.)

Footner (J. B.). A case of excision of the cæcum; recovery. (*Lancet*, 23 juillet.)

François-Dainville. Tuberculose verruqueuse de la langue. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Friedrich (E. P.). Ueber die chirurgische Behandlung der otogenen eitrigen Zerebrospinalmeningitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 août.)

Fuchs (H.). Ueber Jod-Katgut. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juillet.)

Gaudier (H.) et **Bachman**. Vaste résection crânienne dans un cas de tuberculose infiltrée progressive. (*Echo méd. du Nord*, 24 juillet.)

Gebhart (E.). Die Enterostomie in der Prophylaxe und Therapie der Peritonitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.)

Gies (W. J.). Metabolic changes caused by external hemorrhage. (*Amer. Medicine*, 23 juillet.)

Goullioud (P.). De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux. (*Lyon méd.*, 24 et 31 juillet.)

Graser (E.). Ueber traumatische Leberruptur mit späterer Ausstossung grosser Lebersequester. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.) — Rupture traumatique du foie avec élimination consécutive de volumineux séquestres hépatiques.

Hacker (von). Zur prophylaktischen Blutstillung bei der Trepanation. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 23 juillet.) — L'hémostase préliminaire dans la trépanation.

Haggard (W. D.). A study of intestinal perforation and peritonitis in typhoid fever, with a report of 3 successful operations, and a statistical investigation of 295 operative cases. (*Med. Record*, 16 juillet.)

UROLOGIE

Allen (E. S.). Pathological product of the urine and their significance. (*Amer. Practitioner and News*, 1er juillet.)

Beck (Carl). Zur Technik der Dislocierung der Harnröhre bei der Hypospadie und anderen Defekten und Verletzungen der Harnröhre. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.) — Technique du déplacement de l'urèthre dans l'hypospadias ainsi que dans certaines autres malformations et lésions de l'urèthre.

Bogoljuboff (W.). Die Resection des Nebenhodens bei der Tuberculose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.) — Epididymectomie pour tuberculose.

Cragin (E. B.). Pyelitis complicating pregnancy. (*Med. Record*, 16 juillet.) — Pyélite compliquant la grossesse.

Dreyer. Ueber Enterokokkenurethritis. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 7.)

Freyer (P. J.). 110 cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. (*Lancet*, 23 juillet.)

Fürstenheim (W.). Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatakarzinoms, mit besonderer Berücksichtigung der Bottini'schen Operation als Palliativverfahren. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 4, 7, 11, 14, 18 et 21 juillet.) — Le diagnostic précoce et le traitement chirurgical du cancer de la prostate; valeur de l'opération de Bottini en tant que procédé palliatif.

Gelpke. Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Sur le traitement chirurgical de la néphrite chronique.

Goodfellow (G.). Median perineal prostatectomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet.)

Guimarães (A.). Calculos da região anterior da urethra. (*Gazeta clinica*, juillet.)

Herhold. Ein Fall von subcutaner Ureterverletzung, Heilung durch Nierenexstirpation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.) — Lésion traumatique sous-cutanée de l'uretère; néphrectomie; guérison.

Keyes (E. L.). Does gonorrhea cause prostatic hypertrophy? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet.)

Lendorf (A.). Om blærepapillomernes bygning. (*Hospitalstidende*, 27 juillet.) — Sur la structure des papillomes de la vessie.

Mariani (C.). Proposta di nefropessi col passaggio attraverso al rene del periostio della 12a costa resecata; nota sperimentale preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 31 juillet.)

Oddo et **Silhol**. Complications urinaires de l'appendicite. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Oerum (H. P. T.). Et tilfælde af Bence-Jones albumosuri. (*Ugeskrift for Læger*, 9 juin.)

Reale (E.). Bedeutung des Paraglobulins im Urin für die Diagnose der Amyloiddegeneration der Nieren. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 juillet.) — Valeur de la paraglobuline urinaire pour le diagnostic de la dégénérescence amyloïde du rein.

Rivet (A.). Considérations sur le rein polykystique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 août.)

Rosenstein (P.). Klinische Erfahrungen über die Dekapsulation der Nieren beim Morbus Brightii. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 juillet.) — Recherches cliniques sur la décapsulation du rein dans le mal de Bright.

Schaldemose (V.). Studier over blærepapillomernes bygning og natur. (*Thèse de Copenhague.*) — Recherches sur la structure et la nature des papillomes de la vessie.

Voit (F.) et **Salvendi** (H.). Zur Kenntnis der Bence-Jones'schen Albuminurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juillet.)

Willcox (W. H.). The use of phenylhydrazin in the clinical examination of urine. (*Lancet*, 23 juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Bourgeois (A.). Exposé des méthodes destinées à empêcher le développement de la myopie scolaire. In-8°, 8 p.

Elschnig. Zur Levatorvornähung. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 juillet.) — Sur l'avancement du releveur [de la paupière].

Ginestous (E.). Dacryocystite ancienne; ulcération traumatique de la cornée; kératite suppurative (accident du travail). (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Gonin. La pathogénie du décollement spontané de la rétine. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Hall (W. H.). On the education of visual centres. (*Lancet*, 23 juillet.)

Holden (W. A.). The eye symptoms of hysteria, neurasthenia and the traumatic neuroses. (*Med. News*, 30 juillet.) — Les signes oculaires de l'hystérie, de la neurasthénie et des névroses traumatiques.

Matys. Conjunctivitis zvaná Parinaud'ova. (*Casopis lékaru ceskych*, 23 et 30 juillet.)

Nuel (J. P.). La vision. In-18, 380 p. avec fig.

Oliver (Ch. A.). Sketch of the external appearances of uveitis from congenital syphilis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Posey (W. C.). Palsy of the extraocular muscles in exophthalmic goitre, with the report of a case. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Paralysie des muscles extrinsèques de l'œil dans le goitre exophtalmique.

Scrini. Précis de thérapeutique oculaire. In-8°, 340 p. avec fig.

Sym (W. G.). Metastatic gonorrhœal ophthalmia. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Wicherkiewicz. Du glaucome post-opératoire (après l'opération de la cataracte). (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bernd (L. H.). Lilliputian delivered of a living child by cæsarean section. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.) — Opération césarienne chez une naine.

Bourland (Ph. D.). Pelvic abscess; a case report with comments. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 juillet.)

Bovée (J. W.). Uretero-lithotomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Bürger (O.). Zur Aetiologie des Prolapsus uteri. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.)

Chidichimo (F.) et **Dramisino** (A.). Parto spontaneo a termine in donna tubercolotica paraplegica. (*Ginecologia*, 15 juillet.)

De Paoli (G.) et **Gioelli** (P.). Klinisch-bakteriologische Untersuchungen über Icterus gravis bei einer Schwangeren. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.) — Recherches cliniques et bactériologiques sur l'ictère grave des femmes enceintes.

Edgar (J. C.). The preventive treatment of pelvic floor lacerations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Traitement préventif des déchirures du périnée.

Fränkel (M.). Die Theorien der Eklampsie. (*Wien. med. Wochensch.*, 9, 16 et 23 juillet.)

Fuchs (O.). Spontane Ventrifixation des Uterus als Ursache schwerer Nachgeburtsstörung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 juillet.) — Adhérences post-opératoires entre l'utérus et la paroi abdominale (hystéropexie abdominale spontanée) en tant que cause de troubles graves de la délivrance.

Gallant (A. E.). The treatment of gonorrheal peritonitis in females — young and older. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Gibelli (C.). Beitrag zum Studium der Cysten an den breiten Mutterbändern. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.) — Sur les kystes du ligament large.

Grandin (E. H.). The treatment of post-operative peritonitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Hammerschlag. Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre vom Chorionepitheliom. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 2.)

Heinricius (G.). Ein Fall von Endothelioma lymphaticum ovarii. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.)

Heinsius (F.). Die Heissluftttherapie bei Frauenkrankheiten. (*Berlin. Klinik*, août.) — L'emploi thérapeutique de l'air chaud en gynécologie.

Hüe (F.). Kystes dermoïdes des deux ovaires chez deux sœurs. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juillet.)

Hughes (Helen). A consideration of some points in obstetrics. (*New York Med. Journ.*, 30 juillet.)

Jeanne. A propos de la syphilis tertiaire péri-utérine. (*Normandie méd.*, 1er août.)

Johansen (A.). Om selvinfektion under födslen. (*Hospitalstidende*, 18 mai, 8, 15, 22 et 29 juin.) — De l'auto-infection puerpérale.

Jones (H. M.). Tuberculosis of the female genitalia; a brief résumé of our present knowledge. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Keilmann (A.). Hyperämie als Heilmittel in gynäkologischem Gebiete. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 juillet.) — L'hyperémie [passive] comme moyen thérapeutique en gynécologie.

Kleinhans (F.). Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitaltractes. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 2.) — Sur les adénomyomes de l'appareil génital de la femme.

Kneise (O.). Zur Kenntnis der reinen Septikämie; zugleich ein Vorschlag zu einheitlicher Einteilung und Benennung septischer Wunderkrankungen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.)

Kreutzmann (H. J.). Transverse supra-pubic division of the skin applied for the simultaneous performance of intra-abdominal (intra-pelvic) work, and of inguinal shortening of the round ligaments. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Incision cutanée transversale sus-pubienne permettant à la fois d'aborder les organes pelviens et de pratiquer le raccourcissement inguinal des ligaments ronds.

24e ANNÉE. — N° 40. Vingt centimes le numéro. 5 OCTOBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Fribourg. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Eugen Fischer, privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Ernst Schultze, privatdocent à la Faculté de médecine de Bonn, est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur L. Brauer, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Heidelberg, est nommé professeur extraordinaire de médecine interne.

Faculté de médecine de Moscou. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires S. I. Tchirvinsky (*pharmacologie*); V. S. Goulévitch (*chimie physiologique*).

Faculté de médecine de Tubingue. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Karl Bürker, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à M. le docteur August von Reuss, professeur extraordinaire d'ophtalmologie.

Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Friedrich Schlagenhaufer (*anatomie pathologique*); Max Neuburger (*histoire de la médecine*).

Owens College de Manchester. — M. le docteur James Lorrain Smith, professeur à Queen's College de Belfast, est nommé professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique.

Miami Medical College de Cincinnati. — M. le docteur Franklin H. Lamb est nommé lecteur de physiologie.

Cornell University Medical College de New-York. — M. le docteur Adolf Meyer est nommé professeur de psychiatrie, en remplacement de M. Allan McLane Hamilton, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Fayel, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Caen. — M. le docteur William Lee Dickinson, lecteur de médecine légale et de toxicologie à St. George's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur John Lilly Lane, lecteur d'obstétrique au Carmicheal College de Dublin.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1903), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE MONTPELLIER

Jolieu. Le *decubitus acutus* post-opératoire en gynécologie.

Komarova (Mlle A.). Quelques considérations sur le délire de rêve au point de vue étiologique.

Koucheff. De la valeur diagnostique comparée de la division des urines et du cathétérisme des uretères.

Kypriotis (A.). De l'intervention chirurgicale dans le carcinome de la joue.

Léquyer. Contribution à l'étude de la chorée gravidique.

Maccario. 36 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen; réflexions qui en découlent.

Malachier. De la mort par le cœur chez les tabétiques.

Malaussène. Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif de l'urèthre chez l'homme.

Marcantoni (F.). Contribution à l'étude de l'enchondrome de la main.

Martin (E.). Contribution à l'étude de l'infection typho-grippale.

Matheron (G.). Des kystes hydatiques supposés primitifs de la plèvre.

Mattei (J.-F.). Un cas de spina bifida cervical, avec examen histologique.

Mazen (L.). Contribution à l'étude de la simulation de la folie chez les criminels.

Meirieu. Des éraflures et des contusions de l'estomac par armes à feu.

Meizonnet. De la maladie de Little et de son traitement surtout orthopédique.

Meyer. De la valeur thérapeutique des injections de sels de mercure dans le traitement du lupus et de la lèpre.

Nemorin. Tuberculisation des cicatrices.

Neuvialle (R.). Contribution à l'étude clinique des grands kystes du parovaire.

Nicolas (J.). Du traitement dermatologique de l'épithéliome cutané de l'angle interne de l'œil.

Omont (R.). Contribution à l'étude du caféisme.

Orabona. De la valeur analgésique et antithermique du pyramidon.

Parry. Les camphorates de pyramidon; leur action chez les tuberculeux.

Pascal (F.). Contribution à l'étude de la polynévrite alcoolique.

Peaudeleu (L.). Insuffisance hépatique et indicanurie; contribution à l'étude du syndrome urinaire.

Peytard. Contribution à l'étude du massage du cœur dans le traitement des syncopes anesthésiques.

Pissareff (Mlle). Quelques réflexions sur la stase papillaire à propos de deux cas de tumeur cérébrale.

Poli (P.). Des injections de sérum antidiphtérique dans la pneumonie lobaire aiguë.

Répanis. De l'hermophényl et de son emploi pour le traitement de la syphilis.

Riche. La survie après l'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes.

Rigaux. De la torsion spontanée du cordon spermatique.

Rimbaud. Vaccination et sérothérapie antituberculeuses.

Robert (D.). De l'évidement des régions sous-maxillaire et sous-mentonnière dans le traitement de l'épithélioma de la lèvre inférieure.

Roger (P.). Des résections orthopédiques du coude dans les luxations anciennes et irréductibles.

Rollin. Contribution à l'étude du traitement de l'actinomycose.

Roqueplo (M.). De la craniectomie au moyen de la scie de Gigli.

Salenson. Des fractures de jambe au tiers inférieur dans leurs rapports avec la loi sur les accidents du travail.

Sauvaire. De la griffe cubitale.

Sauvy. L'ulcère simple chronique de la vessie.

Savelli (P.). Tension artérielle et fréquence du pouls dans la puerpéralité.

Scémama (A.). Contribution à l'étude de la symphyséotomie et de ses rapports avec les autres interventions employées dans la thérapeutique de l'accouchement dans les viciations pelviennes.

Scemama (I.). Mesures destinées à éviter la transmission de la tuberculose bovine à l'homme et notamment la transmission de la tuberculose à l'homme par ingestion du lait de vaches tuberculeuses.

Suquet (L.). Des troubles digestifs dans le rhumatisme articulaire aigu; essai de pathogénie.

Syphantos (S.). Contribution à l'étude de la diagnose du sang humain en médecine légale par le procédé des sérums précipitants (réaction de Bordet-Uhlenhuth).

Thiéry (E.). Du rôle des consultations gratuites avec dispensaires dans la prophylaxie de la syphilis.

Thomas (M.). L'origine congénitale des grenouillettes.

Trifaud (A.). Des hernies par glissement du côlon ilio-pelvien.

Veirat (E.). Contribution à l'étude de l'appendicite tuberculeuse.

Vermeil (J.). Eléphantiasis et filariose.

Vernet. La formule hémoleucocytaire du nouveau-né et du nourrisson à l'état normal et pathologique.

Virenque. De l'hémarthrose du genou et de son traitement.

Voulcoff (S.). Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale.

Wahby (A.). Recherches expérimentales sur la toxine typhique.

MÉDECINE

Glénard (F.). Des ptoses. In-8°, 86 p.

Hansteen (H.). Dödelig blödning fra en vena porta-gren ved betændelse udgaaende fra galdeveiene. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.) — Hémorrhagie mortelle provenant d'une branche de la veine porte, au cours d'une inflammation partie des voies biliaires.

Hey (J.). Das Ganser'sche Symptom; seine klinische und forensische Bedeutung. In-8°, 108 p. Berlin.

Hoffmann (A.). Ueber Verdoppelung der Herzfrequenz, nebst Bemerkungen zur Analyse des unregelmässigen Pulses. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Sur le redoublement de fréquence du rythme cardiaque; considérations sur l'analyse du pouls irrégulier.

Kaarsberg (H.). Död ved bistik. (*Hospitalstidende*, 6 juillet.) — Mort par piqûre d'abeille.

Lau (K.). Et tilfælde af spontan ruptur af vena basilica. (*Ugeskrift for Læger*, 21 juillet.)

Mann (E.). Ueber einen Fall von transitorischem Diabetes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 juillet.)

Mesnard (L.). Le rétrécissement aortique chez le vieillard. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 juillet.)

Michelazzi (A.). Un caso di gangrena totale del polmone con speciale reperto semeiologico e necroscopico. (*Policlinico*, 23 juillet.)

Milian. Le liquide céphalo-rachidien. In-8°, 272 p.

Molard (A.). Contribution à l'étude du chimisme stomacal; variations de l'acidité totale et de l'acide chlorhydrique libre. In-8°, 51 p. Lyon.

Mossola (F.). A proposito di un caso di irritazione del vago. (*Gazz. degli Osped.*, 17 juillet.)

Oefele (von). Der Kot bei Gallensteinen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 juillet.) — Les fèces dans la lithiase biliaire.

Osswald (K.). Zur Casuistik der Embolie und Thrombose der Mesenterialgefässe. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Embolie et thrombose des vaisseaux mésentériques.

Pope (F.). Colitis polyposa. (*Brit. Med. Journ.*, 23 juillet.)

Preiss (P.). Hyperglobulie und Milztumor. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 3.) — Hyperglobulie et splénomégalie.

Reissner (O.). Ueber unregelmässige Herzthätigkeit auf psychischer Grundlage. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — De l'irrégularité cardiaque d'origine psychique.

Rose (A.). Gastroptosia. (*Med. News*, 16 juillet.)

Schittenhelm (A.) et **Tollens** (C.). Untersuchungen über den quantitativen Anteil der Bakterien an Stickstoff und Purinbasen der Fäces. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 30 juillet.) — Recherches sur la proportion d'azote et de bases puriques fournie aux fèces par les microbes.

MALADIES INFECTIEUSES

Jessen (W.) et **Edens** (E.). Polymyositis und Polyneuritis bei Morbillen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 août.)

Jörgensen (A.). Svingninger i blodets agglutinerende evne ved febris typhoïdea. In-8°, 64 p. Copenhague.

Markwald (B.). Ueber seltene Complicationen der Ruhr. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Sur les complications rares de la dysenterie.

Menchikov (V.). Contribution à la bactériologie de la rougeole (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 juin.)

Nägeli (H.). Beiträge zur Pathologie des Scharlachs. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er août.)

Norris (G. W.). The differential diagnosis between incipient pulmonary tuberculosis, healed cavities, and non-tuberculous fibrosis. (*New York Med. Journ.*, 16 juillet.) — Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire au début d'avec les cavernes guéries et la sclérose non tuberculeuse.

Painblan et **Taconnet** (G.). Complications oculaires de la variole. (*Echo méd. du Nord*, 31 juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Cutler (C. W.). Migraine and sick headache. (*Med. News*, 30 juillet.)

Lähr (M.). Bemerkungen zur Arbeitsbehandlung Nervenkranker. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Sur le traitement des névropathies par le travail manuel.

León (J. de). Contribución al estudio de la parálisis miasténica. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin.)

Maas (O.). Ueber ein selten beschriebenes familiäres Nervenleiden. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er août.) — Sur une affection nerveuse familiale rarement observée.

Manaresi (G.). Un caso grave di corea del Sydenham guarito col metodo Baccelli. (*Policlinico*, 6 août.)

Marandon de Montyel (E.). La prédisposition en étiologie mentale. (*Journ. de neurol.*, 5 et 20 juillet.)

Minor (L.). Sur les paralysies du nerf facial d'origine traumatique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 10.)

Nonne (M.). Ein Fall von familiärer Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis; Tabes bei der Mutter und ihren zwei hereditär-syphilitischen Töchtern. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 août.)

Sachs (B.). The relation of epilepsy, chorea and other motor disturbances of the nervous system to eye disease. (*Med. News*, 30 juillet.) — Rapports de l'épilepsie, de la chorée et de certains autres troubles moteurs du système nerveux avec les maladies de l'œil.

Shute (D. K.). The value of a knowledge of abnormal mobility of the iris as an aid in diagnosing diseases of the nervous system. (*Med. News*, 30 juillet.)

Simon (P.) et **Guilloz** (Th.). Un cas de myopathie primitive progressive. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

Vogt (R.). Insania intermittens (tilbagevendende sindssygdom). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Voltz. Ueber die fortschreitende Versteifung der Wirbelsäule nach Trauma. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 28 juillet.) — L'ankylose progressive post-traumatique de la colonne vertébrale.

Woodworth (R. S.) et **Sherrington** (C. S.). A pseudoaffective reflex and its spinal path. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.)

Wrightson (J. T.). A unique case of chorea. (*New York Med. Journ.*, 23 juillet.)

CHIRURGIE

Chrétien (H.). Traitement chirurgical des varices. (*Poitou méd.*, juillet.)

Hahn (Florian). Totalexstirpation der Scapula wegen Osteomyelitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.)

Haim (E.). Ueber Luxation des Ulnaris. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.) — Sur la luxation du nerf cubital.

Jackson (J. M.), **Porter** (Ch. A.) et **Quinby**. Mesenteric embolism and thrombosis; a study of 214 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 juin, 2, 9 et 16 juillet.)

Jaworski (J. von). Beiträge zur praktischen Händedesinfektion; eine experimentelle Studie. (*Wien. med. Presse*, 31 juillet.) — Sur la désinfection des mains.

Julien (L.) et **Leduc** (F.). Histoire d'une balle de fusil allemand, extraite après 34 ans de séjour dans l'organisme d'un soldat français. (*Echo méd. du Nord*, 17 juillet.)

Julliard (Ch.) et **Descœudres** (F.). Sarcome primitif de la synoviale du genou. (*Arch. internation. de chir.*, I, 6.)

Kabloukov (A.). La maladie échinococcique en Crimée (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 12.)

Kausch (W.). Beiträge zu den plastischen Operationen : Fingerbeuger- und Fingerstrekkerplastik; Ersatz der Fingerkuppe; Nasenplastik aus der Zehe; Penishaut- und Scrotumplastik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.)

Keibel (E.). 2 Fälle von Cystadenoma mammæ. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 juillet.)

Klar (Max M.). 13 Knochenbrüche bei einem Mann zu gleicher Zeit; gute Heilung; ein Beitrag zur Kasuistik multipler Frakturen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet.) — Treize fractures simultanées chez le même sujet; guérison.

Knaggs (R. L.). On diaphragmatic hernia of the stomach and on torsion of the small omentum and volvulus of the stomach in association with it. (*Lancet*, 6 août.)

Koch (J.). Die Bedeutung der pathologischen Anatomie des spinal gelähmten Muskels für die Sehnenplastik. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juillet.)

Kondratiev (E.). Sur la déformation des orteils (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Krymov (A.). Contribution au diagnostic des tumeurs perforant le crâne (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Lammers (R.). Ein Fall von Schenkelhalsfractur beim Kinde. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 août.) — Fracture du col fémoral chez un enfant.

Lauenstein (C.). Welchen Rückschluss gestatten uns heute die klinischen Zeichen der Blinddarmentzündung auf den pathologischen Zustand des Wurmfortsatzes und der Bauchhöhle? (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.) — Quelles conclusions peut-on tirer des signes cliniques de l'appendicite au point de vue de l'état de l'appendice et du péritoine?

Leclerc (G.) et **Beutter** (Ch.). Ostéite tuberculeuse du bassin et coxalgie secondaire. (*Lyon méd.*, 17 juillet.)

Lennander (K. G.). Meine Erfahrungen über Appendicitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 3.)

Liéssovoï (V.). 65 kélotomies pratiquées à l'hôpital de Dalne-Konstantinovsk (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 juillet.)

Macewen (Sir William). On the cerebral invasion of pathogenic and pyogenic organisms and on the choice of ligatures. (*Lancet*, 6 août.)

Macfie (T. H.). Case of removal of the appendix on a Royal Mail steamer at sea; recovery. (*Lancet*, 6 août.) — Appendicectomie en mer.

Malcolm (J. D.). The method of closing an abdominal wound. (*Lancet*, 23 juillet.) — De la réunion des plaies abdominales.

Mangoldt (F. von). Uebertragung ungestielter Periost-Knochen-Lappen zur Heilung von Pseudarthrosen und Knochenhöhlen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.) — Traitement des pseudarthroses et des cavités osseuses par des greffes ostéo-périostiques non pédiculées.

McMurtry (L. S.). Secondary abdominal operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 juillet.)

Mikhaïlov (N.). Traitement des ulcères étendus de la jambe (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 juillet.)

Minici (E.). Caverne cangrenose del polmone destro; pneumotomia, preceduta da resezione di due coste, e seguita da mobilizzazione toracica alla Subbotin; guarigione. (*Giorn. med. del R°. Esercito*, juin.)

Montini (A.). Orchiopessi bilaterale per criptorchidia inguinale. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juillet.)

Moynihan (B. G. A.). The radical cure of umbilical hernia. (*Lancet*, 23 juillet.)

Musser (J. H.) et **Willard** (De F.). Infection in the upper abdomen: probably an abscess of the liver of amebic origin. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.)

Ossig. Ueber einen im Anschluss an einen Leberabscess entstandenen Fall von Lungenabscess. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Abcès du poumon survenu chez un sujet porteur d'un abcès du foie.

Pellegrini (A.) et **Conforti** (G.). Contributo allo studio delle esostosi; esostosi solitarie in sedi rare (ileo, rotula, astragalo). (*Gazz. degli Osped.*, 17 juillet.)

Petersen (W.) et **Colmers** (F.). Anatomische und klinische Untersuchungen über die Magen- und Darmcarcinome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Recherches anatomo-cliniques sur le cancer de l'estomac et de l'intestin.

Petit (R.). Action du sérum de cheval chauffé, injecté dans le péritoine; son utilisation en chirurgie abdominale. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Pfuhl (A.). Noch einmal der Spiritusverband. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 3.) — Sur le pansement à l'alcool.

Ravogli (A.). A false or cicatricial keloid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 juillet.)

Rehn. Multiple Knochensarkome mit Ostitis deformans. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.)

Riethus (O.). Beitrag zur Casuistik und Therapie der Struma lingualis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.)

Rieu-Villeneuve. L'anesthésie et les anesthésiques usuels. In-18, 203 p.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Kynoch (J. A. C.). The use and abuse of midwifery forceps. (*Brit. Med. Journ.*, 23 juillet.) — L'emploi et l'abus du forceps.

Longaker (D.). Version in delayed or obstructed labor. (*Amer. Medicine*, 16 juillet.)

Lynch (F. W.). Cæsarean section and serious dystocia following ventro-fixation and suspension. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mai.)

Oui (M.). Hémorrhagies graves liées à l'insertion vicieuse du placenta; traitement par la version de Braxton-Hicks. (*Echo méd. du Nord*, 17 juillet.)

Pankow. Ueber das Verhalten der Leukocyten bei gynäkologischen Erkrankungen und während der Geburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.) — De la proportion des leucocytes dans les affections gynécologiques et pendant l'accouchement.

Pauchet (V.). Régime pré et post-opératoire des hystérectomisées, suivi du traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. In-8°, 23 p. avec fig. Montdidier.

Paulli (R.). Et tilfælde af ikke opereret fibromyoma uteri med thrombophlebitis i alle extremiteter, samt erfaringer om venetrombose og embolia arteriæ pulmonalis ved fibromyom. (*Hospitalstidende*, 22 juin.) — Corps fibreux non opéré de l'utérus; phlébite de tous les membres; observations sur la thrombose veineuse et l'embolie de l'artère pulmonaire en cas de fibromyome.

Peterson (R.). The relation of the appendix to pelvic disease, based upon a clinical and microscopic study of 200 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Prüsmann (F.). Zur secundären Bauchhöhlenschwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 2.) — De la grossesse abdominale secondaire.

Sampson (J. A.). The relation between carcinoma cervicis uteri and the bladder and its significance in the more radical operations for that disease. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mai.) — Rapports du cancer du col utérin avec la vessie.

Schleier (V.). Contribution à l'étude de l'appendicite chez les femmes enceintes (en russe). (*Prakt. Vratch*, 3 et 10 juillet.)

Turnowsky (M.). Spontanheilung einer Fistula recto-vaginalis. (*Wien. med. Presse*, 17 juillet.) — Guérison spontanée d'une fistule recto-vaginale.

Van de Velde (Th. H.). Zur Hebotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 juillet.)

Velits (D. von). Ueber histologische Indicien des Chorioepithelioma « benignum ». (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 2.)

Webster (J. C.). An analysis of 1000 consecutive celiotomies for diseased conditions in the female pelvis; a preliminary report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet.)

Zacharias (P.). Ein Riesenovarialkystom. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 août.) — Kyste très volumineux de l'ovaire.

PÉDIATRIE

Astros (L. d'). Le rétrécissement mitral chez l'enfant. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Carrière (G.). Des douleurs abdominales en clinique infantile. (*Nord méd.*, 1er août.)

Comby (J.). Tratado de las enfermedades de la infancia. (Trad. du français par Andrés Martinez Vargas.) 2e éd. Fasc. 16 à 26. In-8°, p. 601 à 1040. Barcelone. Salvat et Cie.

Ducarre. Trois cas de relèvement d'enfoncement du crâne chez le nouveau-né. (*Loire méd.*, juillet.)

Faludi (G.). Ein seltener Fall von Hämophilie. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 1-3.) — Cas rare d'hémophilie.

Helprin (B. E.). Dietetics in summer diarrhœa. (*Med. Record*, 23 juillet.) — Le régime dans la diarrhée estivale.

Hers (J. F. Ph.). Een geval van levercirrhose van Laennec bij een jongen van 13 jaar. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 août.) — Cirrhose de Laënnec chez un enfant de treize ans.

Ito (S.). Klinische Beobachtungen über « Ekiri », eine eigentümliche, sehr acute, ruhrartige, epidemische Kinderkrankheit in Japan. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 1-3.) — Recherches cliniques sur une maladie infantile dite *ekiri*, sévissant au Japon, très aiguë, épidémique, dysentériforme.

Kissel (A.). Des rapports qui existent entre la maladie de Werlhof et la tuberculose (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 juin.)

Langer (J.). Ueber Streptotrichosis œsophagi bei einem 13jährigen Knaben. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 3.)

Márer (J.). Ein Fall von sogenannter Dukesscher Krankheit (fourth disease). (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 juillet.)

Niederle (B.). Processus vermiformis jako vychodiste invaginace ileocoekalní. (*Casopis lékaru ceskych*, 30 juillet.) — Invagination iléo-cæcale de l'appendice vermiculaire chez un enfant de trois ans.

Rosenfeld (S.). Beiträge zur Statistik der Säuglingssterblichkeit. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 1-3.) — Statistique de la mortalité des nourrissons.

Selter (P.). Die Gerüche der Säuglingsfäzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juillet.) — L'odeur des fèces du nourrisson.

TÉRATOLOGIE

Brugsch (Th.). Klinisches und Entwicklungsgeschichtliches über die Bedeutung der congenitalen Anomalieen der Haut der Steissgegend (Steiss-Grübchen, -Fistel, -Cyste und -Haarbildungen). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 juillet.) — Considérations cliniques et embryologiques sur la signification des anomalies congénitales de la peau de la région coccygienne.

Nieberding (W.). Zur Kasuistik der Meningocele sacralis anterior. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 août.)

Schultze (E.). Familiäre symmetrische Monodactylie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.)

Schumacher (S. von). Ein Fall von sekundärer Syndaktylie an den Zehen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 juillet.) — Syndactylie secondaire du pied.

Van Spanje (N. P.). Een aangeboren defect van het sternum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 août.) — Atrophie congénitale du sternum.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Barth (E.). Ein neuer Gesichtspunkt bei der Behandlung der Aphonia spastica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 août.) — Traitement de l'aphonie spasmodique.

Bentzen (S.). Larynksstenoser. (*Ugeskrift for Læger*, 30 juin et 7 juillet.)

Boulai (J.). Herpès zostériforme primitif du larynx. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Canfield (R. B.). The application of conservative and radical surgery to chronic nasal accessory sinus disease. (*Med. News*, 16 juillet.)

Chauveau (C.). Obstruction rare du pharynx buccal. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Compaired (C.). Calcul de l'amygdale palatine gauche; abcès purulent intra-amygdalien consécutif, découvert pendant l'opération; guérison. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Deguy et **Detot** (E.). L'œdème laryngé sus-glottique infectieux et suffocant (sa pathogénie). (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Dor (L.). Sinusites sphénoïdale et maxillaire, consécutives à une lésion spécifique de la base du crâne; complications oculaires. (*Lyon méd.*, 17 juillet.)

Guarnaccia (L.). La méthode de Gersuny dans la rhinite atrophique ozénateuse. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Guenter (I.). Sur la présence de tissu cartilagineux dans les amygdales (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 juillet.)

Harris (Th. J.). Primary ulceration of the tonsil, together with some remarks on tonsillar ulceration in general. (*Amer. Medicine*, 23 juillet.)

Heaton (G.). The symptoms and treatment of the intracranial complications of otitis media. (*Lancet*, 30 juillet.)

Heckel (F.). Preuves physiques et cliniques de l'inexistence du vide dans les cavités de l'oreille moyenne enflammée. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Johnston (R. H.). Pemphigus (?) of the respiratory tract with conjunctival lesions. (*Journ. of the Eye, Ear, and Throat Diseases*, mai-juin.)

Joseph (J.). Nasenverkleinerungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 juillet.) — Réduction du volume du nez.

Kan (P. Th. L.). Een congenitale poliep van den epipharynx. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 juillet.)

Leonard (Z. L.). Some phases of chronic laryngitis. (*Med. Record*, 30 juillet.)

HYGIÈNE

Bamberger (J.). Zur Hygiene des Rauchens. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juillet.) — De l'hygiène du fumeur.

Barwise (S.). Purification of sewage. 2e éd. In-8°, 234 p. Londres.

Bassewitz (E. von). Vorschläge zur individuellen Prophylaxis des Gelbfiebers auf Grund der Finley'schen Kontagionstheorie. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juillet.) — Propositions en vue de la prophylaxie individuelle de la fièvre jaune.

Biais (A.). L'eau potable; étude physique, chimique et bactériologique, appliquée plus spécialement aux eaux d'alimentation de Limoges. In-8°, 176 p. avec fig. A. Maloine.

Bing (L. H.). Nogle undersögelser over luftens forurensning med tuberkelbaciller i sygerum, hvor der opholder sig ftisikere. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.) — Recherches sur l'infection de l'air par les bacilles tuberculeux dans les salles de phtisiques.

Brault (J.). Hygiène et prophylaxie dans les pays chauds; note sur les fièvres éruptives et sur la dothiénentérie chez les indigènes musulmans d'Algérie. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Chatin (J.). Les moustiques à Paris; moyens d'arrêter leur développement. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Goloubintzev (P.). La chaussure du soldat (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Laffon (R.). Hygiène rurale. In-16, 160 p.

Meixner. Gesundheitsverhältnisse in Deutsch-Ostafrika im Jahre 1902-1903. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXI, 3.) — L'état sanitaire de l'Afrique orientale allemande pendant l'année 1902-1903.

Morquio (L.). Sobre profilaxia de la escarlatina. (*Rev. med. del Uruguay*, juin.)

Olderogge (G.). Sur quelques mesures indispensables pour éviter les maladies dans l'armée en action (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 juillet.)

Vidal (Charles). La lutte contre la tuberculose. (*Rev. internation. de la tuberculose*, juillet.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Aschaffenburg (G.). Verminderte Zurechnungsfähigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 juillet.) — Responsabilité atténuée.

Brouardel (P.). Arrachement total de la langue par la personne elle-même; guérison; conservation de la parole. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Fejér (J.). Ueber Belladonna-Vergiftungen in der augenärztlichen Praxis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 août.) — Sur les intoxications par la belladone en ophtalmologie.

Garnier (L.) et **Parisot** (P.). Inculpation de mauvais traitements envers une enfant: intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.)

Heidler (H.). Ueber einen Fall von lebensrettender Wirkung des Aderlasses bei akuter Kohlenoxydvergiftung. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 juillet.) — Intoxication oxycarbonée; saignée; guérison.

Hookauf (J.). Verwechslung von Enzianwurzel mit Belladonnawurzel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 août.) — Confusion de la racine de gentiane avec celle de belladone.

Lewin (L.). Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel. 2e éd. In-8°, 375 p. Berlin. — L'avortement provoqué par les poisons et par d'autres moyens.

Mercier (M.). Un adolescent dégénéré, déséquilibré et criminel. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Noc (F.). Sur quelques propriétés physiologiques des différents venins de serpents. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Arkhipov (A.). L'influence de la cure d'avoine d'après le procédé de M. von Noorden sur le diabète sucré (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 juillet.)

Bandi (I.). Contribution to the sero-therapeutic treatment of anthrax : two cases of general anthrax infection in man cured with anti-anthrax serum. (*Lancet*, 6 août.)

Bergey (D. H.). Antistreptococcus serum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 juillet.)

Berliner (A.). Ueber temporäre Idiosynkrasie gegen Quecksilber. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 6 août.) — Idiosyncrasie temporaire à l'égard du mercure.

Bruner (W.). Ueber die therapeutische Anwendung des Aderlasses. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — De l'emploi thérapeutique de la saignée.

De Silvestri (E.). Il siero Trunecek nell'ateroma e nell'arterio-sclerosi. (*Progresso med.*, 10 juillet.)

Evséiev (R.). La valeur thérapeutique du sérum antistreptococcique dans l'érysipèle et la scarlatine (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Fraga (E.). De la fisioterapia y de su importancia en el estado actual de la ciencia. In-8°, 46 p. avec fig. Valparaiso.

Gassmann (A.). Schwere Nephritis nach Einreibung eines Skabiösen mit Perubalsam. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juillet.) — Néphrite grave consécutive à des frictions au baume de Pérou dans un cas de gale.

Gumprecht (F.). Técnica de la terapéutica especial. (Trad. de l'allemand par Ricardo Zariquiey et A. Marije.) Fasc. 7 à 11. In-8°, p. 241 à 464, avec fig. Barcelone. Salvat et Cie.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Allen (C. W.). A comparison of phototherapy, radiotherapy and high-frequency therapy in skin diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 juillet.) — Valeur comparée de la photothérapie, de la radiothérapie et des courants de haute fréquence en dermatologie.

Auché (B.). Traitement des teignes tondantes par la radiothérapie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 juillet.)

Behaegel. La radiothérapie. (*Policlinique*, 15 juillet.)

Bozzolo (C.). Sull'azione dei raggi X sugli organi leucopoietici. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVII, 7-8.)

Codd (J. A.). Some results of treatment by X-rays, high-frequency currents, and ultra-violet rays, with illustrative cases. (*Brit. Med. Journ.*, 23 juillet.)

Costa (J. R.). Radioterapia. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Einhorn (M.). Observations on radium. (*Med. Record*, 30 juillet.)

Heineke (H.). Zur Kenntnis der Wirkung der Radiumstrahlen auf tierische Gewebe. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 août.) — Action des radiations du radium sur les tissus.

Larat (J.). Rapport sur les bains hydro-électriques. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 juillet.)

BACTÉRIOLOGIE

Müller (R.). Ueber abdominelle Infektionen mit Mikrococcus tetragenus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 juillet.)

Passini (F.). Variabilität der Bakterien und Agglutinationsphänomen. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juillet.)

Rosenberger (F.). Ueber homogen wachsende, säurefeste Bacillen; vorläufige Mitteilung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — Des bacilles acido-résistants donnant des cultures homogènes.

Seiler (F.) et **Stoutz** (W. de). La diphtérie est-elle transmissible par l'eau? Etude des transformations subies par le bacille de Löffler après un séjour plus ou moins long dans l'eau. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Trommsdorff (Richard). Die Bakteriologie der Chromidrosis. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juillet.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Dawson. Stephen Hales, the physiologist. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet-août.)

Higier (H.). Die Grundlagen der Organotherapie und der antitoxischen Heilmethoden bei den alten Griechen. (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, 15 juillet.) — Les principes de l'organothérapie et des méthodes de traitement antitoxique chez les Grecs.

MacAuliffe (L.). La thérapeutique physique d'autrefois. In-8°, 467 p. avec fig.

Schapiro (D.). Obstétrique des anciens Hébreux, d'après la Bible, les Talmuds et les autres sources rabbiniques, comparée avec la tocologie gréco-romaine. In-8°, 167 p.

GÉNÉRALITÉS

Blatin (M.). Le soignage médical et les infirmières; ce qu'elles sont en France, ce qu'elles sont en Angleterre, ce qu'elles devraient être. In-12, 276 p. J.-B. Baillière et fils.

Gratschoff (L.). Compte rendu de l'hôpital général d'Uléaborg de l'année 1903. In-8°, 71 p. avec fig. Helsingfors.

Grellety. Pour les médecins : commentaires professionnels sur quelques locutions latines. In-16, 24 p. Mâcon.

Index-catalogue of the library of the Surgeon-General's Office, United States Army; authors and subjects. 2e série. T. IX : L-Lyuri. In-4°, 872 p. Washington.

Latouche. L'hôpital d'Autun (1893-1903). In-18, 40 p. Autun.

Report of the Superintendent of Government Laboratories in the Philippine Islands for the year ended September 1, 1903. In-8°, 622 p. avec planches. Washington.

Ribier (L. de). Les anoblis de l'Empire (médecins et chirurgiens). In-8°, 67 p.

Yvert (A.). Causeries sanitaires. T. II : désinfection. In-8°, 470 p.

24e ANNÉE. — No 41. Vingt centimes le numéro. 12 OCTOBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Karl Menge, professeur à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. Veit.

Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur M. Jansen est nommé privatdocent d'orthopédie.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Silvio Tonnini, professeur extraordinaire de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les privatdocenten : Friedrich Kovacs, Friedrich Obermayer et Alois Pick (*médecine interne*); Hugo Wintersteiner (*ophtalmologie*); Josef Pollak (*otologie*); Heinrich Paschkis (*pharmacologie*); Robert von Töply (*histoire de la médecine*).

Cornell University Medical College de New-York. — M. le docteur Frederick Whiting est nommé professeur d'otologie, en remplacement de M. Gorham Bacon.

Woman's Medical College of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur Henry Morris est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. William H. Parish, décédé.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Gailleton, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur J. Neiding, ancien professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur W. Massen, professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur James G. Hyndman, professeur de laryngologie au Medical College of Ohio de Cincinnati.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, no 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THESES DE LILLE

Bertrand. Contribution à l'étude du nervotabes périphérique d'origine alcoolique.

Bizard (E.). Evolution de la police sanitaire maritime : les mesures modernes de défense internationale contre la peste, le choléra et la fièvre jaune.

Bontemps (C.-V.). Désarticulation de la hanche par le procédé de Veitch-Pollosson sans tube d'Esmarch.

Bourdon (C.). Etude sur la stasobasophobie.

Bouret (A.-O.). Des arrachements de la tubérosité antérieure du tibia.

Bridoux (L.). De l'hérédo-syphilis osseuse dans ses rapports avec l'ostéite déformante de Paget.

Brunel (A.). Recherches expérimentales sur les greffes intestinales.

Casteras (de). Contribution à l'étude de la gastrostomie.

Caudmont (P.). Le torticolis mental; état mental du tiqueur.

Chabert-Ostland (M. de). Le corps médical dans le Nord depuis 1789; les diverses classes de praticiens, leurs origines, leur répartition.

Chancel (P.). Etude clinique et expérimentale de l'action du bleu de méthylène comme antituberculeux.

Coppens (L.). Du traitement des tumeurs de l'estomac par les rayons X.

Debeyre (A.). Les bourgeons pancréatiques accessoires tardifs.

Delfosse (C.). Névromes plexiformes ou névromes racémeux.

Delsaut (F.). Contribution à l'étude de l'étiologie de la kératite parenchymateuse; influence de la syphilis acquise.

Descamps (P.). De la pleurésie purulente diaphragmatique enkystée.

Dhotel (J.). Les fractures des cartilages costaux et la disjonction chondro-costale.

Dubuche (F.). Trichorrhexis nodosa (trichorrhexie noueuse).

Duprez (A.). Quelques considérations étiologiques sur la conjonctivite granuleuse (conjonctivite monoculaire).

Fabre (J.). Contribution à l'étude des accidents provoqués par les piqûres d'araignée.

Galland (J.). De la gastro-entérostomie dans le syndrome de Reichmann.

Garin (M.-A.). Etude à propos d'un cas d'amputation interscapulo-thoracique.

Guilluy. De la petite vive et de sa piqûre.

Hadzimihaloglou (D. G.). Médecine opératoire de la cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant : un nouveau procédé.

Halluin (M. d'). Résurrection du cœur; la vie du cœur isolé; le massage du cœur.

Hernu (C.). Contribution à l'étude de la constipation dans les suites de couches.

Hofman-Bang (E. T.). Contribution à l'étude du traitement kinésique des maladies du cœur, d'après l'analyse des principales théories.

Hunaut (J.). Du traitement de la sciatique, plus particulièrement du traitement par les injections gazeuses.

Lefebvre (L.). De la luxation du radius par élongation chez l'enfant.

Lepage (L.). De l'action de quelques alcaloïdes sur la sécrétion pancréatique.

L'Hôte (F.-L.). Des rémissions prolongées dans la méningite tuberculeuse.

Liénard (V.). De l'éventration médiane postopératoire et de son traitement chirurgical.

Maguin (M.). Emploi thérapeutique du bleu de méthylène dans les diarrhées.

Michelland (T.). Spasme de la glotte chez les enfants et auto-intoxication.

Moitié (M.). Etude clinique et thérapeutique de la pleurésie purulente interlobaire.

Monjaret (A.). De l'uréthrotomie externe et de l'uréthrectomie par le procédé pré-prostatique pour la recherche du bout postérieur de l'urèthre.

Muller (L.). Des causes de l'irréductibilité primitive des luxations du coude et de leur traitement.

Natier (L.). Les complications nerveuses des fractures du coude.

Nieppe (E.). Contribution à l'étude des fibromyomes du vagin.

Petit (P.). Revue critique et clinique des atrophies musculaires progressives (importance de la réaction de dégénérescence).

Quénée (E.). Traitement de l'urémie nerveuse par la ponction lombaire.

Roquet (E.). De l'ostéomyélite du calcanéum.

Sénéchal (A.-J.). L'alcoolisme dans le Pas-de-Calais.

Sonneville (P.). Recherches sur la valeur désinfectante de l'anhydride sulfureux et de l'anhydride sulfurique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bean (R. B.). Observations on a study of the subclavian artery in man. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juin.)

Bering (F.). Zur feineren Anatomie der Oberhaut. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 août.) — Sur l'histologie de l'épiderme.

Eisendrath (D. N.). The existence of cervical ribs in man. (*Amer. Medicine*, 20 août.) — Côtes cervicales chez l'homme.

Fusari (R.). Sui fenomeni che si osservano nella mucosa del canale digerente durante lo sviluppo del feto umano. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.)

Grynfeltt (E.) et **Godlewsky** (E.). Note sur le muscle sous-crural. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Horwitz (M[lle] K.). Przyczynek do sprawy powstawania bialych cialek krwi. (*Gaz. lekarska*, 25 juin.) — Sur l'origine des globules blancs du sang.

Laignel-Lavastine. Les variations macroscopiques du plexus solaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Merkel (F.). Handbuch der topographischen Anatomie. T. III, 2[e] fasc. In-8°, p. 245 à 408, avec fig. Brunswick.

Piollet (P.) et **Viannay** (Ch.). Note sur le trajet intra-pétreux du nerf facial. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Viannay (Ch.), **Destot** et **Gallois**. Note sur l'ossification des épiphyses du coude. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Zuckerkandl (E.). Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 5. Heft : Bruchpforten; Extremitäten. In-8°, p. 595 à 845, avec fig. Vienne. — Atlas d'anatomie topographique. Fasc. 5 : anneaux herniaires; membres.

PHYSIOLOGIE

Aron (E.). Die Bedeutung der Darmgase für den Tierkörper in verdichteter und verdünnter Luft. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 et 25 juillet.) — Les gaz intestinaux dans l'air condensé et raréfié.

Cushing (Harvey). The sensory distribution of the fifth cranial nerve. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet-août.) — Le territoire sensitif du trijumeau.

Ganghofner et **Langer** (J.). Ueber die Resorption genuiner Eiweisskörper im Magendarmkanal neugeborener Tiere und Säuglinge. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 août.) — Sur la résorption de l'albumine dans le tube gastro-intestinal des animaux nouveau-nés et des nourrissons.

Gradenigo (G.). Sur la fonction du pavillon de l'oreille chez l'homme. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Herzen. Nouvelle phase de la question concernant les rapports fonctionnels entre la rate et le pancréas. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Holinger (J.). The physiology of the middle ear. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.) — Physiologie de l'oreille moyenne.

Iossifov (G.). Le rôle de la citerne de Pecquet dans la circulation de la lymphe (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 juillet.)

Sano (F.). Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière. In-8°, 112 p. Pau.

Starck (H.). Experimentelles über motorische Vagusfunktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 août.) — Recherches expérimentales sur les fonctions motrices du pneumogastrique.

Winkler (F.). Ueber die Einwirkung thermischer Hautreize auf die Herzarbeit und auf die Athmung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.) — Influence des excitations thermiques de la peau sur l'activité du cœur et sur la respiration.

Zülzer (G.). Die Sauerstoffaufnahme durch die Haut; ein Beitrag zur Lehre von der Hautathmung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — L'absorption de l'oxygène par la peau.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abrikossoff (A. I.). Anatomische Befunde in einem Fall von Myxödem. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.)

Alglave (P.). Un cas de mégacæcum consécutif à une disposition vicieuse du côlon ascendant, elle-même provoquée par une ectopie rénale droite fixée. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Biland (J.). Ueber die fibrinösen Gerinnungen an der placentaren Fläche des Chorion. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.) — Sur les dépôts fibrineux de la face placentaire du chorion.

Bleichröder. Ueber Lebercirrhose und Blutkrankheiten. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.) — Cirrhose hépatique et maladies du sang.

Borrmann (R.). Zur Frage der Spontanheilung des Krebses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 août.) — Sur la guérison spontanée du cancer.

Carbone (T.). Un caso di febbre di Malta; osservazioni anatomo-patologiche e batteriologiche. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.)

Chilesotti (E.). Les carcinomes calcifiés de la peau (épithéliomes calcifiés); étude sur un carcinome de la peau, primitif, multiple, calcifié. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai, juin, juillet et août.)

Cornil. Persistance partielle de l'épithélium germinatif de l'ovaire dans la péri-ovarite. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Fabris (A.). Contributo alla conoscenza della endocardite pneumonica. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.)

Fahr. Zur Frage der Aortitis syphilitica. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.)

Ferguson (J. S.). Aberrant thyroid tissue, and its relation to intratracheal growths. (*New York Med. Journ.*, 13 août.)

Géraudel (E.). Lésions et pathogénie du « foie cardiaque »; critique de la théorie mécanique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Hoppe-Seyler (G.). Ueber chronische Veränderungen des Pankreas bei Arteriosklerose und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 1-2.) — Sur les lésions chroniques du pancréas au cours de l'artériosclérose et leurs rapports avec le diabète sucré.

Jalowiecki (O.). Zmiany w rozwoju kregów po ich zapaleniu gruzliczem. (*Gaz. lekarska*, 2 juillet.) — Troubles du développement des vertèbres à la suite de la tuberculose vertébrale.

Kraus (E.). Die Tuberculose des graviden und puerperalen Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arinstein (L.). L'introduction des toxines microbiennes et des antitoxines dans le liquide céphalo-rachidien en tant que méthode expérimentale en neuropathologie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 juillet et 7 août.)

Danilevsky (V.). Recherches expérimentales sur la pseudo-irritabilité électrique des tissus morts (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 14 et 21 août.)

Del Corda (G.). Ricerche sperimentali ed anatomo-patologiche intorno al differente modo di reagire dell'organismo animale a seconda della porta di entrata dei virus. (*Clinica moderna*, 20 et 27 juillet, 3, 17 et 24 août.)

Dietrich (A.). Experimente zur Frage der fettigen Degeneration. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 août.) — Recherches expérimentales sur la dégénérescence graisseuse.

Gundorow (M.). Beiträge zur Frage über das Resorptionsvermögen der intakten Haut; experimentelle Untersuchung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 1.) — Recherches expérimentales sur le pouvoir d'absorption des téguments intacts.

Hamburger (F.) et **Reuss** (A. von). Die Folgen parenteraler Injektion von verschiedenen genuinen Eiweisskörpern; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 août.)

Kurdinowsky (E. M.). Der Geburtsact, am isolirten Uterus beobachtet; Adrenalin als ein Gebärmuttermittel. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 2.) — Etude de la parturition dans l'utérus isolé; l'adrénaline en obstétrique.

Lane-Claypon (Janet E.) et **Schryver** (S. B.). Some researches on the autolytic degradation of tissues; first part. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.)

Lassar (O.). Ueber eine Weiter-Impfung vom syphilitisch inficirten Chimpansen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 juillet.) — Infection d'un chimpanzé au moyen de produits syphilitiques provenant d'un autre chimpanzé antérieurement inoculé.

Lüdke (H.). Agglutination bei Autoinfektionen mit besonderer Berücksichtigung des Ikterus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 1-2.)

Lyon (G.). Inflammatory changes in the kidney; an experimental study of the action of some toxins and poisons upon the kidney and also upon the spleen. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juillet.) — Recherches expérimentales relatives à l'action de certaines toxines et de certains poisons sur le rein et sur la rate.

Rist et **Ribadeau-Dumas**. Splénomégalie dans l'ictère. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Rzetkowski (K.). Miazdzyca aorty, wywolana u królików przy pomocy dozylnych wstrzykiwan adrenaliny. (*Gaz. lekarska*, 28 mai.) — Athérome de l'aorte, provoqué chez des lapins par des injections intraveineuses d'adrénaline.

Salvia (E.). L'influenza dei piccoli traumi sulla localizzazione della tubercolosi; ricerche sperimentali. (*Policlinico*, partie chir., XI, 7 et 8.)

Senator (H.) et **Richter** (P. F.). Ueber den Stoffzerfall bei Hyperthermien, mit besonderer Berücksichtigung des Glykogens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.) — Sur les échanges cataboliques dans l'hyperthermie, notamment au point de vue du glycogène.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bergey (D. H.). Studies upon immunity against streptococci. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Braunstein (A.). Contribution à l'étude des échanges organiques chez les cancéreux (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 31 juillet.)

Cioffi (E.). Ancora delle nefrolisine. (*Gazz. degli Osped.*, 23 août.)

D'Amato (L.). I corpi di Negri in rapporto all'etiologia e alla diagnosi della rabbia. (*Riforma med.*, 8 juin.)

Frongia (G.). Rapporti umorali tra l'utero e la mammella. (*Policlinico*, 27 août.)

Meltzer (S. J.). Edema; a consideration of the physiologic and pathologic factors concerned in its formation. (*Amer. Medicine*, 23 et 30 juillet.)

Neufeld (F.). Zur Immunisierung gegen Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 août.)

Neumann (E.). Nochmals die Pigmentfrage. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.)

Pearce (R. M.). Concerning the specificity of the somatogenic cytotoxins. (*Albany Med. Ann.*, août.)

Piperno (A.). Contributo allo studio della resistenza dei globuli rossi del sangue alle soluzioni cloruro-sodiche ipoisotoniche. (*Policlinico*, partie méd., XI, 7 et 8.)

Rössle (R.). Die Rolle der Hyperämie und des Alters in der Geschwulstentstehung. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 juillet, 2 et 9 août.) — Rôle de l'hyperémie et de l'âge dans la pathogénie des tumeurs.

Williams (W. R.). The prevalence of cancer and its increase. (*Lancet*, 13 août.) — De la fréquence du cancer et de son accroissement.

MÉDECINE

Potel (G.). Les piqûres d'araignée. (*Echo méd. du Nord*, 24 juillet.)

Silvestri (T.). L'abuso di cloruro di sodio come causa di nefrite. In-8°, 15 p. Modène.

Simon (Ch. E.) et **Campbell** (D. G. J.). Myelogenous leucemia with disappearance of the splenomegaly and the myelocytes. (*Med. News*, 23 juillet.)

Sinnhuber (F.). Das Trauma als Aetiologie bei Aortenklappeninsuffizienz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 août.)

Stockton (Ch. G.). Pernicious anæmia and its relation to gastric digestion, based on 25 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet.)

Tamerl (R.). Pemphigus des Oesophagus; ein Beitrag zur Lehre des Schleimhautpemphigus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 juillet.)

Taylor (S.). A case of multiple sarcoma. (*Lancet*, 30 juillet.)

Thayer (W. S.). Observations on 2 cases of tuberculous pericarditis with effusion. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mai.)

Thiem. Blutung aus einem alten Magengeschwür infolge einer Ueberanstrengung im Betriebe, dargestellt in einem ärztlichen Gutachten. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet.) — Expertise médicale à propos d'un cas d'hémorrhagie provenant d'un ancien ulcère de l'estomac et consécutive à du surmenage professionnel.

Van Loghem (J. J.). Bijdragen tot de kennis van jicht. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 juillet.) — Contribution à l'étude de la goutte.

Vas (B.). Der Diabetes im Verhältnis zu den Albuminurien, beziehungsweise Nierenkrankheiten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 juillet.) — Le diabète et ses rapports avec les albuminuries et les néphrites.

Verekoundov (A.). Pneumothorax et emphysème cutané (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Wick (L.). Ueber die rheumatische Hüftgelenksversteifung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 4 août.) — Sur l'ankylose rhumatismale de la hanche.

Wynn (F. B.). Will the long-continued administration of digitalis induce cardiac hypertrophy? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet.)

Zevi (V.). Ueber die Gruber-Widal'sche Reaktion bei Ikterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Corsini (G.). Sull'eziologia della pertosse. (*Gazz. degli Osped.*, 28 août.) — Etiologie de la coqueluche.

Raczynski (J.). Untersuchungen über die Aetiologie der Dysenterie, mit Berücksichtigung von zwei Epidemien in Galizien im Jahre 1903. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 août.)

Rosenberger (R. C.). Two cases of Vincent's angina, and one of noma, in which the organisms characteristic of the former affection were found. (*Amer. Medicine*, 23 juillet.)

Schaudinn (F.). Die Malaria in dem Dorfe « St. Michele di Leme » in Istrien und ein Versuch zu ihrer Bekämpfung. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXI, 3.)

Sein (F.). Colibacilosis pulmonar. (*Bol. de la Asoc. méd. de Puerto Rico*, juin.)

Silberstein (M.). Ueber einige ätiologisch unsichere, nicht malarische, tropische Fieberformen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVII, 3.) — Sur quelques pyrexies tropicales non malariques, à étiologie obscure.

Sörensen. Hospitalsinfektioner paa Blegdamshospitalet i aarene 1879-1903. (*Hospitalstidende*, 15 juin.) — Les cas d'infection nosocomiale observés à l'hôpital de Blegdam, de 1879 à 1903.

Tatschner (R.). Ueber vier Fälle von Herzkomplikation (Endocarditis) bei epidemischer Parotitis (Mumps). (*Wien. med. Wochensch.*, 30 juillet.)

Viguier (E.). Epidémie d'ictère infectieux bénin et contribution à l'étude du syndrome solaire hépato-pancréatique. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, juin-juillet.)

CHIRURGIE

Marvel (Ph.). Has influenza been a causative factor in the increase of appendicitis? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 juillet.) — La grippe a-t-elle influé sur l'augmentation de fréquence de l'appendicite?

Robson (A. W. Mayo) et **Moynihan** (B. G. A.). Diseases of the stomach and their surgical treatment. 2[e] éd. In-8°, 522 p. Londres. — Les maladies de l'estomac et leur traitement chirurgical.

Rocher (L.). Tuberculose du scaphoïde (tarsien); scaphoïdectomie; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 juillet.)

Roper (A. C.). One form of suppurative appendicitis. (*Lancet*, 23 juillet.)

Ross (G. G.) et **Wilbert** (M. I.). Fractures of the extremities; a report of 1000 consecutive cases, verified by radiographs. (*Amer. Medicine*, 16 juillet.)

Salvo (V.). Un caso di sarcoma a piccole cellule rotonde dei muscoli estremamente maligno. (*Policlinico*, 30 juillet.) — Sarcome globo-cellulaire des muscles, doué d'une grande malignité.

Sauerbruch. Zur Pathologie des offenen Pneumothorax und die Grundlagen meines Verfahrens zu seiner Ausschaltung. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 3.) — Pathologie du pneumothorax ouvert; manière d'en éviter les inconvénients.

Schmidt (G.). Ueber Schrotschussverletzungen bei Heeresangehörigen, mit besonderer Berücksichtigung des Hinzutretens von Wundstarrkrampf. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Des blessures produites chez les militaires par des armes chargées à plomb, notamment au point de vue des complications tétaniques.

Schultz (Th.). Bemærkninger om behandlingen af accidentelle saar i privat praxis. (*Hospitalstidende*, 8 juin.) — Sur le traitement des plaies par les pansements humides.

Selberg (F.). Beiträge zur Rückenmarks-Chirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 1.) — Sur la chirurgie de la moelle épinière.

Senni (G.). La colecistite acuta. (*Policlinico*, 23 juillet.)

Sheldon (J. G.). The treatment of crushing injuries involving one articular surface of an interphalangeal joint. (*New York Med. Journ.*, 23 juillet.)

Stolle (F.). Ueber Epiphysenlösungen, Frakturen und Luxationen im Bereiche des Ellbogengelenks und ihre Behandlung nach der Bardenheuer'schen Extensionsmethode. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.) — Sur les disjonctions épiphysaires, les fractures et les luxations du coude et sur leur traitement par l'extension [continue].

Sträter (Max). Zur Radikaloperation des Ductus omphalo-entericus persistens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.)

Tourner (G.). En faveur de l'antisepsie (à propos du procédé de Phelps) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 juin.)

Vale (F. P.). The early diagnosis of Pott's disease. (*Med. News*, 23 juillet.) — Diagnostic précoce du mal de Pott.

Volokhov (P.). Sur l'ablation des condylomes ayant atteint un développement excessif (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 juillet.)

Vorderbrügge. Ueber schädliche Chloroformnachwirkung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.) — Effets nuisibles post-anesthésiques du chloroforme.

Wessel (C.). Bidrag til spörgsmaalet om appendicitens ætiologi, patogenese og diagnose. (*Hospitalstidende*, 6 et 13 juillet.)

Wilms. Die Ursache der Kolikschmerzen bei Darmleiden, Gallensteinen und Nierensteinen. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 août.) — La pathogénie de la colique dans les affections intestinales ainsi que dans la lithiase biliaire et rénale.

Woldert (A.). Tetanus; its period of incubation and its pathology. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 juillet.)

Woolsey (G.). The relations of surgery to the recent advances in the knowledge of the pancreas. (*Med. News*, 16 juillet.) — Rapports de la chirurgie avec les progrès récents de nos connaissances sur le pancréas.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Adler (O.). Ueber die Beckeneingangs-Zange. (*Pest. med.-chir. Presse*, 4 sept.) — Sur les applications de forceps au détroit supérieur.

Baldy (J. M.). Laceration of the cervix uteri. (*Amer. Medicine*, 20 août.)

Beuttner (O.). Gynæcologia helvetica. 4. Jahrgang (Bericht über das Jahr 1903). In-8°, 392 p. avec fig. Genève.

Bosse (P.). Ueber interstitielle Gravidität. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.)

Burckhard (G.). Ist eine innere und äussere Ueberwanderung des Eies möglich? (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.) — L'ovule suit-t-il un trajet interne ou externe?

Burger (F.). Ueber die Anwendung hoher Dosen von Secale cornutum in der Geburtshilfe. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 août.) — L'emploi du seigle ergoté à haute dose dans les opérations obstétricales.

Byers (J. W.). Suggestions for the prevention of puerperal infection in private practice. (*Lancet*, 13 août.)

Carmalt (Ch.). The perineum and perineal body. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Coe (H. C.). Appendicitis associated with disease of the tubes and ovaries. (*New York Med. Journ.*, 6 août.)

Cohn (R.). Akute gelbe Leberatrophie im Puerperium. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 août.) — L'atrophie jaune aiguë du foie dans les suites de couches.

Donati (M.). Osteosarcoma primitivo dell'ovaio. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.) — Ostéosarcome primitif de l'ovaire.

Ford (W. E.). The value of non-operative local treatment in gynecology. (*Amer. Medicine*, 20 août.)

Gelibter (I.). Odmiana sposobu wyciskania lozyska metoda Credé'go. (*Gaz. lekarska*, 2 juillet.) — Modification du procédé de Credé pour l'expression du placenta.

Gellhorn (G.). Anatomy, pathology and development of the hymen. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Goldsborough (F. C.). Thrombosis of the internal iliac vein during pregnancy. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juin.) — Thrombose de la veine iliaque interne au cours de la grossesse.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Mancioli (T.). Carie dentaire et obstruction nasale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Martin. Un cas de corps étranger des fosses nasales datant de trois ans. (*Loire méd.*, juillet.)

Meyjes (W. P.). Een behaarde keelpolyp. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 juillet.) — Polype pileux du pharynx.

Parsons (R. W.). Hay-fever, some practical suggestions as to its management and treatment. (*Med. Record*, 16 juillet.) — La fièvre de foin et son traitement.

Passow. Anatomische Untersuchungen über das Zustandekommen von Gehörgangsfrakturen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 juillet.) — Recherches anatomiques sur la pathogénie des fractures du conduit auditif.

Roe (J. O.). The removal of obstructions and cicatricial contractions of the nose by the plastic method. (*New York Med. Journ.*, 30 juillet.)

Schmiegelow (E.). De otogene hjerneabscessers operationsteknik og deres efterbehandling. (*Hospitalstidende*, 27 juillet.) — Technique opératoire et soins post-opératoires dans les abcès otogènes du cerveau.

Schultz. Ueber das akut entzündliche Oedem des Kehlkopfs durch Verbrennung, bezw. Verbrühung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 juillet.) — De l'œdème aigu inflammatoire de la glotte consécutif à des brûlures.

Sinnhuber. Ueber motorische Reizerscheinungen im Pharynx und Larynx. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 juillet.) — Sur certains phénomènes d'excitation motrice du côté du pharynx et du larynx.

Toubert (J.). A propos de la technique de l'extirpation des polypes muqueux des fosses nasales. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Treitel. Ueber Störungen des musikalischen und Sprachgehörs. (*Deutsche med. Wochensch*, 28 juillet.) — Troubles du sens de l'ouïe pour la musique et la parole.

Uchermann (V.). Otitische Gehirnleiden; Der otitische Hirnabscess. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XLVI, 4.) — L'abcès du cerveau d'origine otique.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Ollive (G.) et **Le Meignen** (H.). Les maladies transmissibles par piqûres d'insectes et la loi du 9 avril 1898. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 juillet.)

Pelzl (O.). Ueber Botulismus (drei geheilte Fälle von Wurstvergiftung). (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 août.)

Pfeiffer (H.). Erfahrungen mit der Marx-Ehrnrooth'schen Methode zur forensischen Unterscheidung von Menschen- und Tierblut. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 juillet.) — Sur le procédé de Marx et Ehrnrooth en vue du diagnostic différentiel du sang humain d'avec le sang des animaux, en médecine légale.

Sedgwick (R. E.). A case of acute arsenical poisoning. (*Lancet*, 30 juillet.)

Spillmann (L.) et **Blum** (P.). Un cas d'intoxication subaiguë par le sublimé. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Stempel (W.). Einiges über Verletzungen der Wirbelsäule und deren gerichtsärztliche Beurteilung. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet.) — Les traumatismes de la colonne vertébrale, notamment au point de vue de l'expertise médico-légale.

Targett (J. H.) et **Atkinson** (S. B.). Case of wilful introduction of foreign bodies into the œsophagus; death. (*Lancet*, 23 juillet.) — Introduction intentionnelle de corps étrangers dans l'œsophage; mort.

Tuczek. Ueber das pathologische Element in der Criminalität der Jugendlichen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — L'élément pathologique chez les jeunes criminels.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Hirsch (A. P.). Ueber die Behandlung der Streptokokkie mit Antistreptokokkenserum. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23 et 30 juillet)

Pankow. Zur Behandlung der postoperativen Darmparalyse mit Physostigmin. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 août.) — Traitement des paralysies intestinales post-opératoires par la physostigmine.

Petchnikov (I.). Contribution à la pharmacologie comparée des médicaments hypnotiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 juillet.)

Robinson (B.). The general management and therapeutics of nephritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Samguine (V.). Contribution à l'étude du traitement de la scarlatine par le sérum de Moser (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXI, 12.)

Schröder (G.) et **Blumenfeld** (F.). Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht, mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose der oberen Luftwege. In-8°, 996 p. avec fig. Leipzig. — Le traitement de la phtisie pulmonaire.

Serkovsky (S.). De l'influence des streptocoques sur le cancer (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 17 juillet.)

Wagner (J. von). Ueber Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 juillet.) — L'opothérapie thyroïdienne contre le crétinisme endémique.

Wright (A. E.). Short treatise on anti-typhoid inoculation, containing exposition of principles of method and summary of results achieved by its application. In-8°, 86 p. Londres.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Montgomery (D. W.). Continuous acrodermatitis, an instance where it was controlled by the X-ray. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 juillet.)

Mühsam (R.). Ueber Dermatitis der Hand nach Röntgenbestrahlung (Fingeramputation). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.) — Sur la radiodermite de la main.

O'Brien (C. M.). The present position of radium in therapeutics: with a summary of the Finsen light and X-ray treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 23 juillet.)

Perthes. Zur Frage der Röntgentherapie des Carcinoms. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.)

Popova (R.). Les courants de haute intensité dans le traitement des affections gynécologiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 juillet.)

Pusey (W. A.). Radium and its therapeutic possibilities. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 juillet.)

Ricketts (T. F.) et **Byles** (J. B.). The red light treatment of small-pox. (*Lancet*, 30 juillet.) — Traitement de la variole par la lumière rouge.

Roussel (A.). La franklinisation réhabilitée. In-18, 296 p. avec fig.

Spiethoff (B.). Beitrag zum therapeutischen Wert der Dreyer'schen Sensibilisirungsmethode. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 juillet.) — Sur la valeur thérapeutique de la méthode de sensibilisation de Dreyer.

Turner (D.). Manual of practical medical electricity: Röntgen rays, Finsen light, radium. 4e éd. In-8°, 460 p. Londres.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Ciaglinski (K.). Przyczynek do leczenia balneologicznego chorych z cierpieniami serca i tetnic. (*Gaz. lekarska*, 14 mai.) — La balnéothérapie dans les affections du cœur et des artères.

Dumarest (F.). Des applications de la cure d'altitude au traitement des affections des voies respiratoires; ses indications et contre-indications. (*Lyon méd.*, 19 juin.)

Fink (F.). Erfolge einer einmaligen Kur in Karlsbad beim Gallensteinleiden; eine Studie aus dem Jahre 1903. In-8°, 160 p. Leipzig. F. C. W. Vogel. — Résultats du traitement de la lithiase biliaire après une première cure à Carlsbad.

Grödel (Th.). Ueber den mechanischen Reiz im strömenden Bade. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 juillet.) — De l'excitation mécanique produite par les bains d'eau courante.

Ide. Die klimatische Ueberreizung an der See und ihre Vermeidung. (*Therap. Monatsh.*, août.) — De la surexcitation due au climat maritime, et des moyens de la prévenir.

Lalesque (F.). La mer et les tuberculeux (phtisiothérapie marine). In-8°, 326 p. avec fig.

BACTÉRIOLOGIE

Carini (A.). Ueber die Agglutination des Milzbrandbacillus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 août.) — Sur l'agglutination du bacille du charbon.

Chiesi (A.). La morfologia del bacillo tubercolare e il suo valore semeiologico; ricerche sperimentali. (*Gazz. degli Osped.*, 14 août.)

Coles (A. C.). Clinical diagnostic bacteriology, including serum diagnosis and cytodiagnosis. In-8°, 246 p. avec fig. Londres.

Duval (C. W.). Another member of the dysentery group. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.)

Smith (Theobald). A study of the tubercle bacilli isolated from three cases of tuberculosis of the mesenteric lymph nodes. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Sowinski (Z.). Lasecznik wrzodu miekkiego i jego toksyna. (*Przeglad lekarski*, 9 juillet.) — Le bacille du chancre mou et sa toxine.

Stone (B. H.). A new pathogenic throat organism. (*Med. Record*, 13 août.) — Un nouvel agent pathogène de l'angine.

Woolley (P. G.). Report on *Bacillus violaceus Manilæ*: a pathogenic microorganism. In-8°, 15 p. Manille.

DÉONTOLOGIE

Fürst (M.) et **Windscheid** (F.). Handbuch der sozialen Medizin. T. IV. In-8°, 478 p. avec fig. Iéna.

Goret (C.). Les syndicats médicaux. In-8°, 136 p.

Roberts (D. L.). On medical ethics. (*Lancet*, 30 avril.) — Déontologie médicale.

Saint-Aurens. Les charlatans de la médecine. In-18, 251 p.

24e ANNÉE. — No 42. Vingt centimes le numéro. 19 OCTOBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Dans quelles conditions un médecin étranger qui vient soigner un malade en France commet-il le délit d'exercice illégal de la médecine?

Aux termes de l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892, « les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme ». Il s'ensuit de là qu'un médecin étranger non pourvu du diplôme français de docteur en médecine commet le délit d'exercice illégal de la médecine — sauf en cas de conventions entre Etats frontières réglant l'admission réciproque à la pratique des médecins établis dans les communes limitrophes des deux pays —, s'il exerce son art en France, et s'expose aux pénalités édictées par l'article 16 de ladite loi. Cependant, il est clair qu'on ne saurait faire application de la loi au cas particulier où un médecin étranger est appelé en France soit pour une consultation, soit même pour pratiquer une opération chirurgicale; mais il faut que son intervention ait alors un caractère tout exceptionnel et ne soit pas habituelle. C'est ce qui résulte d'un jugement rendu le 19 mai dernier par le tribunal civil de Valenciennes : un confrère belge réclamait 2,500 francs d'honoraires pour soins donnés en France à un sieur D...; il a été débouté de sa demande par un jugement dont nous extrayons les considérants suivants :

« Attendu que le docteur X... n'est pas diplômé par le gouvernement français et qu'aux termes de l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892 nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français; qu'aux termes de l'article 16 de la même loi, toute personne non munie de ce diplôme et qui prend part habituellement au traitement des malades commet un délit;

» Qu'en ce qui concerne l'habitude, bien que ce médecin belge n'ait traité en France que D..., elle est légalement constituée à sa charge par la réitération des faits commis par lui et dont il se prévaut à l'appui de sa demande; qu'il faut en effet, pour apprécier l'habitude, envisager les faits par rapport à celui qui en est l'auteur et non par rapport à ceux qui en sont l'objet; que la pluralité des faits l'emporte sur la non-pluralité des sujets;

» Que donc l'obligation, en vertu de laquelle le docteur X... réclame des honoraires à la dame L... [héritière du sieur D...] repose sur une cause illicite comme étant prohibée par la loi et qui ne peut dès lors produire aucun effet (art. 1131 et 1133 du Code civil). »

A noter que ce moyen de nullité a été soulevé d'office par le tribunal, la défenderesse ne contestant pas le principe de la dette, mais seulement le chiffre de la somme réclamée. La loi du 30 novembre 1892 présentant un caractère d'ordre public, l'initiative prise par les juges en cette affaire paraît pleinement justifiée : un délit ne peut être judiciairement reconnu comme générateur d'un droit au profit de son auteur.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Max Borst, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, est nommé professeur extraordinaire d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Hans Meyer, professeur à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire de pharmacologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Le Play (A.). Troubles du développement chez les nouveau-nés présentant des tares héréditaires. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Lubarsch (O.). Ueber Knochenbildung in Lymphknoten und Gaumenmandeln. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.) — Sur les formations osseuses des follicules lymphatiques et des amygdales palatines.

McFarland (J.). Text-book of pathology. In-8°, 818 p. avec fig. Londres.

Norris (G. W.). Tuberculous pericarditis, based upon a study of 7219 autopsies in Philadelphia hospitals. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Ohlmacher (J. C.). The relation of the islands of Langerhans to diseases of the liver, with special reference to carbohydrate metabolism. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Rapports des îlots de Langerhans avec les affections du foie, notamment en ce qui concerne le métabolisme des hydrates de carbone.

Oppenheim (M.). Die pathologische Anatomie des indischen Madurafusses (Mycetoma pedis). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.)

Prym (P.). Ueber die Veränderungen der arteriellen Gefässe bei interstitieller Nephritis. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.) — Sur les altérations des artères dans la néphrite interstitielle.

Riggio (G.). Alterazioni anatomo-patologiche del fegato, dei reni, dei polmoni nell'avvelenamento da formalina. (*Riforma med.*, 22 juin.)

MÉDECINE

Allina (M.). Osteomalazie und Diabetes mellitus. (*Wien. med. Presse*, 28 août.)

Aristov (V.). La valeur comparée des procédés de recherche des pigments biliaires dans les urines (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 10, 17 et 24 juillet.)

Aron (E.). Zur Mechanik der Expektoration. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.)

Aufrecht. Nephroptose und Enteroptose. (*Therap. Monatsh.*, août.)

Biffi (U.). Un procedimiento sencillo para determinar la coagulabilidad de la sangre. (*Crónica méd. de Lima*, 30 juin.)

Bittorf (A.). Zur Symptomatologie der Aortensklerose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 1-2.)

Bourland (Ph. D.). Aneurysm of the heart. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Anévrysme cardiaque.

Cabot (R. C.). A guide to the clinical examination of the blood for diagnostic purposes. 5e éd. In-8°, 549 p. avec fig. New-York. — L'examen clinique du sang au point de vue du diagnostic.

Carter (A. H.). A case of acute diabetes insipidus with fatal coma. (*Lancet*, 27 août.)

Crispin (A. M.). Renal insufficiency. (*New York Med. Journ.*, 20 août.)

Ebstein (W.) et **Schreiber** (E.). Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin im In- und Auslande : Bericht über das Jahr 1901. 1er fasc. In-8°, 160 p. Stuttgart. — Comptes rendus des travaux de pathologie interne publiés en Allemagne et à l'étranger pendant l'année 1901.

Faivre et **Morellet**. Sarcome primitif de la rate. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 août.)

Funke (R.). Ueber Pseudotetanie. (*Prag. med. Wochensch.*, 26 mai, 2, 9, 16 et 23 juin, 7, 14 et 21 juillet, 18 et 25 août.)

Gabbi (U.). Contributo allo studio della chiluria. (*Policlinico*, partie méd., XI, 9.)

Gamble (C. B.). Mental phenomena and visceral disease. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet-août.)

Halbron (P.). Cancer thyroïdien développé au niveau du sternum et simulant un anévrysme de l'aorte. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Harrass (P.). Ueber die Häufigkeit der Komplikationen der Polyarthritis rheumatica acuta, insbesondere derer von Seiten des Herzens. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 août.) — Sur la fréquence des complications du rhumatisme articulaire aigu, notamment du côté du cœur.

Hödlmoser. Ueber acute mycotische Endarteriitis der Aorta und Pulmonalarterie mit consecutiver Bildung eines myootischen Aneurysmas zwischen beiden Gefässen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.)

Hultgren (E. O.). Ueber die Addison'sche Krankheit in Schweden. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 1 et 2.)

Huyghe. Tachycardie symptomatique grave chez un neurasthénique. (*Nord méd.*, 15 août.)

Janeway (Th. C.). The clinical study of blood-pressure. In-8°, 300 p. avec fig. New-York. — Étude clinique de la pression sanguine.

Péhu. Sur un cas de fistule broncho-œsophagienne dans une adénopathie médiastinale consécutive à une péricardite tuberculeuse. (*Lyon méd.*, 14 août.)

Pfihl. Migration vers le rein droit d'un abcès du foie, sans pénétration dans les voies urinaires; ouverture par la voie lombaire ; guérison. (*Arch. de méd. navale*, juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Auché (B.). De la persistance des bacilles de Klebs-Löffler dans la gorge des enfants atteints d'angine diphtérique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 août.)

Bandini (P.). Contributo alla conoscenza dei corpi di Negri nella rabbia. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.)

Cohen (S. Solis) et **Rosenberger** (R. C.). A case of splenomegaly with blood changes and symptoms resembling those of Banti's disease, apparently due to malaria. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Fraser (Ch.). Hæmorrhagic small-pox; a clinical note of 36 cases. (*Lancet*, 27 août.) — 36 cas de variole hémorrhagique.

Holmgren (I.). Ehrlichs diazoreaktion som prognostikon vid lungtuberkulos. (*Hygiea*, août.) — La diazoréaction d'Ehrlich et sa valeur pronostique dans la tuberculose pulmonaire.

Jürgens. Zur ätiologischen Diagnose des Abdominaltyphus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 août.)

Krokiewicz (A.). W sprawie patogenezy dwoinek Fränkel'a; przypadek zapalenia przerzutowego (pneumococcosepsis metastatica). (*Gaz. lekarska*, 7 mai.)

Lignières (J.). La tuberculose humaine et celle des animaux domestiques sont-elles dues à une même espèce microbienne : le bacille de Koch? (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Luzzani (Lina). La dimostrazione del parassita specifico in un caso di rabbia nell' uomo. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.)

Monnier (U.) et **Gendron** (A.). Étude clinique et expérimentale sur la persistance du bacille de Klebs-Löffler dans les fosses nasales et dans la cavité bucco-pharyngée des convalescents de diphtérie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 août.)

Perez (A.). Intorno ad una epidemia di meningite cerebro-spinale. (*Gazz. degli Osped.*, 21 août.)

Sapincourt (R. de). Du tétanos céphalique avec paralysie faciale (forme faciale du tétanos). (*Rev. méd. de Normandie*, 25 août.)

Schmaltz. Zur Kenntnis der Herzstörungen beim Scharlach und ihrer Folgen. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 août.) — Sur les complications cardiaques de la fièvre scarlatine et leurs suites.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alurralde (M.). Nuevas investigaciones sobre la fisiología patológica y la patogenia de los temblores. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Bailey (P.). Delirium from nervous shock. (*Med. News*, 27 août.)

Battistelli (L.). Intorno al significato clinico di una fobia. (*Policlinico*, 30 juillet.)

Benedict (A. L.). Oesophageal neuroses. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Carini (L.). Tabe dorsale, paralisi progressiva e impulso motorio. (*Gazz. degli Osped.*, 23 août.)

Determann. Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. In-8°, 94 p. Halle. — Diagnostic et traitement du tabes au début.

Latarjet. Des psychoses d'origine thyroïdienne et de leur traitement chirurgical. (*Lyon méd.*, 18 sept.)

Leyden (E. von) et **Goldscheider** (A.). Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. 2e éd. 2e partie. In-8°, 524 p. avec fig. Vienne. — Les maladies de la moelle épinière et du bulbe rachidien.

Luczycki (B.). Przypadek syfilisu mostu Warola. (*Gaz. lekarska*, 6 août.) — Un cas de syphilis de la protubérance.

Mendel (E.) et **Jacobsohn** (L.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (7. Jahrgang, 1903). 1re partie. In-8°, 597 p. Berlin. — Compte rendu des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés en 1903.

Nazari (A.). Su i reperti batteriologici nella « paralisi ascendente acuta di Landry ». (*Policlinico*, partie méd., XI, 8.)

Newmark (L.). Ueber die familiäre spastische Paraplegie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 1-2.)

Nogues (J. G.). Tratamiento de la agitación y del insomnio en los alienados. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

Peixoto (A.). A loucura maniaca-depressiva. (*Brazil-medico*, 22 juillet et 1er août.)

Putti (V.). Contributo clinico alle deformità nella siringomielia e nella tabe. (*Policlinico*, partie méd., XI, 8.)

Seidelmann (W.). Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten nach Pneumonie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 1-2.)

Tretti (G.). Intorno alla partecipazione del cuore nella corea. (*Pediatria*, août.)

Van Erp Taalman Kip (M. J.). Een theorie der hysterie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 août.)

Vigouroux (A.) et **Laignel-Lavastine**. Tabes à évolution rapide chez un paralytique général; scléroses combinées; méningo-myélite. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Alexander (A.). Folliclis und Erythema induratum Bazin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 août.)

Brayton (A. W.). The cutaneous manifestations in diabetes insipidus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.)

Buffa (E.). Note sur un mucor, parasite végétal du cuir chevelu de l'homme. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 2.)

Harttung (W.) et **Alexander** (A.). Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie des « érythème induré de Bazin ». (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.)

Kinne (H. S.). Hereditary syphilis. (*Med. News*, 13 août.)

Kreibich (K.). Ueber Lupus pernio. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 1.)

Leszczynski (R. von). Eine klinische differenzielle Methode der Gonokokkenfärbung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.) — Procédé clinique pour la coloration différentielle des gonocoques.

Malinowski (F.). Syfilis dziedziczny wczesny (lues haereditaria recens). (*Gaz. lekarska*, 6 août.)

Melchior (L.). Aortitis fibrosa og andre aortalidelser hos syfilitikere. In-8°, 265 p. Copenhague.

PARASITOLOGIE

Cranwell (D. J.). Contribución al estudio de la actinomicosis humana; su frecuencia en la República Argentina. In-8°, 186 p. avec fig. Buénos-Ayres.

González Martínez (I.). La bilharziosis en Puerto Rico. In-8°, 32 p. Saint-Jean-de-Porto-Rico.

Laveran (A.) et **Mesnil** (F.). Trypanosomes et trypanosomiases. In-8°, 420 p. avec fig.

Montoya y Flórez. Parasito del paludismo en Colombia. (*Anales de la Acad. de med. de Medellin*, juin.)

Prowazek (S.). Untersuchungen über einige parasitische Flagellaten. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXI, 1.)

Ramognini (P.). Un caso di actinomicosi primitiva della pelle in un dito (patereccio actinomicotico). (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.) — Actinomycose primitive de la peau du doigt.

Sato (T.). Ueber Cysticerken im Gehirn des Menschen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 1-2.) — Sur les cysticerques du cerveau humain.

Smith (A. J.) et **Goeth** (R. A.). Ascaris texana; a note on a hitherto undescribed ascaris parasitic in the human intestine. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 août.)

CHIRURGIE

Alezais et **Vincentelli**. La péritonite tuberculeuse fibreuse latente. (*Marseille méd.*, 15 août.)

Anderson (G. R.). Notes on a series of operations for the accidents and complications of gastric ulcer. (*Lancet*, 27 août.)

Berger (P.) et **Banzet** (S.). Chirurgie orthopédique. In-8°, 628 p. avec fig.

Bleynie (P.) et **Descazals**. Gangrène de l'appendice hernié. (*Limousin méd.*, juillet.)

Blodgett (W. E.). Static foot error; analysis of 1000 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 août.) — Statistique de 1000 cas de pied plat.

Busch (L.). Ueber Enterostomie bei Darmverschluss durch Peritonitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 3-4.) — De l'entérostomie dans l'occlusion intestinale par péritonite.

Camus (M.). Fracture de la diaphyse radiale avec diastasis radio-cubitale inférieure et luxation complète de la tête du cubitus en arrière. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Ceraulo (S.). La cisti idatica solitaria della milza. (*Morgagni*, juin et août.) — Kyste hydatique solitaire de la rate.

Chaussende (H.). Sur le traitement des plaies articulaires du poignet et de la main produites par des instruments tranchants. (*Lyon méd.*, 21 août.)

Chute (A. L.). Acute cholecystitis simulating appendicitis; 2 illustrative cases. (*Med. Record*, 13 août.)

Closs (H.). Die Kropfoperationen am städtischen Hospital in Schwäbisch Gmünd von 1896-1903. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — Les opérations pour goitre pratiquées à l'hôpital municipal de Gmünd (Souabe) de 1896 à 1903.

Davis (Th. A. et D. J.). Osteomalacia in the male. (*Ann. of Surgery*, août.)

Dujarier (Ch.). Du traitement des fractures récentes fermées par l'agrafage métallique. (*Rev. de chir.*, août.)

Fiori (P.). Contributo alla chirurgia del torace; disarticolazione della IIIª, IVª e Vª costa sinistra; caso clinico e note di tecnica operativa. (*Policlinico*, 27 août.)

Zesas (D. G.). Zur Frage der Herzmassage beim Chloroformkollaps. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 août.) — Le massage du cœur dans la syncope chloroformique.

UROLOGIE

Conforti. Studio clinico ed anatomo-patologico su di un caso di vaginalite adesiva calcificata, con speciale riguardo alla spermatogenesi. (*Clinica moderna*, 27 juillet.)

Horwitz (Orville). The best method of operating to effect a radical cure of senile hypertrophy of the prostate gland, based on the study of 150 radical operations. (*New York Med. Journ.*, 6, 13 et 20 août.)

Kövesi (G.). Ueber funktionelle Nierendiagnostik. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 août.) — Sur le diagnostic fonctionnel des reins.

Lessing. Ein perineales Harnröhrendivertikel. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 8.) — Diverticule périnéal de l'urèthre.

Marchetti (O.). Citologia dell'idrocele volgare. (*Gazz. degli Osped.*, 7 août.)

Mauclaire, Cresson et **Kuss**. Rupture traumatique et totale du rein; néphrectomie par la voie antéro-latérale; mort. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Proust (R.). La prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate; prostatectomie périnéale et prostatectomie transvésicale. In-8°, 495 p. avec fig.

Van Eysselsteijn (G.). Phimosis congenita; haar beteekenis voor het individu en de maatschappij. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Ahlström (G.). Naagra komplikationer vid herpes zoster ophthalmicus. (*Hygiea*, août.)

Bondi (M.). Ueber hysterische Augenmuskellähmungen in einer Familie. (*Prag. med. Wochensch.*, 18 août.) — Paralysies hystériques familiales des muscles oculaires.

Demaría (E. B.). Patogenia del desprendimiento de la coroides después de la iridectomía en el glaucoma; formación de corpúsculos amiláceos en la pápila (*corpora amylacea*). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Dixième Congrès international d'ophtalmologie (13-17 septembre 1904, Lucerne). 1re et 2e livraisons : communications scientifiques. In-8°, 320 p. avec fig. Lausanne.

Dunn (H. P.). On infective cyclitis (so-called sympathetic ophthalmia. (*Lancet*, 13 août.)

Dupuy-Dutemps. Du glaucome consécutif à l'extraction du cristallin. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Fialho (A.). Complicações oculares da variola. (*Brazil-medico*, 15 août.)

Le Roux (H.). Sur un cas de double glaucome suraigu. (*Année méd. de Caen*, juillet.)

Roure. Sur une affection migratrice du tissu épiscléral. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Toti (A.). Nuovo metodo conservatore di cura radicale delle suppurazioni croniche del sacco lacrimale (dacriocistorinostomia). (*Clinica moderna*, 17 août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Hengge (A.). Zum Mechanismus und zur Behandlung frischer Scheiden-Damm-Verletzungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Pathogénie et traitement des ruptures récentes du vagin et du périnée.

Henkel (M.). Beitrag zur conservativen Myomchirurgie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.)

Hitschmann (F.). Zur mikroskopischen Diagnose des Abortus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 août.)

Jolly (R.). Ueber acutes Oedem der Portio vaginalis in der Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.) — Sur l'œdème aigu de la portion intravaginale du col au cours de la grossesse.

Jopson (J. H.). Hernia of the uterus through the inguinal canal. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Kouwer (B. J.). Pyelonephritis en zwangerschap. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 août.) — Pyélonéphrite et grossesse.

Kraus (E.). Ueber den suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.) — Sur l'incision sus-pubienne cruciforme de Küstner.

Lobenstine (R. W.). The leukocytosis of pregnancy, of the puerperium, and of eclampsia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Loureiro (C.). Um caso de ruptura do utero em trabalho de parto. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 juillet.)

Maly (G. W.). Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitte bei Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 août.) — Opération césarienne vaginale chez une éclamptique.

Möller (F. E.). Nogle bemærkninger i anledning af et tilfælde af glycosuri i graviditeten. (*Ugeskrift for Læger*, 28 juillet.)

Nagel (W.). Gynäkologie. 2e éd. In-8°, 420 p. avec fig. Berlin.

O'Conor (J.). A method of hysterectomy. (*Lancet*, 27 août.)

Opitz (E.). Beitrag zur Mechanik des Tubenverschlusses. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.) — Sur le mécanisme de l'oblitération de la trompe.

Remy. Longue rétention du placenta après l'avortement. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Riese (E.). Behandlung der Schenkelbrüche Neugeborener durch permanente Extension. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 oct.) — Traitement des fractures de cuisse du nouveau-né par l'extension continue.

Robb (H.) et **Smith** (W. H.). The streptococcus in gynecological surgery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Rossi Doria (T.). Sopra una nuova possibile causa di lacerazione centrale del perineo. (*Policlinico*, 13 août.)

PÉDIATRIE

Astros (L. d'). A propos d'un cas de scorbut infantile (maladie de Barlow). (*Marseille méd.*, 15 août.)

Benati (R.). Di un caso di dermatite d'origine intestinale a sede atipica in un bambino di cinque mesi. (*Pediatria*, juillet.)

Budin (P.). Manuel pratique d'allaitement; hygiène du nourrisson. In-8°, 245 p. avec fig.

Durante (D.). Di un caso di adiposi dolorosa in una fanciulla di 9 anni. (*Pediatria*, juillet.)

Flamini (M.). Contributo allo studio delle lesioni del rene nella difterite. (*Policlinico*, partie méd., XI, 9.)

Hagenbach-Burckhardt (E.). Klinische Beobachtungen über die Muskulatur der Rachitischen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 3.)

Lederer (C.). Natürliche Kinderernährung. In-8°, 63 p. Vienne. — L'alimentation naturelle des enfants.

Léquyer (J.). Cirrhose alcoolique chez un enfant de trois ans. (*Gaz. méd. de Nantes*, 13 août.)

Leuret (E.). Note sur un cas d'emphysème sous-cutané spontané. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 août.)

Ley. L'arriération mentale; contribution à l'étude de la pathologie infantile. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mai-juin juillet-août.)

Miller (D. J. M.) et **Gittings** (J. C.). Pyopericardium and commencing interstitial pneumonia complicating ileocolitis in an infant aged four and a half months. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Oberwarth (E.). Ueber eine selten kleine, am Leben gebliebene Frühgeburt; ein Beitrag zur Frage nach dem Eintritt der Lebensfähigkeit. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 2.) — Enfant très petit, né avant terme et ayant survécu; sur l'époque de la viabilité.

Porot (A.). Occlusion et invagination intestinales mortelles, dues aux ascarides. (*Lyon méd.*, 14 août.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bandi (I.). Contribuição á serumtherapia do carbunculo hematico; dois casos de septicemia carbunculosa no homem curados pelo serum anticarbunculoso. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 août.)

Bragagnolo (G.). Intorno alla cura dell'anemia colle iniezioni ipodermiche di arseniato di ferro solubile. (*Riv. veneta di scienze med.*, 31 juillet.)

Brown (S.). Hypodermic injection of strychnine nitrate in the treatment of progressive muscular atrophy. (*Med. Record*, 6 août.)

Capuano (M.). Sulla cura della pneumonite lobare acuta e sull'uso della digitale a dosi tossiche. (*Gazz. degli Osped.*, 21 août.)

Engel (C. S.). Ueber einen Versuch, mit Hilfe des Blutserums eines Anämischen einen therapeutisch verwendbaren specifischen Antikörper herzustellen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.) — Mode de préparation, à l'aide du sérum sanguin d'un anémique, d'un anticorps spécifique contre l'anémie.

Ewart (W.). Interrupted circulation as a therapeutic agent, illustrated in two cases of rheumatoid arthritis. (*Lancet*, 13 août.)

Fayol (A.). Contribution à l'étude des principes actifs des capsules surrénales. In-8°, 54 p. Lyon.

Hare (F.). The medical treatment of deep-seated hæmorrhage. (*Lancet*, 20 août.) — Traitement médical des hémorrhagies internes.

NOTRE PROGRAMME

Faire dans la presse médicale ce qui avait été déjà accompli dans la presse politique, c'est-à-dire publier un journal à grand tirage et à bon marché, tout en présentant une valeur scientifique réelle et incontestable, tel a été le but que nous nous sommes proposé lorsque nous avons fondé la **Semaine Médicale** en 1881.

Depuis VINGT-CINQ ANS, nous avons toujours été fidèle à notre programme qui se résume en deux mots : *Faire bien.*

La situation exceptionnelle et unique que la **Semaine Médicale** a acquise en France et à l'étranger par l'importance de son tirage est due à l'idée qui préside à la direction de ce journal et qui a pour principal objectif de donner l'événement de la semaine de la manière la plus complète et la plus immédiate.

D'ailleurs, il est suffisamment établi, sans qu'il soit besoin de le démontrer ici, que la **Semaine Médicale** est bien un véritable journal et non une revue comme les autres journaux de médecine, qui s'attachent peu à publier à la première heure les faits que recherchent particulièrement nos rédacteurs toujours en quête de la nouveauté médicale.

Outre les *Travaux originaux*, les *Leçons cliniques*, les *Revues générales* et *critiques*, les *Répertoires cliniques*, les articles consacrés aux *Actualités médico-chirurgicales*, à l'*Hygiène publique*, aux *Intérêts professionnels*, etc., chaque numéro contient :

Le compte rendu des *Sociétés savantes* de Paris ayant siégé pendant la semaine : Académie de médecine, Académie des sciences, Sociétés de chirurgie, médicale des hôpitaux, biologie, dermatologie et syphiligraphie, etc. ;

Le compte rendu, sous la rubrique *Etranger*, des travaux de la Société de médecine berlinoise et de la Société de médecine interne de Berlin, de la Société império-royale des médecins et du Collège médical de Vienne, de l'Académie de médecine de Belgique, etc. Ces comptes rendus nous sont fournis en français par nos correspondants spéciaux et la publication en est faite dans les mêmes conditions de fidélité et de célérité que nous observons à l'égard des Sociétés savantes de Paris ;

Un *Bulletin bibliographique international* indiquant tous les ouvrages et mémoires ayant la médecine pour objet, dont l'apparition est parvenue à notre connaissance dans l'intervalle de chacun des numéros du journal. Nous citons exactement le titre même de l'ouvrage, et, en outre, pour ceux de langue étrangère, nous donnons la traduction du titre ou une indication suffisante. Le nombre des indications bibliographiques dépasse 15,000 par an. Mais comme il est à peu près impossible, vu le manque de temps, la somme à dépenser et la diversité de langues, de lire toutes les publications et tous les ouvrages de médecine qui paraissent et dont il peut être utile de connaître le contenu, la **Semaine Médicale** publie, sous la rubrique *Littérature médicale*, une analyse détaillée des principaux ouvrages et mémoires médicaux parus dans les deux mondes. Nos collaborateurs ont pour mission de présenter, d'une manière impartiale et sans tenir compte de la personnalité de l'auteur, les divers points nouveaux des articles et des livres susceptibles d'être analysés ;

Plusieurs articles de *Médecine* ou *Chirurgie pratique* sur un sujet nouveau ou un point important de la pratique et une série de *Notes thérapeutiques* relatives à des médications et à des procédés de traitement nouvellement préconisés.

Tous les deux mois, il paraît une *Revue de thérapeutique médicale* ou *chirurgicale*, écrite par des professeurs des Facultés de médecine.

La **Semaine Médicale** est le journal qui publie le premier le compte rendu des *Congrès français et étrangers* intéressant le Corps médical. De plus, des correspondants sont établis dans les principaux pays et, au besoin, des rédacteurs sont envoyés là où l'intérêt médical est en jeu.

Par l'intermédiaire de ses correspondants français et étrangers, la **Semaine Médicale** relate dans chaque numéro, sous la rubrique *Nouvelles*, *Varia*, *Nécrologie*, *Facultés et Ecoles de médecine*, tous les petits faits pouvant intéresser le Corps médical de tous les pays.

Pour parfaire la confection matérielle de notre périodique, nous avons créé en 1891 une imprimerie spéciale pour la **Semaine Médicale**, et nous employons exclusivement du papier fabriqué avec des chiffons de bonne qualité, lequel est de conservation indéfinie ; le journal est mis sous presse dans la nuit du mardi, après la séance de l'Académie de médecine, et imprimé sur machine spéciale à tirage rapide ; tous les exemplaires, pliés mécaniquement, sont mis sous chemise pour éviter tout maculage dans le cours du trajet postal et sont expédiés par les premiers courriers postaux du mercredi matin.

La précision et la rapidité d'information permettent à tous les médecins d'être au courant des faits médicaux, comme s'ils se trouvaient présents au moment même de leur production.

En résumé, la **Semaine Médicale** est, de tous les journaux de médecine, le plus important, le plus complet, le plus instructif, le plus pratique, le mieux informé.

Les nouveaux souscripteurs pour l'année 1905 recevront *gratuitement* les numéros de la SEMAINE MÉDICALE à paraître du jour de la réception du montant de leur souscription jusqu'à la fin de la présente année.

24e ANNÉE. — N° 43. Vingt centimes le numéro. 26 OCTOBRE 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Tillaux, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Académie de médecine. — M. le docteur Flavard, ancien chirurgien des hôpitaux de Marseille. — M. le docteur K. H. Huppert, ancien professeur de chimie médicale à la Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Giuseppe Boccardi, professeur d'anatomie microscopique à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Umberto Flora, privatdocent de pathologie interne à l'Ecole supérieure de médecine de Florence.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

24e ANNÉE. — N° 44. Vingt centimes le numéro. 2 NOVEMBRE 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Imbert, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Combalat.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le docteur Longuet, suppléant, est nommé professeur de physiologie.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

24e ANNÉE. — N° 45. Vingt centimes le numéro. 9 NOVEMBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Le mouvement de la population en France pendant l'année 1903.

L'année dernière à pareille époque, à propos du rapport annuel sur le mouvement de la population de la France, nous avons publié une assez longue étude sur l'accroissement de la population française comparé à celui des principaux pays d'Europe (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 359). A ce point de vue, la situation de notre pays reste toujours aussi peu satisfaisante, puisque le nombre des naissances s'est encore abaissé en 1903 de 18,666 sur l'exercice précédent. Si l'excédent des naissances se maintient en 1903 à un niveau peu différent de celui des deux dernières années, cela provient exclusivement d'une diminution continue de la mortalité : le nombre des décès enregistrés en 1903 est inférieur de 7,828 unités à celui de 1902. Mais, tandis que le nombre des naissances a été plus faible l'an passé qu'en 1902 pour les cinq sixièmes des départements français (73), le total des décès n'a diminué que dans la moitié environ des départements (40). L'abaissement de la mortalité est donc moins général que celui de la natalité.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Reclus, professeur d'opérations et appareils, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Tillaux, décédé.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Augagneur, professeur de pathologie externe, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Gailleton, décédé.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Stanislas Maziarski, privatdocent d'histologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur F. Tangl, professeur de chimie physiologique à la Faculté de médecine de Budapest, est nommé professeur ordinaire de physiologie, en remplacement de M. O. Zoth.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Edmund Hoke (*médecine interne*); Hermann Ulbrich (*ophtalmologie*).

Université de Leeds. — M. le docteur Albert S. F. Grünbaum, lecteur de médecine expérimentale à University College de Liverpool, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Pérochaud, professeur de thérapeutique à l'Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur C. L. Wurfbain, ancien professeur de chirurgie à la Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur Angel Money, ancien professeur adjoint de médecine à University College de Londres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Ruckert (A.). Ueber Knochen- und Knorpelbefunde in den Tonsillen. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.) — Sur la présence d'os et de cartilage au niveau des amygdales.

Santi (E.). Die Pathologie des Corpus luteum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet et août.)

Schwalbe (E.). Intraabdominelle Hernie der Bursa omentalis bei geschlossenem Foramen Winslowii. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.) — Hernie intra-péritonéale du grand épiploon, avec occlusion de l'hiatus de Winslow.

Schwyzer (F.). The pathogenesis of the aneurysmata of the aorta. (*New York Med. Journ.*, 6 août.)

Tendeloo (N. Ph.). Lymphogene retrograde Metastasen von Bakterien, Geschwulstzellen und Staub aus der Brust- in die Bauchhöhle, besonders in paraaortalen Lymphdrüsen. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 août.)

Warthin (A. S.). Pseudomelanosis of the hæmolymph glands. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bertarelli (E.). Sopra le vie per le quali il virus rabido arriva alle ghiandole salivari del cane. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.)

Lamb (G.) et **Hunter** (W. K.). On the action of venoms of different species of poisonous snakes on the nervous system; second communication : a further note on cobra venom. (*Lancet*, 20 août.) — Sur l'action du venin de différentes espèces de serpents venimeux sur le système nerveux.

Rzentkowski (C. von). Atheromatosis aortæ bei Kaninchen nach intravenösen Adrenalininjectionen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er août.) — Athérome de l'aorte, provoqué chez des lapins par des injections intraveineuses d'adrénaline.

Sinnhuber (F.). Ueber die Beziehungen der Thymus zum Kalkstoffwechsel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.) — L'influence du thymus sur le métabolisme du calcium.

Van Loghem (J.-J.). Etude expérimentale sur la pathologie de la goutte; la résorption de l'acide urique et de l'urate de soude. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

MÉDECINE

Burt (S. S.). Metastatische Sarkomatose der Lungen mit Epikrise, diagnosticirt auf Grund des mikroskopischen Befundes der Primärgeschwulst. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 août.) — Métastases sarcomateuses du poumon.

Congrès français de médecine. 7e session. Paris 1904. Rapports. In-8°, 547 p. avec fig.

Dunham (J. D.). Carcinomatous transformation of ulcer of the stomach. (*Amer. Medicine*, 30 juillet.)

Einhorn (M.). Die Kunst das Körpergewicht nach Belieben zu erhöhen und zu erniedrigen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 août.) — L'art d'augmenter ou de diminuer à volonté le poids du corps.

Evans (G. H.). Illustrative cases of myelogenous leukemia; preliminary report. (*Amer. Medicine*, 13 août.)

Fletcher (B. K.) et **Sappington** (S. W.). Splenohepatic fibrosis with a remarkable leucocytosis. (*Amer. Medicine*, 6 août.)

Horner (A.). Ueber den Vorhofdruck bei Klappenfehlern. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 août.) — Sur la pression intra-auriculaire dans les affections valvulaires du cœur.

Janczurowicz (S.). Przypadek plesnicy zoladka, wywolanej przez nieopisywanego dotychczas pasozyta oraz ogólny poglad na obecnosc plesni w zóladku i na ich znaczenie kliniczne. (*Gaz. lekarska*, 21 mai et 5 juin.) — Un cas de gastrite mycotique provoquée par un parasite non encore décrit; étude sur les moisissures ordinaires de l'estomac et sur leur signification clinique.

Kemp (R. C.). Observations on dilatation of the stomach and on gastroptosis. (*Med. News*, 6 août.)

King (D. B.). The pathogenesis of bronchiectasis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juillet.)

Koziczkowsky (E. von). Beiträge zur Methodik der klinischen Stuhluntersuchung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 août.) — Technique de l'examen clinique des matières fécales.

Landolfi (M.). Un caso non comune di versamento peritoneale. (*Gazz. degli Osped.*, 28 août.) — Cas insolite d'épanchement péritonéal.

Lortat-Jacob et **Sabaréanu** (G.). Myxœdème acquis au cours d'une cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Mayfield (C.). Auto-intoxication of gastro-intestinal origin. (*Med. News*, 20 août.)

McQueen (R. M.). A case of latent portal cirrhosis with sudden onset of hæmatemesis and rapidly fatal toxæmia. (*Lancet*, 20 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bing (H. J.) et **Ellermann** (V.). Ueber Diphtheriestatistik. (*Therap. Monatsh.*, août.)

Busquet (P.). Des relations qui paraissent exister entre la trypanosomiase humaine, la fièvre dum-dum, le kala-azar et certaines formes de cachexie dite paludéenne. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 août.)

Craig (F. A.). The diagnosis of advanced pulmonary tuberculosis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.)

Erne. Ein Fall von Paratyphus. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 août.)

Fischer (B.). Die Eintrittspforten der Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 août.) — Les portes d'entrée de la tuberculose.

Flick (L. F.). The treatment and control of the tuberculous patient in his home. (*Amer. Medicine*, 30 juillet.)

Ipsen (J.). Mennesketuberkulose af udseende som kvægets perlesyge. (*Hospitalstidende*, 24 août.) — Tuberculose humaine présentant l'aspect de la pommelière des bovidés.

Landis (H. R. M.). Differential diagnosis between pulmonary tuberculosis and conditions resembling it. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.)

Muglia (N.). Note cliniche sopra un'epidemia di scarlattina. (*Gazz. degli Osped.*, 28 août.)

Norris (G. W.). The diagnosis of incipient pulmonary tuberculosis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.)

Rossiwall (E.). Zur Frage des extrabuccalen Scharlachs. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 3.) — Sur la scarlatine dite chirurgicale.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Allen (Ch. L.). Beginning general paresis, its recognition and management. (*Med. News*, 20 août.)

Cabred (D.) et **Borda** (J. T.). La demencia precoz. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Decroly (O.). Contribution à la symptomatologie du spasme salutatoire (epilepsia nutans). (*Policlinique*, 1er août.)

Deny (G.). Des démences vésaniques. In-8°, 80 p. Pau.

Donath (J.). Die Bedeutung des Cholins in der Epilepsie; nebst Beiträgen zur Wirkung des Cholins und Neurins sowie zur Chemie der Cerebrospinalflüssigkeit. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 1-2.)

Enlind (K. A.). Alcoholism and drug habits; their pathology and treatment. (*Med. Record*, 20 août.)

Eschle (F. C. R.). Die krankhafte Willensschwäche und die Aufgaben der erziehlichen Therapie. In-8°, 198 p. Berlin. — L'aboulie et son traitement par l'éducation.

Etchepare (B.). La demencia precoz. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.)

Etiévant. Epilepsie d'origine nasale. In-8°, 7 p. Vienne.

Finzi (G.). Un caso di paralisi nucleare del terzo paio dei nervi cerebrali con autopsia. (*Policlinico*, partie méd., XI, 8.)

Fischer (L.). Cerebrospinal meningitis, with remarks on its diagnosis, prognosis and treatment. (*Med. Record*, 13 août.)

Frank (K.). Wirbelerkrankung bei Tabes dorsalis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 août.) — Les ostéo-arthropathies vertébrales dans le tabes dorsalis.

Giani (P.). Osservazioni sopra alcune alterazioni della sensibilità. (*Giorn. med. del R°. Esercito*, sept.)

Glorieux (Z.). Réflexions sur le traitement des troubles moteurs d'origine hystérique. (*Policlinique*, 15 août.)

Gordon (A.). Transition of obsessions to delusions. (*Med. News*, 13 août.)

Grasset (P.). L'hypnotisme et la suggestion. 2e éd. In-18, 538 p.

Hackl (M.). Das Anwachsen der Geisteskranken in Deutschland. In-8°, 104 p. Munich. — L'augmentation du nombre des aliénés en Allemagne.

Hall (J. N.) et **Walbrach** (C. E.). Adiposis dolorosa. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Howard (W. L.). Dipsomania and its treatment. (*Med. News*, 6 août.)

Idelsohn (H.). Ein Beitrag zur Pathologie und Histologie des «tabischen Fusses». (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 1-2.) — Sur la pathologie et l'histologie du pied tabétique.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brandweiner (A.). Zur Frage der Blastomykose der Haut und über ihre Beziehungen zur Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 1.)

Brosius (W.). Eine Syphilisendemie vor 12 Jahren und ihre heute nachweisbaren Folgen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.) — Conséquences éloignées d'une épidémie de syphilis datant de douze ans.

Chirivino (V.). Ueber einige Entwicklungsanomalien der Barthaare; klinische, histologische und bakterioskopische Untersuchungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.) — Sur certaines anomalies du développement des poils de la barbe.

Dinkler. Ueber akute multiple Hautgangrän. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 1.) — Sur les gangrènes disséminées aiguës de la peau.

La Mensa. Seltene Fälle von Hautkrankheiten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.) — Cas rares de maladies de la peau.

Latte (D.). Ueber multiple neurotische Hautgangrän. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 août.) — Sur les gangrènes disséminées de la peau d'origine névropathique.

Möller (M.). Gonorrhoe-Beobachtungen bei Männern. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.) — De la blennorrhagie chez l'homme.

Mracek (F.). Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten. 2e éd. In-8°, 284 p. avec fig. et planches. Munich. — Atlas-manuel des maladies de la peau.

Radaeli (F.). Ricerche sulla eliminazione delle sostanze azotate durante la cura arsenicale in alcuni casi di psoriasi. (*Clinica moderna*, 17 août.)

CHIRURGIE

Allen (E. S.). General suppurative peritonitis of streptococcus origin, with recovery. (*Amer. Practitioner and News*, 15 août.)

Aulhorn (E.). Erfahrungen mit der lokalen Anästhesie in der poliklinischen Praxis. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 août.)

Battle (W. H.). On the diagnosis of osteo-sarcoma of the long bones. (*Lancet*, 27 août.) — Le diagnostic de l'ostéosarcome des os longs.

Berg (A. A.). Transverse ectopy of the testis. (*Ann. of Surgery*, août.)

Braun (O.). Zur unblutigen Therapie der Luxatio coxæ congenita. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 3.)

Brick (J. C.). The diagnosis and treatment of hemorrhoids. (*Amer. Medicine*, 23 juillet.)

Childs-Macdonald (G.). Surgical aspect of a case of Jacksonian epilepsy. (*Amer. Medicine*, 6 août.)

Collins (H. D.). Technical errors in the use of rubber gloves. (*Med. News*, 20 août.) — Erreurs de technique dans l'usage des gants de caoutchouc.

Curtis (B. F.) et **Wood** (F. C.). Chronic mastitis and diffuse fibro-adenoma of the breast. (*Med. News*, 13 août.)

Delabost (E.) et **Halipré** (A.). Gangrène sèche du membre supérieur gauche; oblitération de l'artère sous-clavière gauche. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 août.)

Delbet (P.). Extirpation des ganglions tuberculeux du cou par un procédé esthétique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Ehrhardt (O.). Ueber die von den Gallenwegen ausgehenden Peritonitiden. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 3.) — Sur les péritonites d'origine biliaire.

Frank (J.) et **Eckley** (W. T.). Congenital and infantile omentocele on same side, separated from greater omentum and peritoneal cavity. (*Ann. of Surgery*, août.)

Fuchsig (E.). Ueber Stichverletzungen des Magens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 août.) — Sur les plaies pénétrantes de l'estomac, produites par des instruments piquants.

Gebele. Ueber embolische Lungenaffektionen nach Bauchoperationen; eine klinisch-experimentelle Studie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — Sur les embolies pulmonaires consécutives à la laparotomie.

Graf (R.). Zwei Fälle von Echinococcus mit seltener Lokalisation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 août.)

Graser (E.). Zur Behandlung der Luxatio patellæ inveterata; Osteotomie am Oberschenkel mit Einwärtsdrehung der unteren Epiphyse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 2.)

Gray (H. M. W.). A cause of intestinal obstruction after gastro-enterostomy. (*Lancet*, 20 août.)

Gurney (S.). Surgery under difficulties in East Africa. (*New York Med. Journ.*, 20 août.)

Haga. Kriegschirurgische Erfahrungen aus der Zeit der nordchinesischen Wirren 1900. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 3.) — Notes de chirurgie d'armée, recueillies pendant les troubles de la Chine septentrionale, en 1900.

Hagen-Torn (O.). Zur Arthrodesenbildung. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 27 août.)

Hahn (F.). Ueber die Endresultate der Radicaloperationen der Unterleibsbrüche. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 1-2.) — Résultats éloignés de la cure radicale des hernies abdominales.

Heine (O.). Zur subkutanen Gestaltung der linearen Osteotomie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 27 août.)

Hertle (J.). Ueber ein differentialdiagnostisches Symptom zwischen Hernia cruralis und Varix der Vena saphena magna. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 2.)

Hofmann (M.). Ueber subkutane Ausreissung der Sehne des langen Bizepskopfes an der Tuberositas supraglenoidalis und secundäre Naht. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 août.) — Arrachement sous-cutané du tendon de la longue portion du biceps; suture secondaire.

Jackson (J.). Advantages of ambidexterity. In-8°, 32 p. Londres.

Jepson (W.) et **Albert** (F.). Primary sarcoma of the spleen, and its treatment by splenectomy. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Sur le sarcome primitif de la rate et son traitement par la splénectomie.

Julliard (Ch.). De la valeur clinique de la courbe leucocytaire dans les maladies chirurgicales et, en particulier, dans l'appendicite; état de la question. (*Rev. de chir.*, mai, juillet et août.)

Kelley (J. Th.). Abscess of the liver and of the lung after appendicitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Abcès du foie et du poumon d'origine appendiculaire.

Kiliani (O. G. T.). Some remarks on tumors of the chiasm, with a proposal how to reach the same by operation. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Klauber (O.). Ueber komplicierte Frakturen der Extremitäten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 2.)

Klaus (R.). Zur Kasuistik der Knochenbrüche, mit besonderer Berücksichtigung der Rentenverhältnisse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — Les fractures osseuses, notamment au point de vue des accidents du travail.

König. Steine in der Gallenblase und deren Behandlung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 août.) — La lithiase vésiculaire et son traitement.

Kopczynski (A.). Wydobycie przez przetoke zoladkowa zglebnika przelykowego. (*Gaz. lekarska*, 2 juillet.) — Extraction d'une sonde œsophagienne à travers une fistule gastrique.

Korff (B.). Weitere Erfahrungen zur Scopolamin-Morphin-Narkose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 août.)

Kuss (G.-E.). Hypertrophie congénitale du deuxième orteil. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Lessing. Zur Behandlung des eingeklemmten Bruches. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 3-4.) — Sur le traitement de l'étranglement herniaire.

UROLOGIE

Elliott (A. R.). Bacteriuria, with special reference to coli bacilluria. (*Med. News*, 20 août.)

Keyes (E. L.). Bacteriuria. (*New York Med. Journ.*, 27 août.)

Krotoszyner (M.) et **Willard** (W. P.). Aseptic catheterization of the urinary passages. (*Med. News*, 27 août.)

Lydston (G. F.). The indications for, and the technique of, prostatectomy. (*New York Med. Journ.*, 6 août.)

Rovsing (Th.). Metoderne til at bestemme nyrernes fysiologiske funktionsevne forud for nyreoperationer. (*Hospitalstidende*, 3 et 10 août.) — Les procédés d'exploration fonctionnelle du rein avant les interventions sur cet organe.

Singley (J. De V.). Subcapsular nephrectomy for pyonephrosis. (*Amer. Medicine*, 6 août.)

Sprecher (F.). Contributo allo studio dell'epididimite blenorragica. (*Riforma med.*, 18 mai.)

Steensma (F. A.). Over het voorkomen van nitrieten in urine en hun beteekenis voor het qualitatief en quantitatief urine-onderzoek. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 13 août.)

Stevens (B. C.). The radical cure of patent urachus (urachal urinary fistula). (*Lancet*, 27 août.)

OPHTALMOLOGIE

Coburn (E. B.). Associated movements of the upper eyelid and lower jaw. (*Med. Record*, 13 août.) — Mouvements associés de la paupière supérieure et de la mâchoire inférieure.

Lewis (F. N.). A case of foreign body remaining in the lens of the eye for six years with the lens otherwise clear. (*Med. Record*, 6 août.) — Corps étranger ayant séjourné pendant six ans dans le cristallin sans déterminer d'opacité.

Snell (S.). An epidemic of acute ophthalmia. (*Lancet*, 13 août.)

Toufesco (M[lle] S.). Note sur l'aphakie congénitale. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Velhagen (K.). Ueber Turmschädel und Sehnervenatrophie. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

De Snoo (K.). Eenige gevallen van buitenbaarmoederlijke zwangerschap. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 13 et 20 août.) — Quelques cas de grossesse extra-utérine.

Jaworski (J.). O znaczeniu zastrzykiwan podskórnych serum artificiale w zakazeniu pologowem. (*Kronika lekarska*, 15 juin.) — De la valeur des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans l'infection puerpérale.

Krömer. Die Prophylaxe der Wochenbetts-Morbidität in der Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Influence des soins prophylactiques donnés pendant la grossesse sur la morbidité des suites de couches.

Liek (E.). Beitrag zur Statistik des inoperablen Uteruscarcinoms. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

Lisowski (J.). Spostrzezenia nad stalem przeplukiwaniem wedlug prof. Snegirew'a. (*Kronika lekarska*, 1[er] juin.) — Les irrigations continues d'après le procédé de M. Sneguirev.

Lockwood (Ch. D.). Relative indications for cesarean section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Moore (A. A.). Placenta prævia centralis; profuse hæmorrhage; collapse; podalic version; manual extraction of placenta; recovery of mother. (*New York Med. Journ.*, 6 août.)

Mourza (A.). Un cas d'hématomètre post partum (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, juillet-août.)

Murray (Grace P.). Rectal constipation in women. (*Med. Record*, 6 août.) — De la constipation chez la femme.

Nikonov (S.). Utérus double avec avortement à évolution insolite, suivi d'un accouchement normal à terme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 juillet.)

Paperna (A.). Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant le travail (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 14 et 21 août.)

Patz (E.). Wiederholte Ruptur des Uterus. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 août.) — Rupture itérative de l'utérus.

Pollak (E.). Die Scheidencysten in ihrer Beziehung zum Gartner'schen Gange. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LII, 3.) — Les kystes du vagin et leurs rapports avec les canaux de Gartner.

Rivkine (A.). Ruptura vaginæ sub coitu (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 24 juillet.)

Rosenberg (J.). Hemorrhage before, during and after labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Les hémorrhagies puerpérales.

Sampson (J. A.). The relation between carcinoma cervicis uteri and the rectum and its significance in the more radical operations for that disease. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juin.)

PÉDIATRIE

Barras (W. G.). Meningeal infection by the diplococcus pneumoniæ, simulating infective cerebro-spinal meningitis. (*Lancet*, 27 août.)

Bechtold (C.). Ein Fall von chronischem perforierendem Magengeschwür im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 2.) — Ulcère perforant de l'estomac chez une petite fille.

Bertazzoli. Parotite e meningismo. (*Gazz. degli Osped.*, 9 août.)

Brüning (H.). Ueber die Ziegenmilch und ihre Verwendung bei kranken Säuglingen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 3.) — Le lait de chèvre et son emploi chez le nourrisson malade.

Cattaneo (C.). Cirrosi per obliterazione congenita delle vie biliari. (*Pediatria*, août.)

Cecchi (G.). Sieroreazione, sierodiagnosi, sieroterapia delle cistiti coli-bacillari dell'età infantile. (*Morgagni*, août.)

Corner (E. M.). On the pathology and treatment of the herniæ of children and their relation to conditions in the adult. (*Lancet*, 20 août.)

Cozzolino (O.). A proposito di un caso di produzione sottolinguale con assenza di eosinofilia negli elementi del tumore. (*Pediatria*, juillet.)

Emery (W. d'Este). A new pathogenic bacterium causing basal meningitis in infants. (*Lancet*, 27 août.)

Fede (F.) et **Finizio** (G.). Ricerche comparative sul valore terapico dell'acido idroclorico e dell'acido lattico nelle dispepsie gastro-intestinali dell'infanzia. (*Pediatria*, juillet.)

Greeff (J. G. W.). Pyloric stenosis in infants. (*Med. Record*, 27 août.)

Guglielmetti (E.). Della tubercolosi tra i bambini ed i fanciulli considerata dal punto di vista delle sorgenti d'infezione, della profilassi e della cura ospedaliera. (*Policlinico*, 13 août.)

Jarecky (H.). Adenoids in infants. (*New York Med. Journ.*, 13 août.)

Neumann (H.). Traumatisches Rachengeschwür bei einem Säugling. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 2.) — Ulcère traumatique du pharynx chez un nourrisson.

Zuccòla (P. F.). Su un caso di leucanemia in un neonato. (*Pediatria*, août.)

TÉRATOLOGIE

Oberwarth (E.). Ueber angeborene Agenesie einer Lunge. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 2.) — Absence congénitale d'un poumon.

Schulz (O. E.). Ueber einen Fall von angeborenem Defekt der Thoraxmuskulatur mit einer Verbildung der gleichseitigen oberen Extremität. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 août.) — Atrophie congénitale des muscles thoraciques avec difformité du membre supérieur homonyme.

Taniévsky. Vagina et uterus duplex s. didelphis (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, juillet-août.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bacon (G.). Conservatism in otology. (*Med. News*, 6 août.)

Bourak (S.). Contribution à l'étude du traitement opératoire de la tuberculose laryngée (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 août.)

Chauveau (C.). De quelques localisations peu fréquentes de la syphilis nasale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Claoué (R.). Résection sous-muqueuse de la cloison nasale déviée. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 sept.)

Fischer (J. F.). De ved adenoide vegetationer fremkaldte fjernere symptomer. (*Ugeskrift for Læger*, 4 août.) — Les symptômes éloignés associés aux végétations adénoïdes.

François-Dainville. Papillome de la luette. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Heckel (F.). Surdité neurasthénique surajoutée à une lésion tubaire légère. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Kutvirt (O.). Sarcoma sinus frontalis. (*Sbornik klinicky*, V, 6.)

Lederman (I.). A case of abscess of the brain following acute suppurative otitis media. (*Amer Practitioner and News*, 1er août.) — Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne aiguë.

Oppenheimer (S.). Report of two cases of mastoiditis with paralysis of facial nerve; recovery of paralysis following operation. (*Med. Record*, 10 sept.)

Réthi (L.). Die Radicaloperation des Kieferhöhlenempyems von der Nase her. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 août.) — La cure radicale de la sinusite maxillaire par la voie nasale.

HYGIÈNE

Bergey (D. H.). The cellular and bacterial content of cow's milk at different periods of lactation. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Calmette (A.). Contribution à l'étude de l'épuration des eaux résiduaires des villes et des industries. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Cobb (J. O.). Is milk a factor in the spread of tuberculosis? (*New York Med. Journ.*, 13 août.) — Le lait est-il un facteur de la dissémination de la tuberculose?

Craig (J. D.). The influence of the filtration of potable water on the death rate of typhoid fever. (*Albany Med. Ann.*, août.) — Influence de la filtration de l'eau potable sur la mortalité par fièvre typhoïde.

Flaczynski (L.). Ueber den hygienischen Wert des Siegellackes. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 20 août.) — La cire à cacheter au point de vue de l'hygiène.

Friocourt. La tuberculose dans la marine au port de Brest. (*Arch. de méd. navale*, juin.)

Gautier (A.). L'alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades. 2e éd. In-8°, 661 p. avec fig.

Houston (A. C.). Note on the absence of Bacillus coli (or coli-like microbes) from one cubic centimetre to one thousand cubic centimetres of certain samples of unpolluted or only slightly polluted water. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juillet.)

Nicolle (Ch.). Un essai de campagne antipaludique en Tunisie (Oued Zargua, Pont-de-Trajan, 1903). (*Rev. méd. de Normandie*, 10 et 25 juillet, 10 et 25 août.)

Richter (G.). The principles of the preservation of food. (*Amer. Medicine*, 10 sept.) — Les principes de la conservation des aliments.

Rivas (D.). Study of formaldehyde in milk : its germicidal action and the gradual disappearance of it from the milk. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.) — L'aldéhyde formique ajoutée au lait et sa disparition progressive.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Barabás (J.). Ein geheilter Fall von Sublimat-Vergiftung. (*Pest. med.-chir. Presse*, 21 août.) — Intoxication par le sublimé; guérison.

Bayerl (B.). 2 gerichtlich-medizinisch wie chirurgisch interessante Fälle von Körperverletzung. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 août.) — 2 cas de blessures intéressantes au double point de vue médico-légal et chirurgical.

David (G.). De l'exercice illégal de la médecine en France. In-8°, 215 p. Fontenay-le-Comte.

Earp (S. E.). Case of poisoning by illuminating gas. (*New York Med. Journ.*, 27 août.) — Intoxication par le gaz d'éclairage.

Hubbard (E. V.). Illuminating gas poisoning; its rational treatment. (*Med. Record*, 10 sept.) — L'intoxication par le gaz d'éclairage et son traitement.

Jump (H. D.) et **Cruice** (J. M.). Chronic poisoning from bisulphide of carbon. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Kamen (L.). Ueber die biologische Methode des forensischen Blutnachweises. (*Wien. med. Wochensch.*, 13, 20 et 27 août.) — Le procédé biologique pour la recherche médico-légale de l'origine du sang.

Meier (O.). Ueber Vergiftung mit Kali chloricum. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 et 18 août.) — Intoxication par le chlorate de potasse.

Pohl (H. J. von). Weiterer Beitrag zur Frage der Bedeutung der gerichtlich-medicinischen Expertise bei Arsenvergiftung; 2. Mitteilung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 13, 20 et 27 août.) — L'expertise médico-légale dans les intoxications par l'arsenic.

Reinsberg (J.). O nekrofilii; pripad nekrofilie a nekrofagie. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 août.)

Rogers (L.). Physiological action and antidotes of colubrine and viperine snake venoms. In-4°, 68 p. Londres. — Action physiologique et antidotes des venins de couleuvre et de vipère.

Wachholz (L.) et **Horoszkiewicz** (S.). O zachowaniu sie krwi w zwlokach utopionych. (*Przeglad lekarski*, 25 juin et 2 juillet.) — De l'état du sang dans les cadavres des noyés.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Baruch (S.). The success of physical remedies in pulmonary phthisis as an index of their value in other chronic diseases. (*Med. Record*, 13 août.)

Brudzinski (J.). Przyczynek do leczenia szkarlatyny surowica przeciwplonicza. (*Gaz. lekarska*, 18 et 25 juin.) — Traitement de la scarlatine par le sérum antiscarlatineux.

Hecht (A.). Zur Behandlung Herzkranker. (*Therap. Monatsh.*; août.) — Traitement des cardiopathies.

Kose (O.). Prispevek ku seznání úcinku nikotinu na srdce. (*Sbornik klinicky*, V, 6.) — Action de la nicotine sur le cœur.

Lanni (A.). Contributo alla cura delle infezioni puerperali con le iniezioni endovenose di sublimato. (*Gazz. degli Osped.*, 28 août.)

Leick (B.). Diabetes insipidus, behandelt mit Strychnin-Injektionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 août.) — Traitement du diabète insipide par les injections de strychnine.

Lhoták (K.). O látkách skupiny digitalinové. (*Casopis lékaru ceskych*, 16 et 23 juillet.) — Toxicité des glycosides du groupe de la digitale.

Liasse (S.). Le traitement moderne de l'alcoolisme et de ses complications (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 juillet.)

Lyon (G.) et **Loiseau** (P.). Formulaire thérapeutique. 3e éd. In-18, 752 p.

Maslovsky (M.). Deux cas d'appendicite traités par le sérum antistreptococcique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 17 juillet.)

Mastri (C.). Quattro casi di tetano traumatico curati col metodo Baccelli. (*Gazz. degli Osped.*, 21 août.)

Mathews (F. S.). Physiological salt solution. (*Ann. of Surgery*, août.)

Murray (G. R.). Note on the serum treatment of exophthalmic goitre. (*Lancet*, 27 août.)

Nazarov (M.). Traitement de la scarlatine (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 août.)

Ováry (P.). Ueber die Wirkung des Chininum salicylicum bei septischem Fieber, besonders im Wochenbette. (*Pest. med.-chir. Presse*, 14 et 21 août.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bergonié (J.). Sur un cas de lymphosarcomatose rapidement améliorée par les rayons X. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 août.)

Boggs (R. H.). The uses of X-ray in medicine and surgery. (*Med. News*, 20 août.)

Finsen (N. R.). Meddelelser fra Finsens medicinske Lysinstitut. T. VIII. In-8°, 111 p. Copenhague.

Guerra (Z.). La cura dei raggi Röntgen nella leucemia. (*Gazz. degli Osped.*, 7 août.)

Köhler (A.). Wichtiger Röntgenbefund bei Schrotschuss ins Auge. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 août.) — Epreuve radiographique de l'œil après un coup de feu.

Leduc (S.). Traitement des névralgies par l'ion quinine. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 juillet.)

London (E. S.). L'action physiologique et pathologique des produits du radium. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 août.)

Maingot. Ordre de transparence des calculs urinaires d'après les lois de Benoist et d'après la méthode expérimentale. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 août.)

Mann (L.). Electrodiagnostische Untersuchungen mit Condensatoren-Entladungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 et 22 août.)

Moritz (F.). Methodisches und Technisches zur Orthodiagraphie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 1-2.)

Naoumov (M.). Traitement des verrues cutanées par les rayons solaires concentrés (en russe). (*Prakt. Vratch*, 14 août.)

Pusey (W. A.) et **Caldwell** (E. W.). Practical application of Röntgen rays in therapeutics and diagnosis. 2e éd. In-8°, 690 p. Londres.

Rieder (H.). Radiologische Untersuchungen des Magens und Darmes beim lebenden Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 août.) — Sur l'examen radiologique *intra vitam* de l'estomac et de l'intestin.

Rudis-Jicinsky (J.). The Röntgen rays in the treatment of tuberculosis of the joints. (*New York Med. Journ.*, 27 août.)

Schiff (E.). A case of cancer of the mamma, cured by means of Röntgen rays. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juin.)

Schmidt (H. E.). Kompendium der Röntgen-Therapie. In-8°, 62 p. avec fig. Berlin.

Stevens (R. H.). The Finsen light treatment. (*New York Med. Journ.*, 20 août.)

Witte (E.). Die Rückbildung und Heilung der Myome durch Faradisation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 nov.)

GÉNÉRALITÉS

Delobel (P.). Notes de voyage sur quelques cliniques oto-rhino-laryngologiques allemandes et autrichiennes. In-8°, 19 p. Lille.

Fontan. L'hôpital de combat à bord du *Césarévitch*. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Jahresbericht des Bürgerhospitals Basel pro 1903. In-8°, 133 p. Bâle. — Compte rendu de l'hôpital civil de Bâle pour l'année 1903.

Kintzing (P.). On the persistence of certain racial characteristics. (*Amer. Medicine*, 30 juillet.)

Liebreich (O.). Ueber Ausscheidung der Borsäure beim Menschen durch den Schweiss. (*Therap. Monatsh.*, août.) — De l'élimination de l'acide borique par la sueur chez l'homme.

Schmoll (E.). The chemical origin of leucocytes. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet-août.)

Toulouse. Les conflits intersexuels et sociaux. In-18, 415 p.

24e ANNÉE. — No 46. Vingt centimes le numéro. 16 NOVEMBRE 1904.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Etienne Horoszkiewicz est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur B. Galli-Valerio, professeur extraordinaire d'hygiène et de parasitologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur N. Ph. Tendeloo est nommé professeur d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Hermann Küttner, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Tubingue, est nommé professeur extraordinaire de chirurgie.

University and Bellevue Hospital Medical College de New-York. — M. le docteur Hermann A. Haubold, lecteur, est nommé professeur adjoint de chirurgie.

Medico-Chirurgical College de Philadelphie. — M. le docteur William Pickett est nommé professeur de neurologie et de psychiatrie, en remplacement de M. F. S. Pearce, décédé.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Petel, chirurgien des hôpitaux de Rouen. — M. le docteur Albert von Reder, ancien professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Karl Klein, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Achille Vintras, médecin en chef de l'hôpital français de Londres. — M. le docteur Herbert William Allingham, lecteur de médecine opératoire à St. George's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Theodore F. Prewitt, professeur de pathologie externe au Washington University Medical Department de Saint-Louis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bernard (L.) et **Salomon** (M.). Recherches sur la tuberculose rénale : étude expérimentale des lésions rénales provoquées par les poisons locaux du bacille tuberculeux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Demaría (E. B.). Trabajo experimental sobre la catarata producida por el masaje (en el conejo). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Galbo (C.). L'infezione tubercolare per la via vaginale; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 14 et 21 sept.)

Hirsch (C.) et **Stadler** (E.). Experimentelle Untersuchungen über den Nervus depressor. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.)

Jousset (A.). Septicémies tuberculeuses expérimentales. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Klimenko (B.). Beitrag zur Frage über die Durchgängigkeit der Darmwand für Mikroorganismen bei physiologischen Verhältnissen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 1.) — Sur la perméabilité de la paroi intestinale normale à l'égard des microbes.

Kuhn (F.). Desinfektion der Gallenwege und innere Antisepsis. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 août.) — Désinfection des voies biliaires et antisepsie interne.

Lévy (L.). Untersuchungen über die Nierenveränderungen bei experimenteller Hämoglobinurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.) — Les altérations du rein dans l'hémoglobinurie expérimentale.

Martini (E.). Sull'azione dei nervi tiroidei e sull'influenza della loro resezione sulla ghiandola. (*Policlinico*, 3 et 10 sept.)

Tchitchkine (A.). Influence de l'ingestion des bactéries et des produits bactériens sur les propriétés du sérum sanguin. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

MÉDECINE

Beer (E.). Intrahepatic cholelithiasis. (*Med. News*, 30 juillet et 6 août.)

Benedetti (G. E.). Sulla etiologia della pellagra. In-8°, 13 p. Conegliano.

Hall (J. N.). Enlargements of the liver. (*Amer. Medicine*, 6 août.) — Hépatomégalie.

Moren (J. J.). Chronic gastritis. (*Amer. Practitioner and News*, 1er août.)

Moser (W.). A case of chronic fibrinous bronchitis, with especial reference to the treatment of this disease. (*Med. Record*, 6 août.)

Niedner (O.) et **Mamlock** (G. L.). Die Frage der Cytodiagnose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.)

Osborne (O. T.). The ætiology and treatment of arteriosclerosis. (*New York Med. Journ.*, 20 août.)

Ott (A.). Zur Pathologie des Icterus. (*Med. Woche*, 4 janv.)

Peabody (G. L.). A case of malignant adenoma of the liver. (*Amer. Medicine*, 20 août.) — Adénome malin du foie.

Pedrazzini (F.). L'intossicazione e l'ipertensione arteriosa nella patogenesi dell'attacco uremico. (*Gazz. med. lombarda*, 7 et 14 août.)

Pensuti (V.). Manualetto di clinografia; nuovo metodo di scrittura clinica universale. In-16, 14 p. avec fig. Rome.

Pfeiffer (Th.). Ueber den Fibrinogengehalt leukämischen Blutes. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 août.) — Sur la teneur en fibrinogène du sang des leucémiques.

Pisani (A.). Sopra le alterazioni cardio-polmonari che si riscontrano nella cifoscoliosi. (*Specialista moderno*, juillet.)

Rodriguez y Abaytúa. Significación patológica del cólico hepático; patogenia, terapéutica. (*Rev. de med. y cirugia práct.*, janv.)

Sailer (J.). A study of circumscribed and diffuse pulsation of the wall of the thorax; with the report of a case of pulsating hæmothorax. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Sbrocchi (A.). Di un importante sintomo del cancro di stomaco e dell'ulcera gastrica. (*Clinica moderna*, 10 août.)

Scheele et **Herxheimer**. Ueber einen bemerkenswerten Fall von multiplem Myelom (sogenannter Kahler'scher Krankheit). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.)

Schiller (H.). Meteorism in pneumonia : its prognostic importance; report of a case of peritonitis complicating pneumonia. (*Amer. Medicine*, 20 août.)

Schilling (Th.). Ueber Echinokokkenflüssigkeit. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 août.) — Sur le liquide des kystes hydatiques.

Senator (H.). Ueber lymphadenoide und aplastische Veränderung des Knochenmarkes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 1-2.) — Dégénérescence lymphoïde et aplastique de la moelle osseuse.

Stevens (A. A.). The recognition and treatment of chronic myocardial disease. (*Amer. Medicine*, 6 août.)

Tallqvist (T. W.). Ueber die Anwendung des Filtrirpapiers im Dienst der praktischen Hämatologie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 août.) — Emploi du papier-filtre en hématologie.

Taylor (F.). Manual of the practice of medicine. 7e éd. In-8°, 1082 p. Londres.

Tedeschi (E.). Ricerche sulla produzione di « plasteine » nello stomaco dell'uomo allo stato normale e patologico; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 14 août.)

Thomson (W. H.). A possible cause of hightension pulse in nephritis. (*Med. Record*, 20 août.)

Trautner (H.). La goutte et le *bacterium coli commune*. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 2.)

Trevisanello (C.). Due casi di insufficienza delle valvole aortiche in seguito a trauma. (*Gazz. degli Osped.*, 21 août.)

Urbino (G.). Ricerche ematologiche nelle nefriti; nota preventiva. (*Riv. critica di clinica medica*, 13 août.)

Wohlmuth (R.). Zwei Fälle von Lungenhautfistel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 août.) — 2 cas de fistule pulmonaire.

MALADIES INFECTIEUSES

França (C.). Lesões cutaneas da peste. (*Porto medico*, avril, juillet et août.)

Hayward (T. E.). On the construction of lifetables, and on their application to a comparison of the mortality from phthisis in England and Wales, during the decennia 1881-1890 and 1891-1900. In-8°, 42 p. Manchester. Sherratt et Hughes.

Ipsen (J.). Menschentuberkulose vom Aussehen der Rinderperlsucht. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, 3.) — Tuberculose humaine se présentant avec l'aspect de la pommelière des bovidés.

Pfister (E.). Lyssa und Trauma; ein Beitrag zu der Frage der traumatischen Beeinflussung innerer Erkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 août.)

Römer (R.). 4 gevallen van febris recurrens. (*Geneesk. Tijdschr. voor Nederl.-Indie*, XLIV, 3.)

Roubinov (S.). Quatre cas de rage humaine consécutive à des inoculations antirabiques prophylactiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 juillet.)

Rounov (N.). Un cas de pneumonie charbonneuse (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 31 juillet.)

Rupp (A.). Paradoxical measles. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Rougeole paradoxale.

Schamberg (J. F.). The diagnosis of scarlet fever and scarlatinoid affections. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.)

Souza (C. de). Um caso de psitaccose. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, août.)

Stewart (J. C.). Pyæmic glanders in the human subject; report of a recent case of laboratory origin terminating in recovery. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Morve chez l'homme.

Tsélios (A.). Ἡ ἐπίδρασις τοῦ ἀντιδιφθεριτικοῦ ὀῤῥοῦ ἐν τῇ διφθερίτιδι. (Γαληνός, sept.) — L'influence du sérum antidiphtérique sur la diphtérie.

Verekoûndov (A.). Un cas d'infection générale par le pneumocoque de Fränkel (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 août.)

Vincent (H.). Contribution à l'étude du tétanos dit médical ou spontané; influence de la chaleur. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Walter (K.). Zur Typhusdiagnose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 août.)

Wheaton (C. L.). Pulmonary tuberculosis; some general considerations and its treatment. (*New York Med. Journ.*, 27 août.)

Widstrand (A.). Studier öfver diazo-reaktionen vid lungtuberkulos och dess prognostiska betydelse. (*Hygiea*, août.)

Wilhelm. Deux observations de psittacose. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Wolff. Ueber das Wesen der Tuberkulose auf Grund der neueren Forschungen und klinischen Erfahrungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 août.)

Zlatogorov (S.). Contribution à la microbiologie de la rougeole (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Kéraval (P.). Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. In-8°, 137 p. Pau.

Knecht (E.). Zur Kenntnis der Erkrankungen des Nervensystems nach Kohlenoxydvergiftung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 août.) — Sur les affections nerveuses consécutives à l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Koelichen (J.). O organicznych cierpieniach ukladu nerwowego na tle typrowem. (*Gaz. lekarska*, 30 juillet et 13 août.) — Des affections organiques du système nerveux, d'origine blennorrhagique.

Kölpin. Eigenartiger Symptomencomplex nach Schläfenschuss. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 août.) — Syndrome remarquable consécutif à un coup de feu à la tempe.

Kovalevsky (P.). Le pronostic de l'épilepsie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 12 et 19 juin.)

Lerch (O.). A case of arthritis deformans of the spine (spondylitis deformans). (*New York Med. Journ.*, 27 août.)

Lowenburg (H.). Treatment of chronic internal hydrocephalus by lumbar puncture. (*Amer. Medicine*, 6 août.)

Masing (E.). Sprachstörungen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 6 et 13 août.) — Sur les troubles de la parole.

Miesowicz (E.). Przypadek choroby Basedow'a z zanikami miesni i niedomoga wydzielnicza zoladka. (*Gaz. lekarska*, 16 et 23 juillet.) — Maladie de Basedow avec atrophies musculaires et insuffisance sécrétoire de l'estomac.

Ortali (C.). Nevrosi ed anomalie di sviluppo. (*Gazz. degli Osped.*, 28 août.)

Pel (P. K.). Myasthenia pseudoparalytica (Erb'sche Krankheit) mit Zungenatrophie nach Ueberanstrengung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 août.)

Pick (A.). Ueber primäre progressive Demenz bei Erwachsenen. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 août.) — De la démence progressive primitive de l'adulte.

Scheiber (S. H.). Beitrag zur Lehre über die Tränensekretion, im Anschlusse von 3 Fällen von Facialislähmung mit Tränenmangel, nebst Bemerkungen über den Geschmacksinn und über Sensibilitätsstörungen bei Facialislähmungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 1-2.) — Sur la sécrétion lacrymale, d'après 3 cas de paralysie faciale avec tarissement des larmes; remarques sur le sens gustatif et sur les troubles sensitifs au cours de la paralysie faciale.

Schein (M.). Spina bifida occulta und Hypertrichosis sacralis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.)

Sterling (W.). Z kazuistyki choroby Tay-Sachs'a (idiotismus familiaris amauroticus). (*Gaz. lekarska*, 11 et 25 juin.)

Stern (M.). Sur la neurasthénie sexuelle (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3, 10, 24 et 31 juillet.)

Taniguchi (K.). Ein Fall von Hämatomyelie im Anschluss an eine Carcinommetastase im Lendenmark. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 1-2.) — Hématomyélie consécutive à une métastase cancéreuse de la moelle lombaire.

Thomas (H. M.). A case of generalized lead paralysis, with a review of the cases of lead palsy seen in the hospital. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juin.) — Paralysie saturnine.

Valobra (J.). Emianopsia isterica; considerazioni sulla patogenesi dei fenomeni isterici. (*Riv. critica di clinica medica*, 17 et 24 sept.)

Vigouroux (A.) et **Juquelier** (P.). La contagion mentale. In-18, 263 p.

Williamson (R. T.). Paralysis from lesion of the upper part of the brachial plexus. (*Lancet*, 13 août.) — Paralysie consécutive à une lésion traumatique de la partie supérieure du plexus brachial.

Ziehen (Th.). Die Entwicklungsstadien der Psychiatrie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 juillet.) — L'évolution de la psychiatrie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Lesser (E.). Tratado de dermatología, sifiliografía y enfermedades venéreas. (Trad. de l'allemand par Gil Saltor Lavall et José María Biada.) Fasc. 9 à 11. In-8°, p. 297 à 389, avec fig. Barcelone. Salvat et Cie.

Ravaut (P.) et **Darré**. Les réactions nerveuses au cours des herpès génitaux. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juin.)

Róna (S.). Nosokomialgangrän. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.)

Royster (L. T.). The treatment of syphilis by hypodermic injection of mercury; a preliminary report. (*Med. Record*, 13 août.)

Ruggles (E. W.). The management of genital sores. (*New York Med. Journ.*, 20 août.) — Le traitement des ulcères génitaux.

Samberger (F.). Dermatitis blastomycetica. (*Sbornik klinicky*, V, 6.)

Secchi (T.). Elefantiasi e stati elefantiasici; osservazioni cliniche, istologiche e batteriologiche. In-8°, 44 p. Cagliari.

Shillitoe (A.). A case of a pustulo-papular syphilide of the so-called varioloid type. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

Sorrentino (G.). Ueber einen Fall von « Elephantiasis nostras vulvaris ». (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.)

Sprecher (F.). La verruca senile; ricerche cliniche, sperimentali ed anatomo-patologiche. In-8°, 61 p. Turin.

Sura (F.). Il lupus vulgaris da causa professionale. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVII, 7-8.)

Terra (F.). Um caso de verrucose. (*Brazil-medico*, 8 août.)

Thalmann. Das Ulcus gonorrhoicum serpiginosum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 1.)

Thomas (T. T.). Multiple sarcomata of the subcutaneous tissue, without evidence of a preceding primary growth. (*New York Med. Journ.*, 27 août.)

Tomasczewski (E.). Ueber die Aetiologie der nach Ulcus molle auftretenden Bubonen und Bubonuli, nebst einigen therapeutischen Bemerkungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 1.)

Wechselmann (W.). Ueber Lichen atrophicus und andere makulöse Atrophien der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.)

Woolley (P. G.). Frambesia; its occurrence in natives of the Philippine Islands. (*Amer. Medicine*, 6 août.)

CHIRURGIE

Barraud (S.). Ueber Extremitätengangrän im jugendlichen Alter nach Infektionskrankheiten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 3-4.)

Büngner (O. von). Zur Epityphlitis-Frage; ein Beitrag zur Pathologie und chirurgischen Behandlung der Epityphlitis und ihrer Folgezustände. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 3.)

Imbert (L.). Traitement du furoncle. (*Montpellier méd.*, 2 oct.)

Liell (E. N.). Appendicitis : pathology and surgical treatment. (*Med. News*, 20 août.)

Lilienthal (H.). Primary cholecystectomy : scope, method, and results; conclusions from 42 cases in the practice of the author. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Lissiansky (V.). Contribution à l'étude de la suture nerveuse secondaire (en russe). (*Prakt. Vratch*, 14 août.)

Magnanini (N.). Osteosarcoma febril del fémur. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Mansourov (A.). Un cas d'hémiglossite gauche (en russe). (*Prakt. Vratch*, 7 août.)

Marcy (H. O.). The technic of wounds incident to laparotomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.)

Martin. Invagination intestinale chez un homme de vingt-sept ans. (*Loire méd.*, juillet.)

McBrayer (L. B.). Talma's operation for cirrhosis of the liver. (*New York Med. Journ.*, 20 août.)

McCosh (A. J.). Observations on the results in 125 cases of sarcoma. (*Ann. of Surgery*, août.)

Minici (E.). Aneurisma del tratto preunteriano dell'arteria femorale superficiale; estirpazione; guarigione per prima. (*Giorn. med. del R°. Esercito*, juin.)

Mohr (H.). Die unvollständigen Abrissbrüche der Tuberositas tibiæ. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, août.) — Les fractures incomplètes par arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.

Montini (A.). Contributo alla cura chirurgica della peritonite acuta. (*Gazz. degli Osped.*, 21 août.)

Morestin (H.). Ostéomyélite post-typhique de la clavicule; résection des deux tiers internes de cet os. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Moschcowitz (A. V.). Osteoplastic amputations. (*Med. News*, 27 août.)

Murphy (J. B.). 2000 operations for appendicitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Nehrkorn (A.). Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1903. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, fasc. suppl.)

Neumann (A.). Zur Diagnose der Pankreaserkrankungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 3-4.) — Sur le diagnostic des maladies du pancréas.

Niederle (B.). O spodní luxaci v kloubu kyčelním; luxatio femoris subglenoidalis sive infracotyloidea. (*Sbornik klinicky*, V, 6.)

Oliver (J. H.). Herida de bala de la arteria y vena femorales primitivas; aneurisma arterio-venoso consecutivo, tratado por la ligadura de la vena y la sutura lateral de la arteria; curación. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.) — Plaie de l'artère et de la veine fémorales par balle de fusil; anévrysme artério-veineux consécutif, traité par la ligature de la veine et la suture latérale de l'artère; guérison.

Parenti (G.). Legatura della vena iliaca esterna e dell'arteria femorale nel medesimo arto per ferita d'arma da taglio; guarigione. (*Policlinico*, 13 août.)

Parona (F.). Della legatura della vena poplitea nelle varici alle gambe; osservazioni anatomiche e cliniche. (*Policlinico*, partie chir., XI, 8 et 9.)

Pellegrini (A.). La siero-reazione nelle malattie tubercolari chirurgiche. (*Clinica moderna*, 6 et 13 juillet.)

Perman (E. S.). Om indikationerna för operation vid appendicit samt redogörelse för aa Sabbatsbergs sjukhus opererade fall. (*Hygiea*, août.) — Sur les indications de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite.

Petroff (N.). L'infection mixte dans la tuberculose chirurgicale. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Pininsky (V.). Traitement de la pustule maligne (en russe). (*Prakt. Vratch*, 7 août.)

Poulsen (K.). Om den Madelung'ske deformitet af haanden. (*Hospitalstidende*, 17 août.) — Sur la difformité de la main décrite par M. Madelung.

Rebert (M. A.). Primary spasm and hypertrophy of the pyloric sphincter, and resultant enormous dilatation of the stomach; relief by pyloroplasty and gastroplication. (*Ann. of Surgery*, août.)

Reismann. Der Epiphysenbruch des Femur im Kniegelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 3-4.) — Décollement de l'épiphyse inférieure du fémur.

Riedel. Die Entfernung der Urate und der Gelenkkapsel aus dem an Podagra erkrankten Grosszehgelenke. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 août.) — L'ablation des dépôts uratiques et de la capsule articulaire de la jointure du gros orteil chez les goutteux.

Robson (A. W. Mayo). Peptic ulcer of the jejunum. (*Ann. of Surgery*, août.)

Ross (G. G.). Fistula in ano. (*Amer. Medicine*, 13 août.)

Schmidt (K.). Traumatische Entstehung von Krampfadern. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, août.) — Origine traumatique des varices.

Schott (A.). Zwei Fälle von Schussverletzungen des Gehirns. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 août.) — 2 cas de plaies du cerveau par armes à feu.

Seco (M. A.). Oclusión intestinal aguda postoperatoria. In-8°, 25 p. Caracas.

Segàle (M.). Sui linfangiomi; note anatomopatologiche e cliniche. (*Policlinico*, partie chir., XI, 7 et 8.)

Seidelin (H.). Et narkosedödsfald. (*Hospitalstidende*, 24 août.) — Mort sous l'anesthésie.

Seiderer (F.). Zur Kasuistik der perinealen Luxationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 août.)

Serenin (W.). Einiges zu den Gallensteinoperationen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 20 août.) — Sur les interventions chirurgicales pour lithiase biliaire.

Slavsky (K.). Contribution à l'étude des blessures de l'estomac et du pancréas par armes à feu; relation d'un cas avec issue favorable (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 juillet.)

Stanton (MacD.) et **Shaw** (H. L. K.). Infantile inguinal hernia of the vermiform appendix with adhesion to the epididymis. (*Albany Med. Ann.*, août.)

Stewart (J. C.). What is the proper surgical treatment of suspicious tumors of the involuting breast? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.) — Sur le traitement de choix des tumeurs du sein en involution.

Stimson (L. A.). The combined transverse and longitudinal incision in laparotomy. (*Ann. of Surgery*, août.)

Tavel (E.). Technique de l'opération radicale de la hernie ombilicale. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Tenney (B.). The anatomy and surgery of the internal derangements of the knee-joint; based on a study of 150 dissected joints and the literature. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Les affections intra-articulaires du genou au point de vue anatomique et chirurgical.

UROLOGIE

Neumann (A.). Ein Weg zum vesicalen Ureterende beim Mann. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 3-4.) — Voie permettant d'aborder l'extrémité vésicale de l'uretère chez l'homme.

Riegler (E.). Ein interessanter Fall von Cystinurie und Cystinsteine. (*Med. Blätter*, 21 janv.)

Taylor (F. E.). Unsuspected lesions in movable kidneys, discovered during nephropexy. (*Ann. of Surgery*, août.) — Lésions latentes du rein mobile, découvertes au cours de la néphropexie.

Terranova (I.). Diagnostica renale. In-8°, 458 p. Rome.

Van Hook (Weller). Treatment of rupture of the posterior urethra. (*Med. Record*, 20 août.)

Vanverts (J.). Abcès rétropéritonéal et antérénal d'origine appendiculaire; incision; ouverture secondaire de l'abcès dans le bassinet; fistule urinaire; guérison; remarques sur le drainage du bassinet par la sonde urétérale. (*Nord méd.*, 15 août.)

Weisz (F.). Zur Aetiologie und Pathologie der Samenblasenerkrankungen. (*Wien. med. Presse*, 14 et 21 août.) — Sur l'étiologie et la pathologie des affections des vésicules séminales.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Cusmano (F.). Tecnica operatoria della pubiotomia. (*Ginecologia*, 30 août.)

Hitschmann (F.). Die Deportation der Zotten und ihre Bedeutung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 1.) — La migration des villosités et leur signification.

Küstner (O.). Zur Kritik und Methodik aseptischer Kautelen auf dem Gebiete der gynäkologischen Laparotomie. (*Wien. med. Presse*, 25 sept.)

Pace (G.). Frequenza dell'emorragia nei fibromi dell'utero. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, août.)

Schou (J.). Et tilfælde af myoma uteri med aksedrejning af uterus og fuldstændig transversel overrivning af denne. (*Ugeskrift for Læger*, 11 août.) — Myome de l'utérus avec torsion et arrachement transversal total de l'organe.

Shailer (S.). Atmospheric pressure as a support to the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Sippel (A.). Die Indikationsstellung in der Gynäkologie. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 août.)

Smith (A. L.). The immediate repair of lacerations of the perineum, with special reference to placing the sutures in position before the laceration takes place. (*Amer. Medicine*, 30 juillet.)

Soloviev (G.). Contribution à l'étude du traitement moderne de l'éclampsie (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, juillet-août.)

Stein (A.). Ein typischer Fall von Menstruatio præcox. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 août.)

Stone (I. S.). The results of « suspensio uteri » (Kelly's operation). (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Thompson (W. L.). The blood in pregnancy. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juin.) — Le sang au cours de la grossesse.

Thorn (W.). Zur Frage der Tubenmenstruation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 août.)

Totech (M.). Contribution à l'étude de l'inversion utérine, avec relation d'un cas d'inversion complète au cours du travail (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 juillet.)

Tuffier (Th.). De l'énucléation des fibromes utérins. In-8°, 27 p. avec fig.

Van de Warker (E.). The surgery of the female urethra. (*Amer. Medicine*, 13 août.)

Van Marter (J. G.) et **Corson** (E. R.). Two cases of ectopic pregnancy going to term; operation; recovery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Violet. Un cas d'occlusion intestinale, suite éloignée d'une ablation d'annexe par voie vaginale. (*Lyon méd.*, 28 août.)

Vorobeitchikov (A.). Les affections puerpérales septiques, observées au cours de ces dix dernières années à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Kharkov, et leur traitement (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, juillet-août.)

Webster (J. C.). Study of a specimen of ovarian pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Grossesse ovarienne.

West (J. N.). Ligaments of the uterus and their functions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Williams (J. J. G.). Some interesting obstetric experience. (*Med. News*, 13 août.)

PÉDIATRIE

Comby (J.). Tratado de las enfermedades de la infancia. (Trad. du français par Andrés Martinez Vargas.) 2e éd. Fasc. 27 et 28. In-8°, p. 1041 à 1144. Barcelone. Salvat et Cie.

Delétrez (A.). Kyste dermoïde de l'ovaire chez une enfant de 9 ans. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, avril.)

Jung (P.). Ueber die Beteiligung des Endometriums an der gonorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 août.) — Sur les lésions de la muqueuse utérine au cours de la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles.

Kilmer (Th. W.). Difficult cases of infant feeding. (*Med. News*, 13 août.) — Difficultés dans l'alimentation des enfants en bas âge.

Lunz (R.). Ein Fall von Gichterkrankung bei einem siebenjährigen Kinde. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 août.) — Accès de goutte chez un enfant de sept ans.

Morquio (L.). Causas de la mortalidad de la primera infancia y medios de reducirla. In-16, 63 p. Montévidéo.

Poynton (F. J.). On the value of the addition of citrate of soda to cow's milk in infant feeding. (*Lancet*, 13 août.) — Valeur de l'addition du citrate de soude au lait de vache dans l'alimentation du nouveau-né.

Rabé (M.) et **Denis** (M.). Sarcome de l'amygdale chez un enfant de neuf ans. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Rey (J. G.). Enuresis der Kinder. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 août.) — L'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant.

Schiffer (F.). Bericht über 1,150 Fälle von Nervenkrankheiten im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 2.) — 1,150 cas d'affections nerveuses chez des enfants.

Solaro (A.). Di un fenomeno utile per la diagnosi precoce nel tifo addominale dei bambini. (*Pediatria*, juillet.)

Springer (C.). Entwicklung von Hämangiomen im Anschluss an das « Ohrringestechen ». (*Prag. med. Wochensch.*, 25 août.) — Hémangiomes consécutifs au percement du lobule de l'oreille.

Still (G. F.). Nephritis in infantile scurvy. (*Lancet*, 13 août.) — Néphrite dans le scorbut infantile.

Trautmann (G.). Beitrag zum Wesen des Drüsenfiebers unter Berücksichtigung des Lymphsystems und der Bakteriologie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 3.) — Sur la nature de la fièvre ganglionnaire, notamment d'après l'étude du système lymphatique et la bactériologie.

Vincent (R.). The nutrition of the infant. 2e éd. In-8°, 321 p. Londres. Baillière, Tindall et Cox.

Warfield (L. M.). Summer diarrhea of infants. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, août.) — De la diarrhée estivale infantile.

Zander et **Keyhl**. Thymusdrüse und plötzliche Todesfälle im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 2.) — Thymus et mort subite chez l'enfant.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bulletin et Mémoires de la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris (année 1903). In-8°, 102 p.

Laurens (G.). Indications et technique de la trépanation de l'apophyse mastoïde. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Scheier (M.). Ueber eine seltene Verletzung der Paukenhöhle. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 août.) — Lésion traumatique rare de la caisse du tympan.

Schönemann (A.). Die Topographie des menschlichen Gehörorganes, mit besonderer Berücksichtigung der Korrosions- und Rekonstruktionsanatomie des Schläfenbeines. In-4°, 59 p. avec planches. Wiesbaden. — Topographie de l'organe de l'ouïe chez l'homme.

Sizemsky (V.). Contribution à l'étude de la sérothérapie de l'ozène (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 juillet.)

Szmurlo (J.). Niezwykly przypadek pekniecia ropnia tylnogardzielowego do jamy bebenkowej i wylania sie zawartosci przez przewód sluchowy zewnetrzny. (*Gaz. lekarska*, 7 mai.) — Ouverture d'un abcès rétro-pharyngien dans la caisse du tympan, avec écoulement de son contenu par le conduit auditif externe.

Wróblewski (W.). Przyczynek do nauki o nowotworach zlosliwych migdalków podniebiennych. (*Gaz. lekarska*, 23 et 30 juillet et 13 août.) — Contribution à l'étude des néoplasmes malins des amygdales.

HYGIÈNE

Maggiora (R.). Sull'efficacia del vaccino jenneriano depurato col metodo del riscaldamento. (*Arch. di farmacol. sperim. e scienze affini*, II, 10-12.)

Motti (G.). Conferenze popolari sulla lotta contro la tubercolosi. In-16, 231 p. Plaisance.

Roth (E.). Kompendium der Gewerbekrankheiten und Einführung in die Gewerbehygiene. In-8°, 271 p. Berlin. — Précis des maladies professionnelles et principes d'hygiène professionnelle.

Sachs (Th. B.). Tuberculosis in the Jewish district of Chicago. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.)

Trabaud. L'hygiène du marin en 1903, à bord du croiseur cuirassé *Pothuau* (escadre de la Méditerranée). (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Westenhöffer (M.). Ueber die Grenzen der Uebertragbarkeit der Tuberkulose durch Fleisch tuberkulöser Rinder auf den Menschen. In-8°, 48 p. Berlin. — Sur les limites de la transmissibilité de la tuberculose à l'homme par la viande de bœufs tuberculeux.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Rodari (P.). Grundriss der medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten, einschliesslich Grundzüge der Diagnostik. In-8°, 178 p. Wiesbaden. — Diagnostic et traitement médicamenteux des affections gastro-intestinales.

Santini (A.). Iniezioni endo-articolari di salicilato di sodio nel reumatismo articolare comune. (*Gazz. degli Osped.*, 21 août.)

Schön-Ladniewski (S.). Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 2.) — Sur la sérothérapie de la diphtérie.

Simonin. Tétanos chronique, consécutif à une plaie de la face; sérothérapie sous-cutanée intensive; guérison. (*Marseille méd.*, 15 août.)

Soubbotine (V.). Contribution au traitement de l'érysipèle (en russe). (*Roussk. Vratch*, 31 juillet.)

Strauss (H.). Ueber Nierenentlastung durch Schwitzen (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 août.) — Suppléance des fonctions rénales par les sudations.

Volland. Die Behandlung der trockenen und verstopften Nase. (*Therap. Monatsh.*, août.)

Warner (F.). The modern treatment of pulmonary tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 20 août.)

Weiss (Ludwig). Hyperidrosis pedum and its treatment by baths of permanganate of potash. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.)

Zelensky (G.). Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, traité avec succès par l'usage interne du vinaigre (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 août.)

Zunz (E.). Comment agissent les médicaments. In-8°, 24 p. Bruxelles.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Boerhaave (H.). Die Grundsätze der Diagnostik und Therapie. (Trad. du latin par L. Levy.) In-8°, 218 p. Munich.

Christian (A.). Etudes sur le Paris d'autrefois (les médecins; l'Université). In-8°, 323 p.

Langlois (E.). Essai théologique et médical sur les saintes mystiques. (*Nord méd.*, 1er et 15 août et 15 sept.)

Steiner (J.). Jean-Dominique Larrey in den österreichischen Feldzügen von 1805 und 1809. (*Allg. militärärztl. Ztg.*, 2 oct.)

Truc (H.) et **Colin** (A.). Une chaire des maladies des yeux à l'ancien collège de chirurgie de Montpellier (1788). (*Ann. d'oculist.*, sept.)

GÉNÉRALITÉS

Bert (A.) et **Pellanda** (C.). La nomenclature anatomique et ses origines; explication des termes anciens employés de nos jours. In-8°, 100 p.

Carrasco (G.). El crecimiento de la población de la República Argentina comparado con el de las principales naciones (1890-1903). In-8°, 14 p. avec fig. Buénos-Ayres.

Fiorioli della Lena (F.). La socializzazione di Stato della assistenza pubblica in Italia. In-8°, 24 p. Venise.

Graack (H.). Sammlung von deutschen und ausländischen Gesetzen und Verordnungen, die Bekämpfung der Kurpfuscherei und die Ausübung der Heilkunde betreffend. In-8°, 152 p. Iéna. — Recueil des lois et règlements, allemands et étrangers, relatifs à la lutte contre le charlatanisme et à l'exercice de la médecine.

Kőrösy (J.). Budapest székesfőváros halandósága az 1901-1905 években és annak okai. 2e partie, fasc. 2 : 1902. In-4°, 67 p. [avec texte hongrois et allemand]. Budapest. — La mortalité de la ville de Budapest en 1902; ses causes.

Matignon (J. J.) et **Vennat** (H.). Vade-mecum médical de l'officier en campagne; premiers soins à donner aux blessés et aux malades en attendant l'arrivée du médecin. In-32, 145 p.

24e ANNÉE. — N° 47. Vingt centimes le numéro. 23 NOVEMBRE 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Les bureaux de la **SEMAINE MÉDICALE** sont transférés

53, avenue de Villiers, 53

Paris (17e)

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Johannes Biberfeld est nommé privatdocent de pharmacologie et de toxicologie.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Salvatore Drago est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Gand. — M. le docteur Eugène Eeman, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Boddaert, démissionnaire.

Faculté de médecine de Klausenbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Desider Veszprémi (*histologie pathologique*) ; Emerich Hevesi (*chirurgie orthopédique*).

Faculté de médecine d'Upsala. — M. le docteur K. P. Dahlgren, docent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Georg Jovannovics est nommé privatdocent de pathologie générale et expérimentale.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Giuliano Daddi est nommé privatdocent de pathologie interne.

Albany Medical College. — M. le docteur Richard M. Pearce est nommé professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie, en remplacement de M. George Blumer.

M. le docteur Spencer L. Dawes est nommé professeur adjoint de matière médicale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Sánchez Herrero, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Madrid. — M. le docteur K. von Stellwag, ancien professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur A. M. Davydov, professeur extraordinaire de médecine légale à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur William W. Seymour, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'University de Vermont de Burlington. — M. le docteur Daniel A. Thompson, professeur d'ophtalmologie au Medical College of Indiana d'Indianapolis.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1903), moins le n° 1 de 1884, le n° 54 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 53, avenue de Villiers, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Broeckaert (J.). Recherches sur les artères du larynx. In-8°, 16 p. avec fig. Bruxelles.

Gurwitsch (A.). Morphologie und Biologie der Zelle. In-8°, 437 p. avec fig. Iéna.

Heitzmann (C.). Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen. 9e éd. T. II, 1re partie. In-8°, p. 285 à 516, avec fig. Vienne.

Horwitz (K.). Ueber die Histologie des embryonalen Knochenmarkes. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 juillet, 6, 13, 20 et 27 août.) — Recherches histologiques sur la moelle osseuse embryonnaire.

Hösel. Ueber die Markreifung der sogenannten Körperfühls -Sphäre und der Riech- und Sehstrahlung des Menschen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.) — Sur la myélinisation de la zone sensitive et des faisceaux olfactifs et optiques du cerveau humain.

Limon. Observations sur l'état de la « glande interstitielle » dans les ovaires transplantés. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Schultze (O.). Atlas d'anatomie topographique. (Ed. française par P. Lecène.) In-4°, 180 p. avec fig. et planches.

PHYSIOLOGIE

Arthus (M.). Elemente der physiologischen Chemie. (Trad. du français par J. Starke.) 2e éd. In-8°, 314 p. avec fig. Leipzig.

D'Alfonso (N. R.). L'economia del calorico nell'educazione dell'organismo; caloriferi e tisi. In-8°, 43 p. Rome.

Fick (A.). Gesammelte Schriften. III. Band : Physiologische Schriften. In-8°, 779 p. avec fig. Wurtzbourg. — Recueil de mémoires physiologiques.

Halliburton (W. D.). Handbook of physiology. 6e éd. In-8°, 924 p. avec fig. Londres.

Hänel (H.). Ueber Mechanismus und Vitalismus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.)

Lapicque (M. et Mme L.). Oscillogrammes de diverses ondes électriques appliquées à l'excitation musculaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Lefèvre (J.). Etude du rayonnement chez le lapin (méthode, protocoles, critique des résultats); loi de la variation calorique en fonction de la température. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Paulesco (N. C.). L'action des sels des métaux alcalino-terreux sur la substance vivante. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Pruszynski (J.). O wplywie adrenaliny na uklad krwionosny. (*Gaz. lekarska*, 28 mai, 4, 11 et 18 juin.) — Influence de l'adrénaline sur le système circulatoire.

Thornton (J.). Elementary practical physiology. In-8°, 332 p. avec fig. Londres.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Fabris (A.). Sulla occlusione e trombosi delle vene epatiche. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.)

Helber (E.). Ueber die Zählung der Blutplättchen im Blute des Menschen und ihr Verhalten bei pathologischen Zuständen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.) — Sur la numération des hématoblastes humains et leurs modifications dans les états pathologiques.

Le Play (A.). Positions anormales de l'appendice; hernie appendiculaire congénitale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

MacCallum (W. G.). Regenerative changes in cirrhosis of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 sept.)

Nissl (F.). Histologische und histo-pathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde, mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten. T. Ier. In-8°, 494 p. avec fig. Iéna. — Recherches histologiques et histopathologiques sur la corticalité cérébrale, notamment au point de vue des affections mentales.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Pétroff (N.). Tuberculose osseuse et troubles circulatoires et trophiques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Reckzeh (P.). Ueber die durch das Alter der Organismen bedingten Verschiedenheiten der experimentell erzeugten Blutgiftanämieen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.) — Sur les différences — dues à l'âge — des anémies produites expérimentalement par des poisons du sang.

Salvioli (I.). Se le alessine si trovano oltre che nel siero anche nel plasma normale circolante nei vasi. (*Atti dell'Istituto veneto di scienze, lettere ed arti*, LXIII, 2.)

Scheven (U.). Ueber den Einfluss der Anämie auf die Erregbarkeit der weissen Substanz des Centralnervensystems. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.) — Influence de l'anémie sur l'excitabilité de la substance blanche du système nerveux.

Tumminia (P.). Studio sperimentale sulle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo, come cura nelle infezioni interne dell'occhio. (*Gazz. degli Osped.*, 11 sept.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bruck (C.). Beiträge zur Kenntnis der Antitoxinbildung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 1.)

Chiadini (M.). L'aumento del peso corporeo nei carcinomatosi. (*Nuovo raccoglitore med.*, juillet.)

Detre (L.) et **Sellei** (J.). Die hämolytische Wirkung des Sublimats; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 juillet.) — L'action hémolytique du sublimé corrosif.

Falta (W.). Der Eiweissstoffwechsel bei der Alkaptonurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.) — Les échanges des albuminoïdes dans l'alcaptonurie.

Hofbauer (J.). Zur Kenntnis des plazentaren Eiweissüberganges von der Mutter zum Kind. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er sept.) — Sur le passage des albuminoïdes de la mère à l'enfant à travers le placenta.

Labbé (M.). Les échanges osmotiques en biologie. (*Rev. de méd.*, sept.)

Lanz. Progenitur Thyreopriver. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.)

Lüthje (H.) et **Berger** (C.). In welcher Form kommt aus der Nahrung retinierter Stickstoff im Organismus zur Verwendung? (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.) — Sous quelle forme l'azote alibile est-il assimilé ?

Malherbe (A. et H.). Recherches sur le sarcome. In-8°, XXXIII-616 p. avec fig.

Milner (R.). Giebt es « Impf-Carcinome » ? (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 3 et 4.) — Le cancer est-il inoculable?

Müller (P. Th.). Vorlesungen über Infektion und Immunität. In-8°, 252 p. avec fig. Iéna.

Noguchi (H.). Immunization against rattlesnake venom. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.) — L'immunisation à l'égard du venin des serpents à sonnette.

Petrunkewitsch (A.). Gedanken über Vererbung. In-8°, 83 p. Fribourg-en-Brisgau. — Considérations sur l'hérédité.

Serkowski (S.) et **Maybaum** (J.). Zur Infektiosität des Krebses. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 12 et 15 sept.) — Sur la transmissibilité du cancer.

MÉDECINE

Abrams (A.). The stomach reflex and percussion of the stomach. (*Med. Record*, 3 sept.)

Anders (J. M.). Meteorologic conditions in the causation of lobar pneumonia. (*Amer. Medicine*, 3 sept.)

Arneth (J.). Die « kachektische » Leukocytose; das Verhalten der neutrophilen Leukocyten beim Carcinom. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.)

Austregésilo (A.). Um caso de gangrena symetrica das extremidades por arterite chronica. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, sept.)

Biffi (U.). Cause d'errore in alcune indagini ematologiche e nei relativi apprezzamenti. (*Sperimentale*, LVIII, 2.)

Conyngham (E. F.). Chronic splenic anæmia. (*New York Med. Journ.*, 3 sept.)

Edens (E.). Ueber atelektatische Bronchiektasie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.)

Faber (K.). Den kroniske gastritis. (*Hospitalstidende*, 31 août et 7 sept.)

Grober (J.). Diabetes insipidus mit zerebralen Herdsymptomen. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.) — Diabète insipide avec symptômes cérébraux en foyer.

Hirschberg (A.). Untersuchungen über die Jodreaction des Blutes und der hæmatopoietischen Organe. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.) — Recherches sur la réaction iodophile du sang et des organes hématopoiétiques.

Holst (P. F.). Akut leukæmi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.)

Kaipas (M. E.). Περὶ τῶν αἰτιῶν τῆς ἀνεπαρκείας τοῦ ἥπατος. (Γαληνός, mars.) — Sur les causes de l'insuffisance hépatique.

Kheifetz (M.). Un cas de péritonite purulente, guéri sans opération (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 14 août.)

Klopstock (M.) et **Kowarsky** (A.). Praktikum der klinischen, chemisch - mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. In-8°, 296 p. avec planches. Vienne.

Kolipinski (L.). Arthritis deformans and its treatment. (*Med. News*, 3 sept.)

Krenitzky (O.). L'assimilation de l'azote et des graisses dans les cas d'achylie gastrique et l'influence qu'exerce sur cette assimilation le suc gastrique naturel (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 28 août et 4 sept.)

Launois (P.-E.) et **Weil** (P.-E.). Contribution à l'étude de l'anémie dite pernicieuse progressive; trois cas d'anémie métaplastique. (*Rev. de méd.*, août.)

Le Goïc (V.). Contribution à l'étude des inversions viscérales. (*Rev. de méd.*, août.)

Lewkowicz (X.). Ueber die zytologische Untersuchung der Ex- und Transsudate. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 sept.)

Lindemann (L.). Zur Kenntnis des Bence-Jones'schen Eiweisskörpers. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 1-2.)

Loveland (B. C.). What can be done to check the progress of the age degenerations? (*New York Med. Journ.*, 10 sept.) — Que faire pour arrêter les progrès de la sénilité ?

MacCallum (W. G.). On the pathogenesis of chronic gastric ulcer. (*Amer. Medicine*, 10 sept.)

Manouilov (A.). Du scorbut dans le gouvernement de Viatka en 1902 (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 sept.)

Neumann (O.). Zur Kasuistik des Bienenstiches. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 sept.) — Piqûres d'abeille.

MALADIES INFECTIEUSES

Beilby (G. E.). Associated cases of staphylococcus pyogenes aureus infection. (*Albany Med. Ann.*, sept.)

Berg (H. W.). Clinical and other features of the recent epidemic of cerebrospinal meningitis. (*Med. Record*, 10 sept.)

Bertarelli (E.). Ueber aktive Immunisierung des Menschen gegen Cholera. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 août.)

Bruns (O.). Impftuberkulose bei Morphinismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.)

Capaldi (A.). Sulla diffusione delle tifo-agglutinine in gravidanza. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, août.)

Carrière (G.) et **Dancourt** (Ch.). Etude sur les variations de la tension artérielle dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. (*Rev. de méd.*, juillet et août.)

Couture et **Dalmenesche.** Un cas d'angine ulcéreuse à bacilles fusiformes et spirilles. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 sept.)

Cummins (W. T.). A clinical study of the diazo-reaction. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.)

Edelen (C. A.). Hydrophobia. (*Amer. Practitioner and News*, 1er sept.)

Gessner (W.). Ist von Behring's Tuberkulosetheorie vom bakteriologischen Standpunkt aus begründet? (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 10 sept.) — La théorie de M. von Behring sur la tuberculose est-elle justifiée au point de vue bactériologique ?

Heymann (B.). Statistische und ethnographische Beiträge zur Frage über die Beziehungen zwischen Säuglingsernährung und Lungenschwindsucht. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infektionskr.*, XLVIII, 1.) — Considérations statistiques et ethnographiques sur les rapports existant entre l'alimentation du nourrisson et la tuberculose pulmonaire.

Holmes (L. E.). Latent malaria, as seen in the mountains. (*Amer. Medicine*, 3 sept.)

Lemoine (G.). A propos d'un cas de fièvre typhoïde. (*Nord méd.*, 15 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ascherson (W. L.). On a case of tumour of the centrum ovale with cerebellar symptoms, with remarks on the difficulties of diagnosis. (*Lancet*, 10 sept.)

Auerbach (S.). Zur Pathogenese der Polyneuritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 août.)

Babinski. L'examen des réflexes pupillaires et leur importance sémiologique. (*Poitou méd.*, sept.)

Bayon. Ueber die Aetiologie des Schilddrüsenschwunds bei Cretinismus und Myxödem. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Etiologie de l'atrophie thyroïdienne dans le crétinisme et le myxœdème.

Bechterev (V. von). Ueber den Glutäalreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.)

Bechtold (C.). Ueber einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer Bleivergiftung. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.) — Paralysie spinale spasmodique d'origine saturnine.

Berger (H.). Ueber die körperlichen Aeusserungen psychischer Zustände; weitere experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen. In-4°, 184 p. avec atlas. Iéna. — Sur les manifestations somatiques des états psychiques; nouvelles recherches expérimentales sur la circulation sanguine intra-crânienne chez l'homme.

Bing (R.). Beitrag zur Kenntnis der endogenen Rückenmarksfasern beim Menschen; die secundären Degenerationen bei acuter Poliomyelitis. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.)

Boeri (G.). Ergografia del riflesso rotuleo. (*Riforma med.*, 20 juillet.)

Bychowski (Z.). Ueber Hypotonie und Hypertonie bei einer und derselben Kranken. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Hypotonie et hypertonie chez une même malade.

Chiadini (M.). Eruzione vescicolare ed ulcera della cornea menstruale, recidivante in donna isterica. (*Gazz. degli Osped.*, 11 sept.)

Collins (J.) et **Zabriskie** (E. G.). Arteriosclerosis of the spinal cord. (*Med. Record*, 3 sept.) — Artériosclérose de la moelle épinière.

Crothers (T. D.). Alcoholism and inebriety; an etiological study. (*Med. Record*, 3 sept.)

D'Alfonso (N. R.). Pregiudizi sulla eredità psicologica (genio, delinquenza, follia). In-8°, 57 p. Rome.

De Buck (D.). Un cas de chorée chronique progressive avec autopsie. (*Journ. de neurol.*, 5 sept.)

Douglas (Ch. J.). Cocainism. (*Med. News*, 16 juillet.)

Gerhartz (H.). Zur Blutserumbehandlung der Epilepsie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept.) — Du traitement de l'épilepsie par le sérum sanguin.

Giese (O.). Amyotrophische Lateralsklerose nach Trauma. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 sept.)

Kankarovitch (I.). Un cas d'acromégalie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 août.)

Kölpin (O.). Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.)

Kouchev (N.). Des paralysies ptomaïniques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 août.)

Krauss (W. C.). Traumatic hemorrhage over the third anterior frontal convolution; operation; removal; recovery; remarks on present status of brain surgery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Mills (Ch. K.). Aphasia and the cerebral zone of speech. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — L'aphasie et le centre cérébral de la parole.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Boeck (C.). Hereditäre Lues in der zweiten Generation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.) — Syphilis héréditaire à la deuxième génération.

Brandweiner (A.). Multiple neurotische Hautgangrän. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er sept.) — Sur les gangrènes disséminées de la peau d'origine névropathique.

Charvet et **Carle**. Deux cas de sclérodermie progressive avec mélanodermie généralisée. (*Lyon méd.*, 28 août et 4 sept.)

Chatelain (E.). Précis iconographique des maladies de la peau. 3e éd. In-8°, 806 p. avec planches.

Chatin (A.) et **Trémolières** (F.). La pelade. In-16, 176 p. avec fig.

Cooke (A. B.). Pruritus ani. (*New York Med. Journ.*, 3 sept.)

De Amicis (Th.). Un nouveau cas de gale norvégienne ou croûteuse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.)

Derlin. Ueber Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.)

Düring (E. von). Zur Lehre vom Ekzem. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 sept.)

Finger (E.). Zur Klinik der Hautsyphilide. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.)

Fournier (H.). Considérations sur quelques manifestations cutanées qui peuvent accompagner les appendicites chroniques. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.)

Fünfter internationaler Dermatologen-Kongress, abgehalten in Berlin vom 12.-17. September 1904. Verhandlungen und Berichte. T. Ier. In-8°, 394 p. Berlin. — Compte rendu du 5e Congrès international de dermatologie, tenu à Berlin en 1904.

Grünberger (V.). Ein Fall von tödlich verlaufendem Morbus maculosus Werlhofii. (*Prag. med. Wochensch.*, 15 sept.) — Cas mortel de maladie de Werlhof.

Hallopeau (H.). Sur une lépride scarlatiniforme persistante avec atrophies consécutives en foyers miliaires; variété nouvelle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.)

CHIRURGIE

Aronheim. Beitrag zur offenen Behandlung granulierender Wunden. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, sept.) — Sur le traitement à ciel ouvert des plaies bourgeonnantes.

Ashley (D. D.) et **Müller** (F.). The treatment following the bloodless reduction of congenital hip dislocation; third article. (*New York Med. Journ.*, 10 sept.) — Les soins à donner après la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

Bakes (J.). Beiträge zur Bauchchirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.) — Notes de chirurgie abdominale.

Bockenheimer (Ph.) et **Frohse** (F.). Atlas typischer chirurgischer Operationen. 1re partie. In-4°, 12 planches, avec texte explicatif. Iéna.

Bonanome (A. L.). L'osteosintesi della rotula per mezzo del cerchiaggio. (*Policlinico*, partie chir., XI, 9.)

Boppe. Observation d'anévrysme faux diffus consécutif du mollet, traité par la ligature des artères poplitée, tibiale postérieure et tibiale antérieure; guérison. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Burgess (A. H.). The treatment of rectal prolapse by the submucous injection of paraffin. (*Lancet*, 10 sept.)

Coe (H. C.). The value of local treatment, preparatory to operation. (*New York Med. Journ.*, 3 sept.)

Craig (D. H.). Post-operative intestinal paresis; a further contribution to its prevention. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Davison (Ch.). Results in abdominal wall suture. (*Ann. of Surgery*, sept.)

De Benedetti (E.). Chelotomia per ernia gangrenata; fistola stercoracea; guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 1er sept.)

Delagénière (H.). Contribution à la chirurgie du canal hépatique, d'après trois cas personnels et les travaux les plus récents. In-8°, 32 p. avec fig.

Del Piano (A.). Perforazione e sutura dell'intestino in seconda recidiva di febbre tifoide. (*Nuovo raccoglitore med.*, juillet.)

Depage (A.), **Rouffart** (E.) et **Mayer** (L.). La chirurgie des ptoses viscérales. In-8°, 150 p. avec fig. Bruxelles.

Edelman (I.). Kyste dermoïde du médiastin antérieur, avec dégénérescence maligne (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 28 août et 11 sept.)

Eisendrath (D. N.). The anatomy and radical cure of inguinal hernia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 sept.)

Elder (J. M.). The treatment of mucomembranous colitis by colostomy. (*New York Med. Journ.*, 10 sept.)

Elmer (W. G.). A case presenting unusual difficulties in diagnosis. (*New York Med. Journ.*, 10 sept.)

Eurén (A.). Naagra ord om eternarkos efter droppmetoden med vanlig öppen (« kloroform- ») mask. (*Hygiea*, sept.)

Fränkel (J.), **Hunt** (J. R.), **Woolsey** (G.) et **Elsberg** (Ch. A.). Contribution to the surgery of neurofibroma of the acoustic nerve, with remarks on the surgical procedure. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Fummi (A.). Chirurgia dei vasi succlavi e del tronco innominato. (*Policlinico*, partie chir., XI, 9.)

Gibbon (J. H.). The treatment of penetrating wounds of the heart. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Traitement des plaies pénétrantes du cœur.

Gross (F.). Gastrectomie et étranglement post-opératoire. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.)

Grünbaum (R.). Schwund des proximalen Fragmentes nach Humerusfraktur durch Muskelzug. (*Wien. med. Presse*, 4 et 11 sept.) — Atrophie du fragment supérieur dans une fracture de l'humérus par contraction musculaire.

Harris (C. M.). A case of Ludwig's angina. (*Med. News*, 3 sept.)

Riedel. Ueber das Ulcus der kleinen Curvatur, der vorderen und der hinteren Magenwand. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 3.) — De l'ulcère de l'estomac siégeant sur la petite courbure ou sur l'une des deux parois de l'organe.

Talma (S.). Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena portæ; 3. Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 août.) — Création chirurgicale de voies de dérivation pour le sang de la veine porte.

Taylor (A. S.). The treatment of chronic internal hydrocephalus by autodrainage. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Torrance (G.). Suture of the brachial artery. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Treves (Sir Frederick). Handbook of surgical operations. 2e éd. In-8°, 498 p. avec fig. Londres.

Vale (F. P.). Concerning shock, with a contribution to its pathology. (*Med. Record*, 27 août.)

Vvedensky (I.). Contribution à l'étude des blessures de la tête par armes à feu (en russe). (*Prakt. Vratch*, 31 juillet.)

Walcha. Sigmoiditis acuta. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 août.)

Ware (M. W.). Moot points in the treatment of fractures. (*Med. News*, 13 août.) — A propos du traitement des fractures.

Wessel (C.). Et tilfælde af gastro-enterostomi. (*Bibliotek for Læger*, juillet.)

White (Ch. S.). The treatment of postoperative vomiting by gastric lavage. (*Ann. of Surgery*, août.)

Wiesinger. Zwei Fälle von akuter Pankreatitis mit disseminierter Fettnekrose, geheilt nach Laparotomie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 août.) — 2 cas de pancréatite aiguë avec nécrose adipeuse disséminée, guéris par la laparotomie.

Wilson (A.). The respiratory and cardiac reflex induced by peripheral impressions on the pudic nerve during anæsthesia. (*Lancet*, 20 août.)

Zeldovitch. Des blessures occasionnées par les armes à feu japonaises (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 juillet.)

Zimine (A.). La résection des os longs dans l'ostéomyélite aiguë (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 juillet.)

UROLOGIE

Beck (H. G.). A simple and accurate method for estimation of sugar in the urine. (*Med. News*, 3 sept.) — Procédé simple et précis pour le dosage du sucre dans l'urine.

Berg (A. A.). A radical operation for malignant neoplasm of the urinary bladder. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Cure radicale des tumeurs malignes de la vessie.

Blanc (R.). Sur trois cas de cystite végétante; curettage par les voies naturelles; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 août.)

Bötticher (C.). Ueber die Beck'sche Methode der Hypospadieoperation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er sept.)

Chandler (G.). Hypernephroma as a result of traumatism; nephrectomy; recovery. (*New York Med. Journ.*, 3 sept.)

Chavannaz (G.). Néphrectomie transpéritonéale pour ectopie rénale congénitale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 sept.)

Couvée (H.). Die Ursachen des Todes nach doppelseitiger Nephrectomie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.) — Les causes de la mort après néphrectomie bilatérale.

Donath (J.) et **Landsteiner** (K.). Ueber paroxysmale Hämoglobinurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 sept.)

Hirsch (Ch. S.). Paraphimosis: its management and treatment. (*Amer. Medicine*, 27 août.)

Lydston (G. F.). An interesting case of nephrectomy and nephrolithotomy. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, sept.)

OPHTALMOLOGIE

Clegg (J. G.) et **Hall** (I. W.). Epibulbar melanotic sarcoma. (*Lancet*, 10 sept.)

Dixième Congrès international d'ophtalmologie (13-17 septembre 1904, Lucerne). 3e livraison : rapports. In-8°, 242 p. Lausanne.

Eskenazi. Fracture de la paroi orbitaire supérieure droite suivie de mort. (*Comptes rendus du Club méd. de Constantinople*, juin.)

Frenkel (H.). Sur les rapports de la myopie avec les taies de la cornée; contribution à l'étude de la myopie acquise. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Golesceano. Pronostic et durée de l'ophtalmie purulente. (*Recueil d'ophtalmol.*, juillet.)

Haab (O.). Ueber die Pflege der Augen. In-8°, 20 p. Zurich. — L'hygiène de l'œil.

Herbst (A.). Papillitis und Amenorrhœ. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 sept.)

Kazasse (I.). Un cas de catarrhe printanier de la conjonctive (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 sept.)

Koster (W.). Eenige moeilijkheden bij de verwijdering van corpora aliena uit het inwendige van den oogbol. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 août et 3 sept.) — Procédés pour l'extraction des corps étrangers du globe oculaire.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bacon (C. S.). Heart disease as an obstetric complication. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 sept.) — Les maladies du cœur en tant que complication obstétricale.

Baldwin (J. F.). The formation of an artificial vagina by intestinal transplantation. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Bamberg (G.). Incarceration cystisch degenerierter Ovarien bei Blasenmole. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Enclavement des ovaires kystiques avec môle hydatiforme.

Betagh (G.). Patogenesi dell'anuria in un caso di isterectomia vaginale per cancro; con ricerca sperimentale sul cadavere. (*Policlinico*, partie chir., XI, 8 et 9.)

Blécourt (J. de) et **Nijhoff** (G. C.). Fünflingsgeburten. Ein Fall von Fünflingsgeburt, nebst einer Beschreibung des Präparats und einer Casuistik und analytischen Uebersicht von 27 Fällen. In-4°, 75 p. avec fig. Groningue. — Grossesse quintuple.

Dal Fabbro (G.). Isterectomie addominali per emisezione e per decollazione dell'utero. (*Gazz. degli Osped.*, 11 sept.)

Davis (E. P.). Primary repair of lacerations of the cervix uteri. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Delore (X.) et **Jacod** (M.). De la périnéorrhaphie à étages (myorrhaphie des releveurs de l'anus). (*Lyon méd.*, 11 sept.)

Depage (A.) et **Mayer** (L.). De la résection délibérée des uretères et de la paroi vésicale dans les cas de cancer étendu de la matrice. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 19 et 26 mai.)

Döderlein (A.). Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. 6e éd. In-8°, 192 p. avec fig. Leipzig. — Guide pour les interventions obstétricales.

Down (E.). A case of rupture of the uterus during labour; laparotomy; recovery of mother and child. (*Lancet*, 10 sept.) — Rupture de l'utérus pendant le travail; laparotomie; enfant vivant; guérison de la mère.

Edgar (J. C.). Bathing during the menstrual period. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — La balnéation pendant la période menstruelle.

Ehrlich (B.). Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi auf Grund von 30 weiteren Fällen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 3.) — 30 nouveaux cas de dilatation rapide de l'orifice utérin d'après le procédé de Bossi.

Fénoménov (N.). Contribution à l'étude de l'extirpation totale de l'utérus cancéreux par la voie abdominale (opération de Wertheim) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 août.)

Ferroni (E.). Beitrag zum Lateralschnitt des Beckens nach Gigli. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 sept.) — Sur la pelvitomie latérale d'après Gigli.

Freund (H. W.). Die Veränderungen des Nasen-Rachenraumes bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août et sept.) — Les affections du rhino-pharynx chez les femmes enceintes, les parturientes et les femmes en couches.

Goubarev (A.). Traitement des inflammations des annexes (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 4 sept.)

Halban (D. J.). Ueber Phlebektasien des graviden Uterus und ihre klinische Bedeutung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Hammerschlag. Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 sept.) — L'opération césarienne vaginale dans l'éclampsie.

Zangemeister (W.). Ueber Blasensteine. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Les calculs vésicaux [chez la femme].

PÉDIATRIE

Bérard (L.) et **Leriche** (R.). Des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant. (*Rev. de chir.*, août et sept.)

Blaikie (J. B.). Chronic intestinal dyspepsia of children. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Brüning (H.). Ueber infektiösen, fieberhaften Icterus (Morbus Weilii) im Kindesalter, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des Bacillus proteus fluorescens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 août et 1er sept.) — Sur l'ictère infectieux fébrile des enfants.

Cattaneo (C.). Reperto batteriologico in un caso di meningite purulenta. (*Pediatria*, août.)

Comby (J.). Pleurésie simulant l'appendicite. (*Arch. de méd. des enfants*, août.)

Döbeli (E.). Ueber grosse Pausen in der Säuglingsernährung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — Sur l'espacement des repas du nourrisson.

Horváth (M.). Die orthopädische und chirurgische Behandlung der infantilen cerebralen Lähmungen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 28 août, 4 et 11 sept.) — Traitement orthopédique et chirurgical de la paralysie cérébrale infantile.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Biaute. Othématome. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 août et 3 sept.)

Borkhman (A.). Les affections de l'oreille chez les écoliers (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 et 28 août.)

Brühl (G.). Curabilité de l'otite moyenne chronique purulente (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 4 sept.)

Clark (F. T.). Acute purulent otitis media; some suggestions as to its therapeutic management and the prevention of its complications. (*Albany Med. Ann.*, sept.)

Daland (J.) et **McFarland** (J.). Primary malignant endotracheal tumor; preliminary report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 sept.)

De Simoni (A.). Ueber einen Fall von Aktinomykose der Nasenhöhle. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 sept.) — Actinomycose des fosses nasales.

Friedrich (P. L.). Zur Behandlung des chronischen Empyems der Highmoreshöhle. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 sept.) — Traitement de l'empyème chronique du sinus maxillaire.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Attinà (B.). Un altro caso di porpora emorragica curata con l'adrenalina. (*Gazz. degli Osped.*, 1er sept.)

Bocquillon-Limousin (H.). Manuel de plantes médicinales coloniales et exotiques. In-18, 317 p.

Byla (P.). Les produits biologiques médicinaux (albuminoïdes, enzymes, organothérapie); formulaire pratique. In-18, 284 p.

Esmonet (Ch.). L'abus des lavages d'intestin. (*Poitou méd.*, sept.)

Fischer (T.). Om behandlingen af tetanus med stora doser kloral. (*Hygiea*, sept.) — Traitement du tétanos par le chloral à hautes doses.

Grimaldi (A.). Per la riabilitazione del vescicante cantaridato. (*Nuovo raccoglitore med.*, juillet.)

Lenné. Beitrag zur Ernährung und Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — Le régime et le traitement dans les néphrites chroniques.

Livingston (A. T.). Ergot in general practice. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 août.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Augé (L.). Deux cas de radiothérapie de lupus tuberculeux. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 sept.)

Bernhardt (M.). Ueber magnetelektrische und sinusoidale Ströme vom elektrodiagnostischen Standpunkt. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 août.)

Bordier (H.). Les rayons N et les rayons N_1. In-16, 95 p. avec fig.

Marquès (H.). Les rayons N; état actuel de la question. (*Montpellier méd.*, 14 et 21 août.)

Pfahler (G. E.). X-ray therapy in skin diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 août.) — La radiothérapie en dermatologie.

Strassmann (K.). Klinische, bakteriologische und mikroskopische Befunde bei der Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXI, 2-3.) — Recherches cliniques, bactériologiques et microscopiques sur l'emploi du bromure de radium en thérapeutique dermatologique.

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (A.). Ein Beitrag zur Pathogenität des Bazillus Friedländer und zur Histogenese der Mikulicz'schen Zellen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 sept.)

Besson (A.). Technique microbiologique et sérothérapique; microbes pathogènes de l'homme et des animaux. 3e éd. In-8°, 355 p. avec fig.

Bythell (W. J. S.). Empyema in children; a contribution to its bacteriology. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, mars et juillet.)

Johnston (R. H.). The bacteriology of panophthalmitis. (*Med. News*, 20 août.)

Michaelis (L.). Weitere Untersuchungen über Eiweisspräzipitine. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 août.) — Nouvelles recherches sur les précipitines des albuminoïdes.

Pánek (K.). Prispevek ku chování se bacterium coli commune a bacillus typhi na vyzivnych pudách presolenych. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 août.) — Influence du degré de concentration des milieux salins sur la vitalité du colibacille et du bacille d'Eberth.

24e ANNÉE. — N° 48. Vingt centimes le numéro. 30 NOVEMBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Limoges. — M. Revoy est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Heineke est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Walter Straub, privatdocent à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur extraordinaire de pharmacologie.

Queen's College de Belfast. — M. le docteur Cecil E. Shaw est nommé lecteur d'ophtalmologie.

Université de Liverpool. — Sont nommés lecteurs : MM. les docteurs Ernest E. Glynn (*pathologie interne*); W. B. Warrington (*neurologie*); H. Leslie Roberts (*dermatologie*); J. Middlemass Hunt (*laryngologie*).

Albany Medical College. — M. le docteur Edwin McDonald Stanton est nommé lecteur d'histologie.

University of Michigan d'Ann-Arbor. — M. le docteur R. Bishop Canfield (de New-York) est nommé professeur d'oto-rhino-laryngologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Robert Langerhans, privatdocent d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur George V. Poore, ancien professeur de médecine à University College de Londres. — M. le docteur Joaquim X. Pereira da Cunha, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Pearce (R. M.). Cancer of the pancreas and glycosuria; an histological study of the changes in the islands of Langerhans. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Schmoll (E.). Ueber die chemische Zusammensetzung von tuberkulösem Käse. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 1-2.) — Sur la composition chimique du caséum tuberculeux.

Sellentin (L.). Acute isolirte interstitielle Myocarditis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.)

Sitsen (A. E.). De obliteratie van de appendix. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 sept.)

Smith (A. J.). On the histological behavior of the cardiac muscle in two examples of organization of myocardial infarct. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.)

Unna (P. G.). Die X-Zellen des Karzinoms. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 sept.)

Weigert (C.). Bemerkung über eine Kleinhirnveränderung bei Tabes dorsalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.) — Sur une lésion du cervelet au cours du tabes.

Wilson (S. A. K.). Un cas de syringomyélie et syringobulbie; dégénération du ruban de Reil. (*Rev. de méd.*, sept.)

MÉDECINE

Christomanos (A. A.). Colica intestini cœci, ein wohlcharakterisirter, selbständig auftretender Symptomencomplex. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.)

Gallenga (P.). Sul valore dell'esame microscopico del contenuto gastrico. (*Policlinico*, 17 sept.)

Gerhardt (D.). Ueber die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.)

Oberwinter. Ein Fall von angeborener Kommunikation zwischen Aorta und Arteria pulmonalis mit gleichzeitiger Aneurysmabildung des gemeinschaftlichen Septums. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 sept.) — Communication congénitale de l'aorte avec l'artère pulmonaire; anévrysme concomitant de la cloison intermédiaire.

Ordynsky (A.). Un cas d'infantilisme chez une jeune fille de quinze ans (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 août.)

Quinan (C.). The Adams-Stokes symptom-complex. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Ransom (Ch. C.). An analytical study of 28 cases of arthritis, with special reference to gout and its treatment. (*Med. News*, 10 sept.)

Rheinboldt (M.). Ueber Ikterus und Diabetes auf nervöser Grundlage. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 sept.)

Riesman (D.). Pericarditis; its symptoms and diagnosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Sabrazès (J.). Leucémie myéloïde à marche rapide. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 et 11 sept.)

Seidelin (H.). Untersuchungen des Mageninhaltes bei älteren Individuen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 sept.) — L'examen du chyme gastrique chez les personnes âgées.

Senator (H.). Ueber Anæmia splenica und Banti'sche Krankheit. (*Zeitsch. f. ärztl. Fortbildung*, I, 9.)

Shoup (J.). Treatment of chronic colitis. (*Amer. Medicine*, 27 août.)

Stengel (A.). Varieties of splenic anæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Stifler. Ueber Ptose der Aorta abdominalis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 sept.)

Tolot et **Sarvonat**. Néphrite subaiguë chez un malade atteint de sclérose rénale latente; apparition de l'albuminurie au moment de la poussée subaiguë; étude de la perméabilité rénale. (*Rev. de méd.*, sept.)

Ury (H.) et **Alexander** (M.). Ueber abnorme Stuhlbefunde bei Pankreas-Erkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 8 sept.) — Sur les fèces dans les affections du pancréas.

Van Loghem (J. J.). Betrachtungen über einen atypischen Fall von Gicht. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 et 15 sept.) — Considérations sur un cas atypique de goutte.

MALADIES INFECTIEUSES

Evans (T. H.). Paratyphoid; a case of the hemorrhagic variety. (*Med. News*, 3 sept.)

Marini (G.). La siero-reazione nella tubercolosi. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, août.)

Mays (Th. J.). A study of the vagus reflex in 380 individuals : a new physical and prognostic sign in pulmonary disease. (*New York Med. Journ.*, 3 sept.)

Nitsch (R.). Bemerkungen über die Pasteur'sche Methode der Schutzimpfungen gegen Tollwut. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 sept.) — Considérations sur la méthode pastorienne de vaccination antirabique.

Omeltchenko (Th.). L'étiologie des complications et des suites de la fièvre typhoïde, d'après les constatations anatomo-pathologiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 août.)

Pinkus (L.). Ueber die Untersuchungsmethoden des Sputums in den ersten Perioden der Tuberkulose. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 27 août et 3 sept.) — Sur l'examen des crachats dans la tuberculose au début.

Reinders (D.). Over het verband tusschen tandlijden en longtoptuberculose, naar aanleiding van een onderzoek bij de 64 patiënten in het sanatorium te Hellendoorn verpleegd van 1 juni tot 6 juli 1904. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 sept.) — Rapports des affections dentaires avec la tuberculose du sommet.

Speck (A.). Die Beziehung der Säuglingsernährung zur Entstehung der Lungentuberculose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 1.) — Alimentation du nourrisson et pathogénie de la tuberculose pulmonaire.

Thayer (W. S.) et **Brush** (C. E.). The relation of acute infections to arteriosclerosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 sept.)

Treille (A.). Les stégomyes et la fièvre jaune; l'épidémie de Saint-Nazaire. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 sept.)

Tsélios (A.). Ἑλώδεις πυρετοί γενική ἄποψις αὐτῶν. (Γαληνός, janv.) — Fièvres paludéennes.

Verdun. Quelques aperçus sur l'étiologie de la dysenterie. (*Echo méd. du Nord*, 14, 21 et 28 août et 4 sept.)

Volpino (G.). Sulla struttura dei corpi descritti da Negri nella rabbia. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 2.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Kroner (K.). Ueber Gesichtsfeldermüdung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.) — Le rétrécissement du champ visuel dû à la fatigue.

Kufs. Beitrag zur Syphilis des Gehirns und der Hypophysis und zur Differentialdiagnose zwischen der Tuberculose und Syphilis des Centralnervensystems. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.) — Sur la syphilis du cerveau et de l'hypophyse et sur le diagnostic différentiel entre la tuberculose et la syphilis du névraxe.

Mackay (M.). Hereditary chorea in 18 members of a family. (*Med. News*, 10 sept.)

Marina (A.). Ueber die bei den coordinirten Seitenbewegungen der Augen an dem sich medialwärts drehenden Auge eintretende Pupillenverengerung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Sur le myosis de l'œil subissant un déplacement interne dans les mouvements associés des yeux.

Merzbacher (L.). Kasuistische Beiträge zur hysterischen Articulationsstörung, speziell des hysterischen Stotterns. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 août.) — De la dysarthrie hystérique, notamment du bégaiement hystérique.

Meyer (E.). Ueber Autointoxicationspsychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.)

Naouman (A.). De la sensibilité vibratoire [osseuse] (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 28 août et 11 sept.)

Obersteiner (H.). Arbeiten aus dem neurologischen Institute (Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems) an der Wiener Universität. T. XI. In-8°, 442 p. avec fig. Vienne.

Raimann (E.). Die hysterischen Geistesstörungen; eine klinische Studie. In-8°, 395 p. Vienne. — Les troubles psychiques de nature hystérique.

Reichardt (M.). Das Verhalten des Rückenmarkes bei reflectorischer Pupillenstarre. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.) — L'état de la moelle dans les cas de suppression du réflexe pupillaire à l'accommodation.

Rentsch. Ueber zwei Fälle von Dementia paralytica mit Hirnsyphilis (Pseudoparalysis syphilitica nach Jolly). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.)

Shadwell (S. B.). Tender spots on the spine in relation to pain in various parts of the body. (*Lancet*, 10 sept.) — Les points douloureux rachidiens et leurs rapports avec les douleurs siégeant dans d'autres régions.

Siccardi (P. D.). Considerazioni su la fisiopatologia e su la teoria del tic. In-8°, 32 p. Ancône.

Stöhr (A.). Grundfragen der psycho-physiologischen Optik. In-8°, 160 p. avec fig. Vienne.

Strauss (H.). Ueber angiospastische Gangrän (Raynaud'sche Krankheit). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.)

Tremaine (Annie M.). The treatment of status epilepticus. (*New York Med. Journ.*, 10 sept.)

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). Essai sur la physiologie pathologique du mouvement; disparition des mouvements dans la chorée chronique. (*Rev. de méd.*, sept.)

Vigouroux (A.) et **Laignel-Lavastine**. Hémorrhagie cérébrale chez un paralytique général arthritique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Volhard (F.). Ueber Augensymptome bei Armlähmungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 sept.) — Des phénomènes oculaires survenant au cours des paralysies du membre supérieur.

Winkler (C.). Over neuritis van den plexus brachialis ten gevolge van de aanwezigheid van een halsrib. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 sept.) — Névrite du plexus brachial, due à la présence d'une côte cervicale.

Zondek (M.). Beitrag zur Lehre vom Riesenwuchs. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.) — Sur le gigantisme.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Hansen (G. A.). Paraleprose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 sept.)

Heidingsfeld (M. L.). Linear nævi; a few clinical and pathologic considerations in reference to nævi in particular and to dermatology in general. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 août.)

Hutchinson (J.). Some of my opinions. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.)

Lesser (E.). Tratado de dermatología, sifiliografía y enfermedades venéreas. (Trad. de l'allemand par Gil Saltor Lavall et José María Biada.) Fasc. 12 à 21. In-8°, 384 p. avec fig. Barcelone. Salvat et Cie.

Lie (H. P.). Die Therapie der Lepra. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 sept.)

Little (E. G.). A case of lupus vulgaris treated with tuberculin. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.)

Moritz (O.). Zur Kasuistik des Morbus maculosus Werlhofii. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er sept.)

Ormerod (J. A.) et **Macleod** (J. M. H.). On a case of Darier's disease. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.)

Pollak (J.). Ein Fall von Hospitalbrand auf dem Boden eines Ulcus cruris. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er sept.) — Pourriture d'hôpital consécutive à un ulcère de jambe.

Pond (A. M.). The gastro-intestinal crisis of erythema exudativum, simulating appendicitis. (*Med. News*, 10 sept.)

Rosenthal (O.). Zur Behandlung der Syphilis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 sept.) — Le traitement de la syphilis.

Secchi (T.). Ancora sugli stati elefantiasici; considerazioni di patologia clinica. In-8°, 18 p. Cagliari.

Shoemaker (J. V.). Xanthoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 août.)

Thibierge (G.). Les conditions du développement de la « syphilide pigmentaire » (leucoderma syphiliticum). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.)

Weidenfeld (S.). Beiträge zur Klinik und Pathogenese des Pemphigus. In-8°, 106 p. Vienne.

Welander (E.). Wie und wo sollen wir hereditärsyphilitische Kinder behandeln? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.) — Où et comment soigner l'hérédo-syphilis?

PARASITOLOGIE

Christophers (S. R.). On a parasite found in persons suffering from enlargement of the spleen in India; second report. In-4°, 21 p. avec fig. Calcutta.

Donovan (C.). Human piroplasmosis. (*Lancet*, 10 sept.)

Dutton (J. E.), **Todd** (J. L.) et **Christy** (C.). Reports of the trypanosomiasis expedition to the Congo, 1903-1904, of the Liverpool School of Tropical Medicine and Medical Parasitology (with a comparison of the trypanosomes of Uganda and the Congo Free State, by H. W. Thomas and S. F. Linton, and a note on tsetse-flies, by E. E. Austen). In-4°, 112 p. avec fig. Londres. Williams et Norgate.

Matienzo (A.). Nota acerca de la existencia del uncinaria duodenalis en Tampico. In-16, 13 p. avec fig. Mexico.

Pond (A. M.). Ascarides in the bile-ducts simulating gallstone seizures. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Ascarides dans les voies biliaires simulant des coliques hépatiques.

Schaudinn (F.). Ueber die Einwanderung der Ankylostomumlarven von der Haut aus; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 sept.) — Sur la pénétration des larves d'ankylostome par la voie cutanée.

Smith (C. A.). Uncinariasis in the south, with special reference to the mode of infection. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 août.) — L'ankylostomiase dans le sud [des Etats-Unis].

Wagener (O.). Oxyuris vermicularis in der Darmwand. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.) — Présence d'oxyures vermiculaires dans la paroi intestinale.

CHIRURGIE

De Franchis (G.). Contributo al trattamento operativo dei voluminosi tumori emorroidarii. (*Gazz. degli Osped.*, 11 sept.)

Haffner. Ausgedehnte disseminierte Fettgewebsnekrose der Bauchhöhle ohne Erkrankung des Pancreas. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 août.) — Nécrose adipeuse disséminée de l'abdomen sans lésion concomitante du pancréas.

Hermkes (C.). Ueber den Wert chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1.) — Sur le traitement chirurgical des névroses et des psychoses.

Holding (A. F.). Removal by gastrotomy of a hatpin swallowed by a twenty months' old child. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Extraction, par la gastrostomie, d'une épingle à chapeau avalée par une enfant de vingt mois.

Horsley (J. Sh.). Excision of part of the ileum and all of the cæcum and ascending colon; ileum and transverse colon united by a new method. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 sept.)

Hosmer (A. J.). On the use of an electromagnet for removal of a foreign body from a bronchus. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Emploi de l'électro-aimant pour l'extraction d'un corps étranger des bronches.

Jackson (W. R.). Thoracic empyema. (*Amer. Medicine*, 3 sept.)

Kallistratov (N.). L'application d'un bandage inamovible est-elle nécessaire en cas de fracture de la clavicule (en russe)? (*Vratcheb. Gaz.*, 21 août.)

Kausch (W.). Beiträge zum Diabetes in der Chirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.)

Kenerson (V.). Gangrene of the hollow viscera. (*Ann. of Surgery*, sept.) — 3 cas de gangrène de viscères creux.

Lauenstein (C.). Zur Technik der Transplantation nach Thiersch. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 3 sept.)

Lavrov (V.). Du traitement chirurgical des péritonites par perforation intestinale d'origine typhoïdique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 et 21 août.)

Le Dentu (A.). Clinique chirurgicale. In-8°, 634 p. avec fig.

Lediard (H. A.) et **Sedgwick** (R. E.). Cases of appendicitis with perforating duodenal and gastric ulcer. (*Lancet*, 10 sept.)

Leedham-Green (Ch.). On the sterilisation of the hands; a bacteriological inquiry into the relative value of various agents used in the disinfection of the hands. In-8°, 102 p. Birmingham. Cornish Brothers. — L'asepsie des mains.

Lemoine (G.). Considérations sur l'appendicite. (*Nord méd.*, 1er sept.)

Liefmann (E.). Ein Fall von Hirntumor nach Trauma; Operation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 sept.) — Tumeur post-traumatique du cerveau; opération.

Lobingier (A. S.). The early recognition and treatment of intestinal obstruction. (*Amer. Medicine*, 10 sept.)

Longuet (L.). De l'hallux flexus. (*Rev. d'orthopédie*, sept.)

MacLaren (A.). Gallstones in the common duct. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 sept.) — Lithiase du canal cholédoque.

Maragliano (D.). Asepsi clinica ed asepsi batteriologica. (*Gazz. degli Osped.*, 4 sept.)

Martin (E.). Ein Fall von inkarzerierter Zwerchfellhernie; Beitrag zur chirurgischen Therapie der Hernia diaphragmatica. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juillet.) — Hernie diaphragmatique étranglée.

McWilliams (C. A.). Intestinal obstruction following appendicitis operations; report of 86 cases. (*Med. News*, 3 sept.)

Mentchinsky (A.). Plaies pénétrantes de l'abdomen avec prolapsus des viscères (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 août.)

Monzardo (G.). Un caso di ernia interstiziale properitoneale. (*Gazz. degli Osped.*, 4 sept.)

Morestin (H.). Epithélioma développé sur une vieille loupe du dos. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Moty. Essai sur la défense de l'organisme dans l'appendicite. (*Echo méd. du Nord*, 11 sept.)

Narath (A.). Zwei Vorschläge zur Modification der Pyloroplastik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.)

Oppel (V.). A propos des blessures non compliquées de l'estomac par armes à feu (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 août.)

Paquet (P.). Un cas de phlébite du membre inférieur gauche, consécutive à une entorse du genou. (*Echo méd. du Nord*, 4 sept.)

Rozanov (V. N.). Ueber Hepatopexie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 10 sept.)

UROLOGIE

Miller (Ch. C.). Internal urethrotomy in the treatment of stricture of the membranous urethra. (*Med. Record*, 3 sept.)

Mix (Ch. L.). Orthostatic albuminuria. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Pringle (J. H.). Repair of the urethra by transplantation of the urethra of animals. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Rosenstein (P.). Physikalische Versuche zur Erklärung einer bisher nicht gewürdigten Gefahr der Bottini'schen Operation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er sept.) — Expériences de physique en vue de l'explication d'une complication non encore signalée de l'opération de Bottini.

Rutherfurd (H.). On ruptured urethra: its treatment by combined drainage (suprapubic and per urethram). (*Lancet*, 10 sept.)

Schumm (O.). Beiträge zur Kenntnis der Alkaptonurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 sept.)

Treplin. Ueber doppelseitige Nierensteine. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.) — Lithiase rénale bilatérale.

Tsélios (A.). Αἱμοσφαιρινουρία ἐκ κινίνης. (Γαληνός, avril.) — Hémoglobinurie quinique.

Yvert (A.). De l'intervention opératoire dans les néphrites et dans certaines affections médicales du rein. (*Rev. de chir.*, sept.)

OPHTALMOLOGIE

Rochtchevsky (S.). Intoxication par l'atropine dans le traitement des affections oculaires (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 11 sept.)

Roy (J. N.). Le traitement de l'iritis par les injections sous-conjonctivales et temporales. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Sämisch (Th.). Die Krankheiten der Conjunctiva, Cornea und Sklera. 1. Teil: Die Krankheiten der Conjunctiva. 2e éd. In-8°, 256 p. avec fig. Leipzig. — Les affections de la conjonctive.

Schirmer (O.). Mikroskopische Anatomie und Physiologie der Thränenorgane. 2e éd. In-8°, 89 p. avec fig. Leipzig. — Anatomie microscopique et physiologie de l'appareil lacrymal.

Trantas. Kératite parenchymateuse avec grossesse; accouchement provoqué; guérison de l'affection oculaire. (*Comptes rendus du Club méd. de Constantinople*, juillet.)

Verhaeghe (D.). A propos d'un cas de kératite interstitielle d'origine tuberculeuse. (*Nord méd.*, 15 sept.)

Wintersteiner. Bemerkungen über Häufigkeit und Verhütung der Blennorhœa neonatorum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 sept.) — Considérations sur la fréquence et la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Coe (J. W.). Report of a case of ruptured ectopic gestation. (*Med. News*, 13 août.)

Hochstetter (Th.). Ueber die Dauer der Schwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 3.) — Sur la durée de la grossesse.

Kermauner (F.). Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 sept.) — Accouchement progressif ou forcé dans l'éclampsie.

Kramer (A. J. H.). Sectio cæsarea bij eclampsie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 sept.)

Krupp (E.). Ein Fall von Zangenoperation bei Zwillingen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 10 sept.) — Application du forceps dans un accouchement gémellaire.

Little (H. M.). A statistical study of the albuminuria of pregnancy, labor and the puerperium. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — Recherches statistiques sur l'albuminurie au cours de la grossesse, du travail et du post-partum.

Mellish (E. J.). Retrodeviations of the uterus. (*Amer. Medicine*, 27 août.)

Metcalf (W. F.) et **Safford** (H. E.). Chorio-epithelioma malignum; report of a case in good health fourteen months after operation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — Chorio-épithéliome malin; guérison se maintenant au bout de quatorze mois.

Montgomery (E. B.). Symphysiotomy in persistent mento-posterior (face) presentation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Müllerheim (R.). Ueber die Anwendung der Kopfzange bei Beckenendlage. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Sur les applications du forceps dans les présentations du siège.

Nebesky (O.). Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Sarkom und Carcinom im Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 3.) — De la coexistence du sarcome et du carcinome de l'utérus.

Noble (Ch. P.). The nature of the indications for operation for fibroid tumors of the uterus. (*Amer. Medicine*, 10 sept.)

Norris (R. C.). The ultimate results of induced labor for minor degrees of pelvic contraction. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — Résultats éloignés de l'accouchement provoqué dans le cas de rétrécissement pelvien peu marqué.

Orlov (V.). Contribution à l'étude de la perforation de la paroi utérine au cours du cathétérisme et du curettage de la matrice (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 août.)

Pitha (W.). Die abdominellen Operationen bei Fibromyomen des Uterus. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 et 27 août, 3 et 10 sept.)

Reed (A. P.). A case of epithelioma of the vulva. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Riedl (H.). Menstruatio præcox und Ovarialsarkom. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er sept.)

Roland. Un cas d'accouchement précipité. (*Poitou méd.*, sept.)

Saks (J.). Ein Beitrag zu den Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane sub coitu. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 sept.)

Sampson (J. A.). The pelvic ureteral sheath; its relation to the extension of carcinoma cervicis uteri. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 sept.) — La gaine de l'uretère pelvien.

Smith (R. R.). Adenomatous hyperplasia of the cervical gland appendage of Gartner's duct. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Sperling (M.). Korrektur von Deviationen des Uterus durch « verkürzende Plastik der Ligg. rotunda und Ligg. sacro-uterina per laparotomiam » (fibro-fibröse, indirekte Fixierung). (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 sept.)

Stengel (A.) et **Stanton** (W. B.). The heart and circulation in pregnancy and the puerperium. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.) — Le cœur et la circulation pendant la grossesse et l'accouchement.

Stolz (M.). Die Spinalanalgesie, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verwendung in der Gynäkologie und Geburtshülfe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 3.)

Stoner (A. P.). Some remarks upon pus collections in the female pelvic cavity, and their treatment. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Thorn (W.). Tubensondierung und Uterusperforation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 sept.)

Violet. Néphrite interstitielle et métrorrhagies. (*Lyon méd.*, 11 sept.)

Wenczel (Th. von). 26 Zangenoperationen bei hochstehendem Kopfe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIII, 3.) — 26 applications de forceps au détroit supérieur.

Wood (W. C.). Large fibroid of uterus complicating pregnancy; Porro operation. (*New York Med. Journ.*, 10 sept.) — Volumineux fibrome de l'utérus, compliquant la grossesse; opération de Porro.

PÉDIATRIE

Kellogg (K. E.). Influenza in children. (*Med. News*, 10 sept.) — La grippe chez l'enfant.

McCleary (G. F.). The influence of antenatal conditions on infantile mortality. (*Brit. Med. Journ.*, 13 août.)

Moncorvo. Da alimentação das creanças no Rio de Janeiro. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, sept.)

Nohl (E.). Erysipelas neonatorum gangrænosum. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.)

Oliveira (O. de). A dysenteria amebica na infancia. (*Brazil-medico*, 22 août, 1er et 8 sept.)

Redfern (J. J.). A case of pseudo-leukæmia (lymphosarcoma) in a young child. (*Lancet*, 10 sept.) — Pseudo-leucémie chez un enfant en bas âge.

Rheiner (G.). Die Bedeutung der Albuminurie im Kindesalter. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 août, 1er et 15 sept.) — De la signification de l'albuminurie chez l'enfant.

Solaro (A.). I suicidii nell'età infantile. (*Pediatria*, août.)

Trischitta (V.). Edema artritico delle palpebre nei lattanti. (*Gazz. degli Osped.*, 4 sept.)

Zambelli (G.). Sul valore diagnostico della puntura lombare in alcune malattie dei bambini. (*Morgagni*, sept.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Laurens (G.). Chirurgie du sinus frontal; trépanation simple; sinusectomie. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juin.)

Macewen (J. A. C.). Purulent mastoiditis; sinus thrombosis; threatened cerebral abscess; recovery after operation. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Pfingst (A. O.). Purulent inflammation of the mastoid process and its terminations illustrated with cases. (*Amer. Practitioner and News*, 1er sept.)

Préobrajensky (S. S.). Ueber die Rolle der Nase, des Rachens und des Halses bei Hämoptoe; Pharyngitis haemorrhagica. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 3 sept.) — Le rôle du nez, du pharynx et du larynx dans les hémoptysies; la pharyngite hémorrhagique.

Richardson (J. J.). Hypertrophy of the lingual tonsil. (*Amer. Medicine*, 3 sept.)

Röpke (F.). Ueber das Endotheliom der Nasenhöhle. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 août.) — L'endothéliome des fosses nasales.

Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der 13. Versammlung in Berlin am 20. und 21. Mai 1904. In-8°, XXI-183 p. avec fig. Iéna. — Compte rendu du treizième Congrès de la Société allemande d'otologie, tenu à Berlin en 1904.

HYGIÈNE

Busquet (P.). Du rôle des embruns dans la transmission des maladies infectieuses. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Delobel (J.). Hygiène scolaire. In-16, 192 p.

General-Bericht über die Sanitätsverwaltung im Königreich Bayern (1902). In-8°, 340 p. avec tableaux. Munich. — Rapport général sur l'administration sanitaire en Bavière pendant l'année 1902.

Harrington (Ch.). Borated food as a cause of lesions of the kidneys. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Les aliments boriqués comme cause de lésions rénales.

Kühn. Wie schützen wir unsere Kinder vor der tuberkulösen Infektion? (*Berlin. Klinik*, sept.) — Comment protéger l'enfance contre l'infection tuberculeuse?

Lacerda (J. B. de). Prophylaxia internacional da febre amarella. In-8°, 96 p. Rio-de-Janeiro.

Mosny (E.). Les recherches récentes sur les causes et la prophylaxie de la fièvre jaune. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Nötel. Die Unschädlichmachung des Auswurfs der Phthisiker. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 1.) — Sur la désinfection des crachats des phtisiques.

Pfuhl (E.). Beitrag zur bakteriologischen Untersuchung der Fleischconserven. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 1.) — Examen bactériologique des conserves de viande.

Vallée (H.). Sur l'accoutumance à la tuberculine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Vidal (L.). Les fours à chaux; quelques considérations de pathologie, d'hygiène et de médecine légale. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bolten (G. C.). Over cocaïne-intoxicatie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 sept.)

Brouardel (P.). La mort par inhibition laryngée. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Distefano (S.). Osservazioni sul timo in rapporto alla medicina legale. (*Clinica moderna*, 31 août.)

Dubuisson (P.). Essai sur la folie au point de vue médico-légal. (*Arch. d'anthropol. crim.*, sept.)

Helm. Die Geistesstörungen der Epileptiker in gerichtlich-medizinischer Beziehung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 5 et 8 sept.) — Les troubles psychiques des épileptiques au point de vue médico-légal.

Lamb (G.). Specificity of antivenomous sera; second communication. In-4°, 25 p. Calcutta.

Návrat (V.). O samovrazde; sociálne-lékarská studie. (*Casopis lékaru ceskych*, 30 juillet, 6, 13, 20 et 27 août, 3 et 10 sept.) — Étude médico-sociologique sur le suicide.

Nucci (E.) et **Viviani** (U.). Sullo stato mentale di F... A..., omicida (contributo allo studio dell'epilessia del Samt). In-8°, 72 p. avec fig. Arezzo.

Palieri (D.). Sulla incapacità al lavoro per ernia. (*Gazz. degli Osped.*, 4 sept.)

Perrando (G. G.). Stato della tiroide nell'atrofia giallo-acuta del fegato in rapporto al fosforismo. (*Giorn. di med. legale*, juillet-août.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Menzer. Ergebnisse der Serumbehandlung des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 août.) — Résultats de la sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu et chronique.

Mibelli (V.). Die Epitheliome und ihre Behandlung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.) — Les épithéliomas et leur traitement.

Passalacqua (A.). Studi sull'efficacia del siero antidifterico nella pertosse. (*Policlinico*, 3 sept.) — Recherches sur l'efficacité du sérum antidiphtérique contre la coqueluche.

Rocca (C.). Alcune note terapeutiche di medicina coloniale. (*Policlinico*, 10 sept.)

Rosenbach (O.). Herzschwäche und Morphiuminjektion. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 août.) — Asthénie cardiaque et injection de morphine.

Stein (B.). Beitrag zur Behandlung des Diabetes insipidus. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 sept.)

Symmers (D.). Report of a case of Addison's disease treated by means of suprarenal extract and adrenaline chloride. (*Med. News*, 10 sept.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Deutsch (J.). Die Radiotherapie bei Gebärmuttergeschwülsten. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.) — La radiothérapie des tumeurs de l'utérus.

Edlefsen. Experimenteller Beitrag zum Studium der oxydierenden Wirkung fluoreszierender Stoffe. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 sept.) — Recherches expérimentales sur l'action oxydante des corps fluorescents.

Finsen (N. R.). Mitteilungen aus Finsen's medicinske Lysinstitut in Kopenhagen. (Trad. du danois.) T. VIII. In-8°, 147 p. avec fig. Iéna.

Forchhammer. Eine klinische Mitteilung über Lichtbehandlung nach Sensibilisation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 sept.) — Considérations cliniques sur la photothérapie après sensibilisation.

Foveau de Courmelles. Les applications médicales du radium. In-16, 128 p. avec fig.

Goldman (H.). Vorläufige Mitteilung über die Impfung unter rotem Lichte. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 sept.) — Vaccination sous la lumière rouge.

Kothe (R.). Ueber den Einfluss photodynamischer Substanzen auf die Wirkung der Röntgenstrahlen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 sept.) — De l'influence des substances photodynamiques sur l'action des rayons de Röntgen.

Leduc (S.). Les ions en médecine. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 sept.)

Libensky (V.). Uziti paprsku Röntgenovych ve vnitrním lékarství. (*Casopis lékaru ceskych*, 27 août, 3 et 10 sept.) — Sur le radio-diagnostic des affections médicales.

Mabie (A. D.). High frequency currents; their physiological action and methods of application. (*Med. News*, 3 sept.)

Pick (F. J.) et **Asahi** (K.). Zur Eosin-Licht-Behandlung; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 sept.) — Photothérapie avec l'éosine.

Reboul (J.). Sur quelques cas de cancer et de tuberculose traités par les rayons de Röntgen. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 sept.)

Rushmore (J. D.). The use of electricity in skin-grafting. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Emploi de l'électricité dans les greffes épidermiques.

Thiellé (H.). Traitement de la tuberculose par les courants de haute fréquence et de haute tension, basé sur l'étude du chimisme respiratoire. In-8°, 29 p. Rouen.

BACTÉRIOLOGIE

Blumenthal (F.). Ueber das Vorkommen von Typhus- und Paratyphusbazillen bei Erkrankungen der Gallenwege. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.) — Présence de bacilles typhoïdiques et paratyphoïdiques dans les affections des voies biliaires.

Kluck (H.) et **Inada** (R.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Spezifizität der Präzipitine. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.)

Lesieur (Ch.). Recherche directe des microbes dans le sang (du bacille de Koch, en particulier) par le procédé de la sangsue. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Maher (S. J.). The cycle of the tubercle bacillus; a preliminary announcement. (*Med. Record*, 10 sept.)

Vaughan (V. C.). Further studies of the intracellular bacterial toxins. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 sept.)

24e ANNÉE. — N° 49. Vingt centimes le numéro. 7 DÉCEMBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal. Les bureaux de la SEMAINE MÉDICALE sont actuellement situés, 53, avenue de Villiers, Paris, 17e.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. J.-R. Dupouy, agrégé, est nommé professeur de pharmacie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Picaud, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur W. Stöckel, privatdocent à la Faculté de médecine d'Erlangen, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur F. Moritz, professeur à la Faculté de médecine de Greifswald, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. F. Riegel, décédé.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Hermann Hildebrandt est nommé privatdocent de médecine légale et de pharmacologie.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Karl Mayer, professeur extraordinaire de neurologie et de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur N. Guerken, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de pathologie externe.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur S. Yachtchinsky, professeur extraordinaire de médecine opératoire, est nommé professeur ordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Karl Köster, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à la Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Oswald Naumann, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Charles D. F. Phillips, ancien lecteur de thérapeutique et de matière médicale à Westminster Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Duncan C. MacCallum, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie à McGill University de Montréal.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1903* inclusivement (21 années) absolument complètes, soit les 23 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 210 francs pour la France, 250 francs pour l'étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

PHYSIOLOGIE

Bräunig (K.). Ueber muskulöse Verbindungen zwischen Vorkammer und Kammer des Herzens; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 sept.) — Sur les éléments musculaires unissant l'oreillette et le ventricule du cœur.

Grossmann (K.). The so-called Sanson-Purkinje reflex image of the anterior lens surface. (*Brit. Med. Journ.*, 24 sept.)

Hall (W. S.). Mathematical relations of certain chest measurements. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.) — Rapports numériques de certaines mesures thoraciques.

Hamburger (H. J.). Osmotischer Druck und Ionenlehre in den medicinischen Wissenschaften; zugleich Lehrbuch physikalisch-chemischer Methoden. T. III. In-8°, 508 p. avec fig. Wiesbaden. — L'osmose et les ions.

Hermann (L.). Lehrbuch der Physiologie. 13e éd. In-8°, 763 p. avec fig. Berlin.

Hürthle (K.). Ueber den gegenwärtigen Stand und die Probleme der Lehre von der Blutbewegung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 sept.) — Sur la circulation sanguine.

Malone (F. F.). The relation of chest contour to lung capacity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.) — Rapport du périmètre thoracique avec la capacité pulmonaire.

Rhumbler (L.). Zellenmechanik und Zellenleben. In-8°, 43 p. Leipzig.

Sommer (E.). Thermopalpatorische Untersuchungen über die Temperatur im äusseren Gehörgang. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 sept.) — La température de l'oreille externe.

Starling (E. H.). Elements of human physiology. 6e éd. In-8°, 712 p. Londres.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Lasio (G.). Ueber die Regeneration der Schleimhaut der Harnblase in Beziehung zur operativen Behandlung der chronischen Cystitis; experimentelle Untersuchungen. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.) — Sur la régénération de la muqueuse vésicale, envisagée au point de vue du traitement chirurgical de la cystite chronique.

Marzagalli (E.) et **Figari** (F.). Sulla formazione di anticorpi specifici tubercolari in animali trattati con estratto acquoso di bacilli vivi. (*Ann. dell'Istituto Maragliano*, I, 1.)

Miyake (H.). Experimentelle Studien zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen Infektion. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.) — Recherches expérimentales sur la résistance des tissus à l'égard des agents infectieux.

Morgenroth (J.). Untersuchungen über die Bindung von Diphtherietoxin und -Antitoxin, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Constitution des Diphtheriegiftes. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 2.)

Neisser (A.). Meine Versuche zur Uebertragung der Syphilis auf Affen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 et 22 sept.) — Expériences sur la transmissibilité de la syphilis au singe.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Curci (A.). Sul meccanismo della infiammazione. (*Gazz. degli Osped.*, 18 sept.)

Dagonet (J.). Transmissibilité du cancer. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Figari (F.). Contributo allo studio dell'immunità nella tubercolosi. (*Ann. dell'Istituto Maragliano*, I, 1.)

Hallopeau (H.). Les substances toxiques et immunisantes dans la syphilis. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Kelling. Die biologischen Eigenschaften der Geschwülste; 3. Mitteilung zur Geschwulstfrage. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 et 17 sept.) — Les propriétés biologiques des tumeurs.

Madsen (Th.). Toxins and antitoxins. (*Brit. Med. Journ.*, 10 sept.)

Ruffer (M. A.). On hæmolytic and hæmosozic serums. (*Brit. Med. Journ.*, 10 sept.)

Snow (H.). Cancer facts and cancer fallacies; a plea for the more scientific study and treatment of malignant diseases. (*Lancet*, 17 sept.)

Stuart (Anna M.). Immunity. (*New York Med. Journ.*, 24 sept.)

MÉDECINE

Blaikie (J. B.). A case of nephritis simulating diabetes insipidus. (*Lancet*, 24 sept.)

Fessler (Th.). Ueber durch erhöhte Körpertemperatur bewirkten Husten. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 sept.) — Sur la toux provoquée par l'hyperthermie.

Fulton (D.). Insufficient motility of the stomach and its treatment. (*New York Med. Journ.*, 17 sept.)

Germain (H. H.) et **Christian** (H. A.). A case of early acute pancreatitis without hemorrhage. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.) — Pancréatite aiguë précoce sans hémorrhagie.

Hardy (P.). An analysis of 150 cases of death from broncho-pneumonia. (*Lancet*, 24 sept.) — 150 cas mortels de bronchopneumonie.

Hutchinson (J.). Bemerkungen über den Krebs. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 sept.) — Sur le cancer.

Kikuchi (Y.). Ein Fall von Polyzythämie. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 sept.)

Kredel (L.). Embolische Extremitätengangrän nach Pneumonie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.)

Laignel-Lavastine et **Bloch** (P.). Goutte. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Lewis (H. E.). A clinical study of certain forms of pericarditis, with report of a pericardial effusion complicating an extensive burn of the chest. (*Med. Record*, 24 sept.)

Löb (A.) et **Adrian** (C.). Rechtfertigt erhöhte moleculare Blutconcentration bei Nierenerkrankung immer den Schluss auf Kranksein beider Nieren? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 sept.) — L'augmentation de la concentration moléculaire du sang dans les affections rénales permet-elle toujours de conclure à une lésion des deux reins?

Lossen (J.). Zur Kenntnis des Banti'schen Symptomkomplexes. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.)

Malesani (A.). Del focolaio d'ascoltazione alla punta del cuore rispetto ad eventuali spostamenti dell'itto. (*Pediatria*, août.) — Sur le foyer d'auscultation de la pointe du cœur au point de vue des déplacements éventuels du choc de cette pointe.

MALADIES INFECTIEUSES

Besse (P.-M.). Tuberculose bovine et tuberculose humaine. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Cadwallader (R.). Malaria. (*Med. Record*, 17 sept.)

Caziot. La scarlatine apyrétique. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mars.)

Coulon (G.). Un cas d'iodisme aigu au cours d'une petite épidémie d'oreillons. (*Arch. de méd. des enfants*, juin.)

Erőss (J.). Ueber die Mortalität der Diphtherie und des Croup in den grösseren Städten Ungarns mit Rücksicht auf die Serumtherapie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 4.)

Fels (J.). Erfahrungen aus einer Masernepidemie. (*Wien. med. Presse*, 18 sept.) — Epidémie de rougeole.

Ferrari (A.). A hyperchloruração na febre amarella. (*Brazil-medico*, 15 sept.)

Fussell (M. H.), **Carmany** (H.) et **Hudson** (H.). Polyuria in typhoid fever. (*Med. News*, 17 sept.)

Graham (E. E.). The non-susceptibility of the new-born to measles. (*New York Med. Journ.*, 17 sept.) — La non-réceptivité des nouveau-nés à l'égard de la rougeole.

Heydenreich (L.). Wirkliche Wutkrankheit oder angeimpfte modificirte Wut? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 sept.) — Rage vraie ou rage inoculée modifiée?

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Kovalevsky (I. P.). Ueber die Prognose bei Epilepsie. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 17 sept.)

Oppenheim (H.). Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 4e éd. 2 vol. In-8°, 1447 p. avec fig. Berlin. — Traité des maladies du système nerveux.

Sachs (B.). Some unusual forms of acute myelitis. (*New York Med. Journ.*, 24 sept.)

Salmon (A.). Sulla patogenesi della malattia del Basedow. (*Clinica moderna*, 3 août.)

Spiller (W. G.) et **Camp** (C. D.). Autochthonous sinus thrombosis of the cerebral dura. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.)

Stephenson (S.). Congenital word-blindness. (*Lancet*, 17 sept.) — Cécité verbale congénitale.

Strümpell (A.). Ueber die Bedeutung der Sensibilitätsprüfungen, mit besonderer Berücksichtigung des Drucksinnes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 sept.) — Sur l'examen de la sensibilité, notamment à l'égard de la pression.

Vigouroux (A.) et **Laignel-Lavastine**. Pachyméningo-encéphalite scléro-gommeuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Voss (G. von). Ein Fall von progressiver Bulbärparalyse. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 2 juillet.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bassett-Smith (P. W.). The fungus of tinea imbricata. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Bayer (H.). Beitrag zur Behandlung der Psoriasis vulgaris. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 sept.)

Brousse (A.). Traitement du lupus tuberculeux. (*Montpellier méd.*, 24 juillet.)

Comby (J.). Lichen des scrofuleux (tuberculides cutanées). (*Arch. de méd. des enfants*, avril.)

De Benedetti (B.). Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie du purpura primitif. (*Arch. de méd. des enfants*, avril.)

Etcheverry (J.). Syphilis et cancer. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Forster (K.). Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15, 19, 22 et 26 sept.)

Gibert (M.) et **Durand-Viel**. Un cas de lèpre nerveuse chez l'enfant. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 sept.)

Hallopeau (H.). Grundsätze der Syphilisbehandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 sept.) — Les principes du traitement de la syphilis.

Halpern (J.). Der lokale Einfluss erhöhter Muskelfunktion auf die anormale Ernährung der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 1.) — L'influence locale de l'hyperactivité musculaire sur la nutrition anormale de la peau.

Jadassohn (J.). Ueber infectiöse und toxische hämatogene Dermatosen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 et 19 sept.)

Jordan (A.). Ein Beitrag zur Statistik der Epididymitis gonorrhoica. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 1.)

PARASITOLOGIE

Bentley (Ch. A.). Notes upon kala-azar and the new parasite. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Christy (C.). The cerebro-spinal fluid in sleeping sickness (trypanosomiasis); 104 lumbar punctures. (*Brit. Med. Journ.*, 20 août.)

Donovan (C.). Human piroplasmosis. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Dutton (J. E.), **Todd** (J. L.) et **Christy** (C.). The Congo floor maggot, a blood-sucking dipterous larva found in the Congo Free State. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Rogers (L.). Cachexial fever in India associated with Cunningham-Leishman-Donovan bodies. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Urizar (R.). Dos nuevos streptotrix (streptotrix Lignieri A y B). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Zabel (E.). Flagellaten im Magen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 sept.) — Présence de flagellés dans l'estomac.

CHIRURGIE

Buschke (A.). Ueber eine eigenartige Form rezidivierender, wandernder Phlebitis an den unteren Extremitäten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 1.) — Sur une forme particulière de phlébite ambulatoire et récidivante du membre inférieur.

Camus (Edmond). Appendicite suppurée compliquée de pleurésie purulente; opération de l'appendicite à chaud et pleurotomie; guérison. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril.)

Cazzamali (A. G.). Contributo allo studio degli osteo-sarcomi primitivi dell'astragalo. (*Policlinico*, 24 sept.)

Cernezzi (A.). Cistocele crurale extraperitoneale; resezione; guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 18 sept.)

Dawbarn (R. H. M.). The starvation operation for malignancy in the external carotid area; its failures and successes. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

Deaver (J. B.). Factors in the mortality of appendicitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.)

Decker (J.). Diagnose und Behandlung der Gallensteinerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept.) — Diagnostic et traitement de la lithiase biliaire.

Deetz (E.). Ueber Luxatio pedis sub talo nach vorn mit Talusfraktur. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.)

Delage (J.). et **Massabiau**. Les lipomes du sein et de la région mammaire. (*Rev. de chir.*, oct.)

Derocque (P.). A propos de deux cas de genu recurvatum; essai de pathogénie. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 sept.)

Durlacher. Ein Beitrag zur Aetiologie der akuten Osteomyelitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 sept.)

Ebner (A.). Ein Fall von Ganglion am Kniegelenksmeniskus. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept.)

Eisendrath (D. N.). Adenoma of the mucous glands of the lips as a cause of macrocheilia. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Adénome des glandes muqueuses des lèvres en tant que cause de macrochilie.

Engelhardt (G.). Neue Gesichtspunkte in der Beurteilung der Aethernarkose. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.)

Frilet. Suicide par coup de feu à blanc sans fausse balle de carton. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril.)

Gessner (H. B.). Nerve blocking to prevent amputation shock; illustrative reports of two thigh amputations. (*Amer. Medicine*, 24 sept.)

Göbel (K.). Ueber idiopathischen, protrahierten Priapismus. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.)

Guimarães (A.). Anesthesia cirurgica na infancia. (*Brazil-medico*, 22 sept.)

Gurbski (S. von). Plombierung des Canalis caroticus; Notiz über partielle Resektion des Ganglion Gasseri und über Einfallspforten der Osteomyelitis und Tuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept.)

Hartmann (H.). La suture par doublement dans la cure des éventrations larges et des grosses hernies ombilicales. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mai.)

Hoffa (A.). The influence of the adipose tissue with regard to the pathology of the knee joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.) — Le tissu adipeux dans ses rapports avec les affections du genou.

Laqueur (A.). Zur Behandlung der chronisch-rheumatischen und der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen mittels der Bier'schen Stauungshyperämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 sept.) — Traitement des arthrites rhumatismales chroniques et blennorrhagiques par la stase artificielle (procédé de Bier).

Richardson (M. H.). The surgery of the biliary tract, especially the indications for operation and the importance of drainage. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 sept.) — Chirurgie biliaire, notamment au point de vue des indications de l'intervention et de la valeur du drainage.

Sasse (F.). Ueber den Verschluss des Ductus choledochus durch Echinokokkenblasen und Heilung durch Choledochotomie nebst Radicaloperation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.) — Obturation du canal cholédoque par des kystes hydatiques et guérison par cholédocotomie avec cure radicale.

Schmidt (K.). Extraction d'un corps étranger de la bronche gauche au moyen de la bronchoscopie inférieure, d'après le procédé de Killian (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 août.)

Scott (J. A.) et **Le Conte** (R. G.). Medical and surgical considerations in pyopericarditis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Scudder (Ch. L.). Details of the technique of a posterior gastro-enterostomy. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Sheldon (J. G.). Acute primary cholecystitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Sonnenburg. Zur Verständigung in der Behandlung der acuten Perityphlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.)

Soubeyran (P.). A propos d'un nouveau procédé opératoire des hémorrhoïdes. (*Montpellier méd.*, 11 sept.)

Sprengel. Die Bedeutung der Leukozytose für die Indikationsstellung bei akuter Appendizitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.)

Stegmann (R.). Ein Fall von Atrophia faciei und seine kosmetische Behandlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er sept.) — L'atrophie de la face et son traitement esthétique.

Steinmann (F.). Zur Hofmann'schen Peritonealverschlussmethode in der Radikaloperation der Leistenhernien. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 10 sept.) — Sur le procédé de Hofmann pour la cure radicale de la hernie inguinale.

Stewart (F. T.). A case of suture of the heart, with recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Suture du cœur; guérison.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 33. Congress, abgehalten zu Berlin vom 6.-9. April 1904. In-8°, LXXXI-686 p. avec fig. Berlin. — Compte rendu du 33e Congrès allemand de chirurgie.

Vorobiev (A.). De la position élevée de l'omoplate (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 août.)

Wetherill (H. G.). The beneficient agency of peritoneal exudates, adhesions, aperistalsis and meteorism in peritonitis. (*Amer. Medicine*, 27 août.)

Wilms. Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 sept.) — Les zones d'hyperalgésie dans les coups de feu de la tête.

Zesas (D. G.). Ueber die krebsige Entartung der Kopfatherome. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 sept.) — Sur la dégénérescence cancéreuse des kystes sébacés du cuir chevelu.

UROLOGIE

Angélidès (D.). Αἱμοσφαιρινουρία ἐκ κινίνης. (*Γαληνός*, avril.) — Hémoglobinurie quinique.

Baldassari (L.). Dell'uretero-cisto-neostomia con bottone riassorbibile; nota preventiva. (*Nuovo raccoglitore med.*, juin.)

Benedit (P.). Abcès de la paroi vésicale. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Carlier (V.). Les opérations plastiques et anastomotiques dans le traitement des rétentions du rein. (*Echo méd. du Nord*, 25 sept.)

Edebohls (G. M.). The surgical treatment of Bright's disease. In-8°, 320 p. avec fig. New-York.

Lichtenstern (R.). Erfahrungen über Harnsegregation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 sept.) — Sur la séparation de l'urine des deux reins.

Ludwig (H.). Zur Therapie der Leukoplakia urethralis. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept.)

Maljean (F.-A.). Fièvre urineuse et paludisme; diagnostic immédiat par les caractères extérieurs de l'urine. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril.)

Stich (R.). Ueber Massenblutungen aus gesunden und kranken Nieren. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.) — Sur les hématuries massives provenant de reins normaux et pathologiques.

Wachenheim (F. L.). Notes on uræmia, urea, and the urea tests. (*New York Med. Journ.*, 17 sept.)

OPHTALMOLOGIE

Boldt (J.). Trachoma. (Trad. de l'allemand par J. H. Parsons et T. Snowball.) In-8°, 284 p. Londres.

Bull (Ch. S.). Operations upon the eyeball in the presence of an infected conjunctival sac. (*Med. Record*, 24 sept.) — Opérations sur le globe oculaire dans les cas d'infection du cul-de-sac conjonctival.

Demaría (E. B.). Cilindroma de la glándula lagrimal orbitaria. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Ewetzky (Th. von). Mitteilungen aus der Augenklinik in Jurjew. 2e fasc. In-8°, 119 p. avec fig. Berlin. — Observations recueillies à la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Youriev.

Gibbons (E. E.). Preservation of accommodation after cataract extraction. (*Journ. of Eye, Ear, and Throat Diseases*, juillet-août.)

Groddeck (G.). Ueber den Zusammenhang von Sehschärfe und Zirkulation. (*Wien. med. Presse*, 25 sept.) — Corrélation existant entre l'acuité visuelle et la circulation.

Groenouw (A.). Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Veränderungen und Krankheiten des Sehorganes: Erkrankungen der Atmungs-, Kreislauf-, Verdauungs-, Harn- und Geschlechtsorgane, der Haut- und der Bewegungsorgane, Konstitutionsanomalien, erbliche Augenkrankheiten und Infektionskrankheiten. 2e éd. In-8°, 862 p. avec fig. Leipzig. — Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la médecine générale.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Jamin et **Violet**. Quelques cas de tuberculose génitale chez la femme. (*Lyon méd.*, 18 et 25 sept.)

Kaarsberg (J.). Om behandling af tubargraviditet. (*Hospitalstidende*, 21 sept.)

King (A.). Elevation of the hips in the treatment of placenta prævia. (*New York Med. Journ.*, 17 sept.) — La position de Trendelenburg dans le traitement du placenta prævia.

Krukenberg (R.). Ueber die Diagnose des malignen Chorionepithelioms nach Blasenmole, nebst Mitteilung eines neuen Falles. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 1.)

Küstner (O.). Welche Aufgaben stellt die komplette Uterusruptur der Therapie? (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 sept.)

Loureiro (C.). A proposito da hysterectomia na infecção puerperal post abortum. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 sept.)

Mauté (A.) et **Constantin-Daniel**. Cancer colloïde du corps utérin. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Meyer (J. G. V.). Ueber Adenomyoma uteri. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 1.

Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. T. VI, fasc. 3. In-8°, p. 239 à 338, avec fig. Berlin.

Montini (A.). Sopra un caso ostetrico. (*Gazz. degli Osped.*, 25 sept.)

Oltramare (Mme). Etude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mai et juin.)

Orthmann (E. G.). Ueber Embryoma tubæ. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynakol.*, LIII, 1.)

Potocki et **Lacasse**. Des modifications globulaires du sang dans l'infection puerpérale, envisagées au point de vue du pronostic et du traitement. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juin.)

Queirel. Hystéropexie et puerpéralité. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juin.)

Sampson (J. A.). Vesico-vaginal fistulæ following hysterectomy for carcinoma cervicis uteri, with special reference to their origin and closure. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, sept.)

Schmorl et **Geipel**. Ueber die Tuberkulose der menschlichen Plazenta. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 sept.)

Teller (W. H.) et **Behrend** (M.). A case of ruptured tubal pregnancy; operation; followed by sapremia, septicemia, erysipelas; recovery. (*Amer. Medicine*, 24 sept.)

PÉDIATRIE

Haushalter (P.) et **Richon**. Deux cas de lymphadénie dans l'enfance. (*Arch. de méd. des enfants*, mai.)

Hecht (A. F.). Glossitis und Mediastinitis peracuta bei einem Säugling. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 4-6.)

Heinemann (M.). Tracheotomie infolge schwerster Rhinitis bei einem 4 wöchentlichen Kinde; Heilung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 4-6.)

Hutchison (R.). Lectures on diseases of children. In-8°, 350 p. Londres. — Leçons sur les maladies des enfants.

Labbé (R.). La cryoscopie de l'urine chez l'enfant scarlatineux ou diphtérique. (*Arch. de méd. des enfants*, mai.)

McCosh (A. J.). Appendicitis in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.) — L'appendicite chez l'enfant.

Moizard, Denis et **Rabé**. Les tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant. (*Arch. de méd. des enfants*, août.)

Porak et **Durante**. Une épidémie de coqueluche dans un pavillon de prématurés de moins de un an. (*Arch. de méd. des enfants*, juin.)

Rey (J. G.). Klinik der Tuberculose der Atmungsorgane im Säuglinge. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 4-6.) — Considérations cliniques sur la tuberculose de l'appareil respiratoire chez le nourrisson.

Salvetti (C.). Ueber einen Fall fortschreitender Myositis ossificans multiplex progressiva. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 4-6.)

Schwarz (A.). Beitrag zur Casuistik der Ovarialtumoren bei Kindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 4-6.)

Swoboda (N.). Ueber Elephantiasis congenita. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 oct.)

Takasu (K.). Blutuntersuchungen bei den japanischen Kindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 4-6.) — Recherches hématologiques sur des enfants japonais.

Zanetti (L.). Il dolore osseo e la sua etiologia nella rachitide. (*Pediatria*, sept.)

Zuppinger (C.). Zur Kenntnis der Urethra vaginalis und deren Folgezustände. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 4-6.)

TÉRATOLOGIE

Audebert (J.). Malformations multiples du fœtus dans un cas d'oligo-amnios. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, août.)

Ballowitz (E.). Welchen Aufschluss geben Bau und Anordnung der Weichteile hyperdaktyler Gliedmassen über die Aetiologie und die morphologische Bedeutung der Hyperdaktylie des Menschen? (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.) — Que peut-on conclure de la structure et de la disposition des parties molles des membres hyperdactyliques, au point de vue de l'étiologie et de la signification morphologique de l'hyperdactylie humaine?

Iwai (T.). La polymastie au Japon. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Lepage (G.). Monstre avec malformations multiples et attitude particulière de la colonne vertébrale. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mai.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bar (L.). Inflammation hémorrhagique du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet.)

Caboche (H.). Sur le traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mastoïdien par les insufflations d'acide borique, et sur la résection immédiate de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif membraneux. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet.)

Delavan (D. B.). Malignant disease of the larynx. (*Med. Record*, 17 sept.)

De Stella. Quelques considérations sur le traitement chirurgical des tumeurs des fosses nasales. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Donovan (J. A.). Treatment of acute middle-ear disease. (*Med. News*, 17 sept.) — Traitement de l'otite moyenne aiguë.

Ferreri (G.). Valeur diagnostique de la pulsation visible dans les complications des otites moyennes chroniques. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Garel (J.). Laryngocèle ventriculaire. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juin.)

Gradenigo. Sur un syndrome particulier de complications endocrâniennes otitiques; paralysie de l'abducteur d'origine otitique. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

Guérin (E.). A propos d'un cas de prothèse nasale par injection sous-cutanée de paraffine. (*Marseille méd.*, 15 sept.)

HYGIÈNE

Hüppe (F.). Zur Sozialhygiene der Tuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 sept.)

James (S. P.) et **Christophers** (S. R.). The success of mosquito destruction operations. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Löwenstein (E.). Die Wirkung des Formalins auf die Milch und das Labferment. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 2.) — L'action du formol sur le lait et sur la présure.

Provendier. La fièvre typhoïde dans la 10e région de corps d'armée [Côtes-du-Nord, Ille-et-Vilaine, Manche]; conditions étiologiques. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril.)

Ross (Ronald). The anti-malaria experiment at Mian Mir. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Sewell (E. P.). The results of the campaign against malaria in Mian Mir. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Statistique du service de la protection des enfants du premier âge; enfants admis pendant l'année 1900. In-4°, XXXII-319 p. Melun. Impr. administrative.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Best (Ch. L.). Boric-acid poisoning; report of a fatal case, with autopsy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

Lycklama à Nijeholt (H. J.). Watertoevoer bij toxische toestanden. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 sept.) — De l'administration de liquides dans le traitement des intoxications.

Parkinson (C. H. W.). Rigor mortis in stillborn children and its importance from a medico-legal point of view. (*Brit. Med. Journ.*, 24 sept.) — La rigidité cadavérique des mort-nés et son importance au point de vue médico-légal.

Pieraccini (G.). La funzione sociale delle necroscopie. (*Clinica moderna*, 3 fév.)

Polozker (I. L.). Post mortem examinations for medico-legal purposes. (*New York Med. Journ.*, 17 sept.)

Rolfe (R.). Two cases of poisoning by mussels, one fatal. (*Lancet*, 27 août.) — 2 cas d'empoisonnement par les moules dont un mortel.

Ten Siethoff (E. G. A.). Het urine-onderzoek bij gerechtelijke lijkschouwingen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 sept.) — L'analyse des urines dans les autopsies médico-légales.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anders (J. M.). The treatment of arteriosclerosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

Cohn (M.). Erfahrungen über Serumbehandlung der Diphtherie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.)

Colombo (C.). Il trattamento meccanico degli edemi. (*Policlinico*, 24 sept.)

Comby (J.). Paralysies diphtériques guéries par le sérum. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet.)

Dohan (N.). Zur physikalischen Therapie des chronischen Gelenksrheumatismus. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, sept.)

Grosz (S.). Zur Technik der intramuskulären Injektionen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 1.)

Knott (J.). Garlic; a new cure for tuberculosis and lupus. (*Amer. Medicine*, 24 sept.) — L'ail dans le traitement de la tuberculose et du lupus.

Levachev (S. W.). Ist gegenwärtig die ausschliesslich medicamentöse Behandlung exsudativer seröser Entzündungen der Pleura zulässig? (*Wien. med. Presse*, 11 et 18 sept.) — Le traitement purement médicamenteux des exsudats séreux de la plèvre est-il efficace?

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bordier (H.). Guérison d'un nævus vasculaire plan étendu par la photothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 sept.)

Capps (J. A.) et **Smith** (J. F.). X-ray therapy in leukemia; a preliminary report; with special reference to lymphatic leukemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.)

Levy-Dorn (M.). Ein Cancroid auf lupöser Grundlage bei starkem Diabetes behandelt mit Röntgenstrahlen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 sept.) — Radiothérapie d'un cancroïde né sur une plaque de lupus au cours d'un diabète grave.

Marquès (H.). Plusieurs cas d'hémorrhoïdes traités avec succès par les courants de haute fréquence. (*Montpellier méd.*, 10 et 24 juillet.)

Moutier (A.). Traitement de l'artériosclérose par la d'arsonvalisation. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 sept.)

BACTÉRIOLOGIE

Cantlie (J.). Climatic bubo from which an organism was cultivated; the relation of climatic bubo to pestis minor. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Durante (D.). Sulla batteriologia delle bronchiti e broncopulmoniti infantili; ricerche sperimentali. (*Pediatria*, sept.)

Goggia (C. P.). I fenomeni di necrobiosi presentati dai bacilli tubercolari iniettati sotto la cute degli animali. (*Ann. dell' Istituto Maragliano*, I, 1.)

Kutscher et **Konrich** (F.). Untersuchungen über die Beziehungen von Hämolysinbildung und Agglutinabilität der Staphylokokken. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 2.) — Recherches sur les rapports entre les hémolysines et l'agglutination des staphylocoques.

Neufeld (F.) et **Rimpau** (W.). Ueber die Antikörper des Streptokokken- und Pneumokokken-Immunserums. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 sept.)

Rodet (A.), **Lagriffoul** et **Wahby** (Aly). La toxine soluble du bacille d'Eberth. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Sciallero (M.). Modificazioni morfologiche dei bacilli della tubercolosi in soggetti refrattari, immunizzati e curati col siero specifico antitubercolare. (*Ann. dell' Istituto Maragliano*, I, 1.)

Vincent (H.). Recherches bactériologiques sur la balanite vulgaire. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juin.)

GÉNÉRALITÉS

Frassi (A.). A proposito della depurazione rapida del vaccino jenneriano col calore. (*Clinica moderna*, 31 août.)

Gache (S.). La fécondité de la femme dans 63 pays. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juillet.)

Gibson (A. E.). The genesis of sleep. (*Med. Record*, 24 sept.) — L'origine du sommeil.

Medical and surgical report of the Presbyterian Hospital in the City of New York. T. VI. In-8°, 331 p. avec fig. New-York.

Medizinal-Bericht von Württemberg für das Jahr 1902. In-8°, 189 p. avec fig. Stuttgart. — Les affaires médicales dans le Wurtemberg pendant l'année 1902.

Ott. Un hôpital de petite ville: Lillebonne; description, organisation, prix de revient. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 et 25 juin.)

Parisot (P.). Considérations sur le poids du corps et la taille dans la vieillesse; courbe d'involution sénile. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.)

Vasiliu et **Negruzzi**. Spitalul comunal Schuller, Ploesti: activitatea chirurgicala a serviciului pe anul 1903. In-8°, 61 p. avec fig. Ploesti.

24e ANNÉE. — N° 50. | Vingt centimes le numéro. | 14 DÉCEMBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal. Les bureaux de la SEMAINE MÉDICALE sont actuellement situés, 53, avenue de Villiers, Paris, 17e.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur Ledoux est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Bruno Heymann est nommé privat-docent d'hygiène.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Hans Strehl est nommé privat-docent de chirurgie.

Faculté de médecine de Séville. — M. le docteur Augusto Pi y Suñer est nommé professeur de physiologie.

LA NOUVELLE SALLE DE RÉDACTION

DE

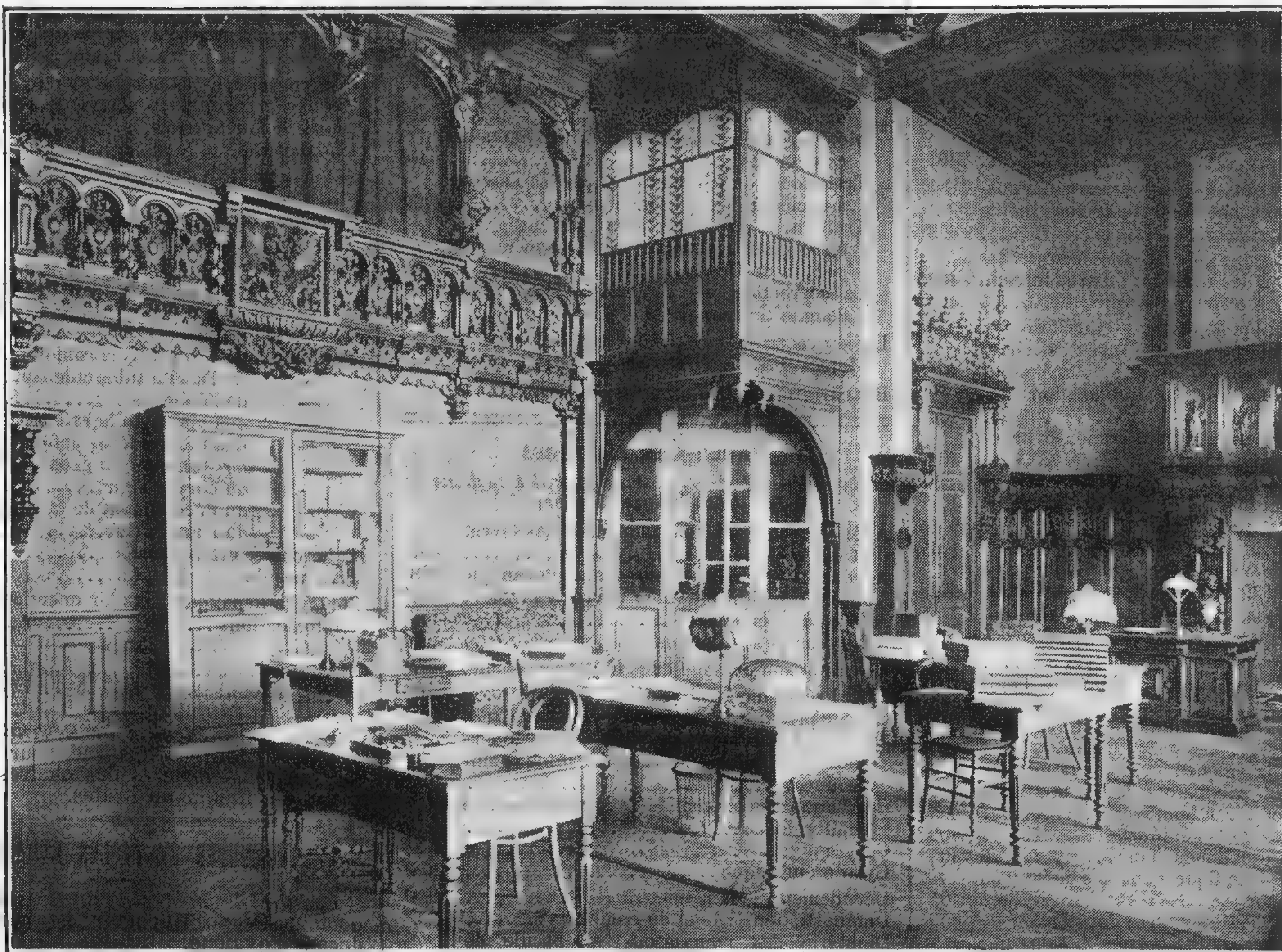
La SEMAINE MÉDICALE

Ainsi qu'il a été déjà annoncé en tête du journal, les bureaux de la rédaction et de l'administration de la *Semaine Médicale* sont actuellement situés 53, avenue de Villiers. Ils occupent en entier l'ancien hôtel du peintre Munkaczy, l'auteur du célèbre tableau « Le Christ devant Pilate ». Cet hôtel, grandiosement aménagé et luxueusement décoré, s'étend de l'avenue de Villiers jusqu'à la rue Cardinet, où se trouve une seconde entrée. Il comprend une série de vastes salles, dont la principale, décorée dans le style de la Renaissance flamande, avec un superbe plafond à caissons, est affectée à la rédaction.

La nouvelle salle de rédaction de la *Semaine Médicale* mesure 15 mètres de longueur sur 8.50 de largeur; sa hauteur est de 6 mètres; elle est éclairée sur la partie antérieure par une large et haute baie et par deux fenêtres à vitraux; elle comporte, en face de la baie principale, une grande loggia, à 4 mètres de hauteur, flanquée à chaque extrémité d'une loge en encorbellement.

La beauté de cette vaste salle tient à la régularité parfaite de ses proportions et surtout aux sculptures qui la décorent. Nos trois grandes reproductions photographiques montrent quelques-unes des parties de ces joyaux artistiques. Il n'a pas été possible de donner ici un ensemble de cette belle salle, mais les trois motifs que nous publions ci-contre permettront aux lecteurs de s'en faire une bonne idée.

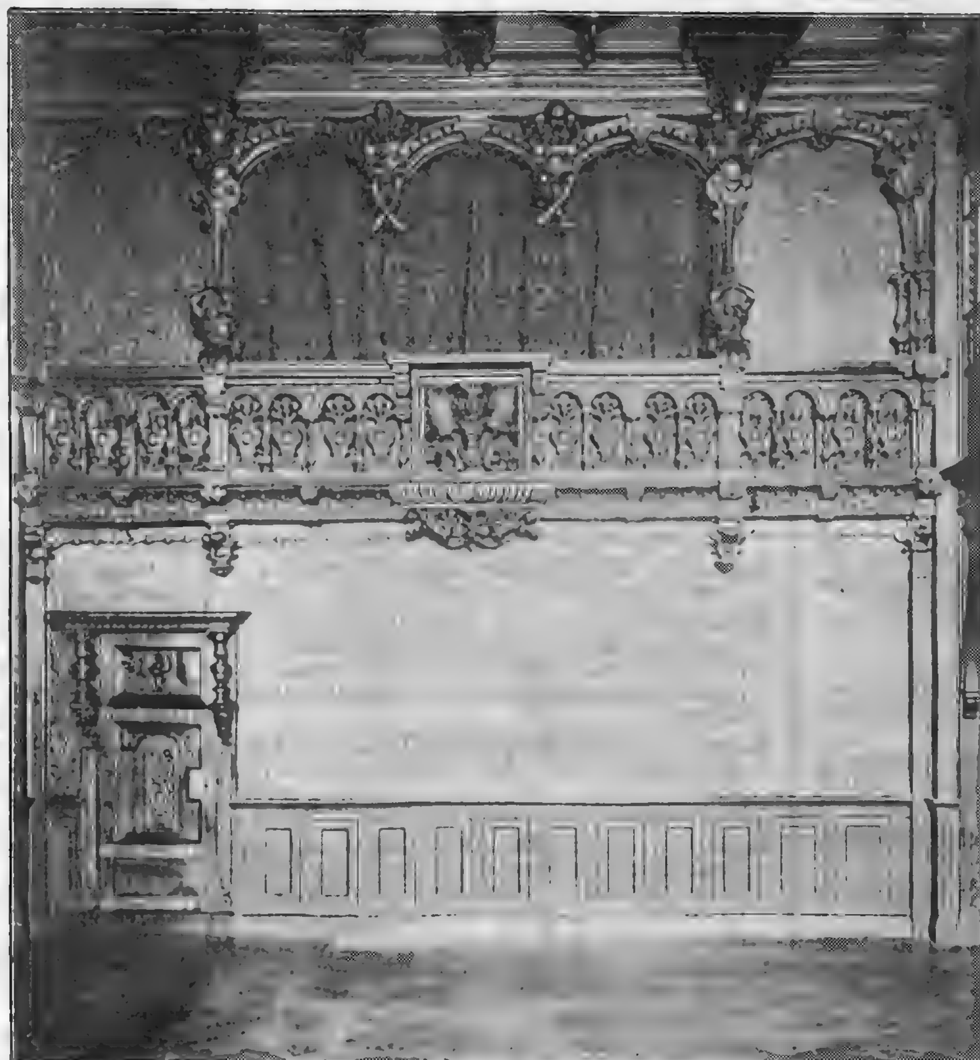
Il y a lieu d'ajouter qu'au devant de la grande baie se trouve une large estrade pratiquement aménagée pour l'installation complète de la présidence d'un Congrès ou d'une Société. De telle sorte que la salle de rédaction se prêterait fort bien, occasionnellement, à une réunion importante. D'ailleurs, elle a précédemment été utilisée maintes fois pour des ventes de charité.



LA LOGGIA ET L'UNE DES LOGES LATÉRALES



PARTIE DU PANNEAU DE GAUCHE AVEC LA CHEMINÉE



PARTIE CENTRALE DU GRAND PANNEAU

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Carlier (E. W.). Some changes observable in liver cells during activity. (*Brit. Med. Journ.*, 24 sept.) — Sur certains phénomènes histo-physiologiques relatifs à la cellule hépatique.

Gulland (G. L.). The rôle of the lymphocyte: the nature, relations, origin, and function of lymphocytes. (*Brit. Med. Journ.*, 10 sept.)

Kennedy (R.). On the histological changes occurring in ununited divided nerves. (*Brit. Med. Journ.*, 24 sept.)

Lœper (M.). Sur quelques points de l'histologie normale et pathologique des plexus choroïdes de l'homme. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Michaelis (L.). Kompendium der Entwicklungsgeschichte des Menschen mit Berücksichtigung der Wirbeltiere. 2e éd. In-8°, 162 p. avec fig. Leipzig. — Traité d'embryologie.

Preisich (K.) et **Heim** (P.). Ueber die Abstammung der Blutplättchen. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.) — Sur l'origine des hématoblastes.

Rosin (H.) et **Bibergeil** (E.). Ueber vitale Blutfärbung und deren Ergebnisse bei Erythrocyten und Blutplättchen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 3-4.)

Sobotta (J.). Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. 2. Abteilung: Die Eingeweide des Menschen einschliesslich des Herzens. In-8°, p. 231 à 400, avec planches. Munich. — Atlas d'anatomie descriptive. 2e partie: splanchnologie (y compris le cœur).

Sobotta (J.). Grundriss der deskriptiven Anatomie des Menschen. 2. Abteilung: Die Eingeweide des Menschen einschliesslich des Herzens. In-8°, p. 207 à 362. Munich.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bidault (C.). Recherches sur les leucocytes du sang du cheval et sur certaines leucocytoses expérimentales. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Christens (S.). Om aarsagen til tetania strumipriva. (*Hospitalstidende*, 28 sept.)

Cornil (V.) et **Coudray** (P.). Fractures du cartilage de conjugaison, fractures juxta-épiphysaires et fractures des extrémités osseuses, au point de vue expérimental et histologique. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Crile (G. W.). Summary of an experimental research into strychnine in shock and collapse, with illustrative protocols. (*New York Med. Journ.*, 24 sept.)

Demaria (E. B.). Trabajo experimental sobre la acción antitóxica de las lágrimas y consideraciones sobre la acción bactericida de las mismas. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Jakuschewitsch (S.). Untersuchungen über die Anwendung der biologischen Methode zur Ermittelung der Verdauung der Eiweisskörper im Magen-Darmcanal. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 2.) — Méthode biologique pour étudier la digestion des albuminoïdes dans l'estomac et les intestins.

MÉDECINE

Aldrich (Ch. J.). Insomnia of the aged. (*Amer. Medicine*, 24 sept.) — L'insomnie chez les vieillards.

Alvarez (S.). Un caso de pericarditis purulenta. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Anderson (S.). Epidemic catarrhal jaundice. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Ardin-Delteil (P.). Mal perforant externe de l'estomac. (*Montpellier méd.*, 21 août.)

Billings (F. S.). Arteriosclerosis due to lead. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.) — Sur l'artériosclérose d'origine saturnine.

Bloch (A.). Lymphogene und hämatogene Eiterungen bei Pneumonie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.) — Les suppurations lymphogènes et hématogènes dans la pneumonie.

Bouma (J.). Over het uiteenloopend gedrag van eiwitstoffen tegenover de rottingsflora van het darmkanaal. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 sept.) — Rapports des albuminoïdes avec les ferments de la putréfaction du tube intestinal.

Cabot (R. C.). The relation of alcohol to arteriosclerosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

Curschmann (H.). Ueber Pseudotetanie und Uebergangsformen zwischen genuiner und hysterischer Tetanie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 et 26 sept.)

Daser (P.). Beitrag zur Kasuistik des lufthältigen subphrenischen Abszesses. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 sept.) — Abcès gazeux sous-phrénique.

Eichhorst (H.). Traité de diagnostic médical. (Trad. de l'allemand et annoté par A.-B. Marfan et L. Bernard.) 3e éd. In-8°, 887 p. avec fig.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bonhöffer (K.). Ueber den pathologischen Einfall; ein Beitrag zur Symptomatologie der Degenerationszustände. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 sept.)

Burr (Ch. W.). Intermittent lameness and other nervous symptoms of peripheral arterial disease. (*Amer. Medicine*, 17 sept.) — Sur la claudication intermittente et sur d'autres symptômes nerveux de l'artériosclérose.

Burton (R.). Anatomy of melancholy. T. II. In-12, 306 p. Londres.

Gordon (A.). Concerning the syndrome of conus medullaris and cauda equina. (*Amer. Medicine*, 24 sept.)

Hüppe (F.). Alkoholmissbrauch und Abstinenz. 2e éd. In-8°, 46 p. Berlin.

Kneidl (C.). Prispevek ku statistice a aetiologii epilepsie v letech 1876 az 1900. (*Casopis lékaru ceskych*, 17 sept.) — Recherches statistiques sur l'étiologie de l'épilepsie (1876-1900).

Laignel-Lavastine et **Bloch**. Syndrome de Basedow chez une tuberculeuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Lemos (R.). Hematomielia á principio lento. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Mearns (W. A.). Case of spontaneous gangrene of the skin in a hysterical female. (*Lancet*, 17 sept.) — Gangrène spontanée de la peau chez une hystérique.

Meige (H.) et **Feindel** (E.). Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance. (*Journ. de neurol.*, 20 sept.)

CHIRURGIE

Alapy (H.). Die Frühoperation bei Appendicitis, mit besonderer Berücksichtigung der Appendicitis des Kindesalters. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXXIX, 4 6.) — L'intervention précoce dans l'appendicite, notamment chez l'enfant.

Allingham (H. W.) et **Thorpe** (R.). A case of perforated duodenal ulcer; operation; recurrent hæmorrhage; gastro-enterostomy; recovery. (*Lancet*, 24 sept.)

Barbanti (G.). Intorno a 275 ernie inguinali curate coi processi del Bassini, del Postempski e del Mugnai. (*Gazz. degli Osped.*, 25 sept.)

Barker (A. E.). Upon the surgical treatment of acute intestinal obstruction. (*Lancet*, 17 sept.)

Bassewitz (E. von). Um novo tratamento não sangrento das varizes nas extremidades inferiores; prôthese valvular da veia grande saphena com a paraffina solida. (*Brazil-medico*, 15 sept.)

Bayer (J.). Ueber die primäre Tuberkulose der Milz. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.) — Sur la tuberculose primitive de la rate.

Beck (B. von). Die chronische Colitis und ihre Behandlung auf Grund chirurgischer Erfahrungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — La colite chronique et son traitement chirurgical.

Berdach (J.). Beitrag zur Kasuistik der Interphalangealluxationen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 sept.)

Borchard. Ueber psychische Störungen bei einem Stirnhirnabscess. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — Troubles psychiques consécutifs à un abcès du lobe frontal du cerveau.

Botey (R.). Técnica de la abertura de los abscesos encefálicos otógenos y cuidados consécutivos. (*Arch. latinos de rinol., laringol., otol.*, sept.-oct.)

Boucabeille (L.). Kyste hydatique suppuré du poumon; ouverture dans les bronches et la plèvre; thoracotomie; guérison. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mars.)

Boucher (A.). Luxation des ménisques articulaires du genou; trois cas de luxation d'un ménisque avec déplacement de l'extrémité rompue en dehors du condyle fémoral. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mars.)

Braun (H.). Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Stauungsblutungen nach Rumpfcompression. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Les hémorrhagies par stase consécutive à la compression du tronc.

Burckhardt (H. von). Exstirpation eines grossen Myxofibrolipoms der Milzligamente mit gleichzeitiger Exstirpation der Milz. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Ablation d'un volumineux myxofibrolipome des mésos de la rate au moyen de la splénectomie.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bishop (E. S.). Some remarks on pyosalpinx based upon notes of 23 cases. (*Lancet*, 17 sept.)

Bjerregaard (P. C.). Tilfælde af svangerskabsikterus. (*Ugeskrift for Læger*, 15 sept.) — Ictère au cours de la grossesse.

Blum (V.). Die Hypospadie der weiblichen Harnröhre. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 9.) — L'hypospadias de l'urèthre chez la femme.

Braun-Fernwald (R. von). Zur instrumentellen Beendigung des Abortus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 sept.) — Sur l'emploi des instruments dans le traitement de l'avortement.

Cavazzani (G.). Cisti dermoide. (*Gazz. degli Osped.*, 18 sept.)

Coe (H. C.). Immediate repair of injuries of the pelvic floor. (*New York Med. Journ.*, 10 sept.) — Traitement immédiat des déchirures du périnée.

Constantin-Daniel. Kyste hémorrhagique de l'ovaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Fedorov (J. J.). Corpora libera in tuba Fallopis. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, sept.)

Foschini (G.). Simpatectomie utero-ovariche. (*Gazz. degli Osped.*, 18 sept.)

Hill (R. S.). Some causes of menstrual disorders in the girl. (*New York Med. Journ.*, 24 sept.)

Hitschmann (F.). Eklampsie im 5. Schwangerschaftsmonat ohne Fötus (bei Blasenmole). (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 sept.) — Eclampsie au cinquième mois de la grossesse sans fœtus vivant (avec môle vésiculaire).

Mende. Ueber die Verwendung der Gummihandschuhe bei der manuellen Placentarlösung, nebst Bemerkungen über die Ursache der Retentio placentæ. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 déc.)

Vértes (O.). Ueber den suprasymphysären Querschnitt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 sept.) — De la laparotomie transversale.

PÉDIATRIE

Arraga (A.). Néphrite interstitielle chez un enfant manifestée dès la naissance; mort à neuf ans. (*Arch. de méd. des enfants*, mai.)

Babonneix (L.). Un cas d'atrophie musculaire progressive chez un enfant de cinq ans. (*Arch. de méd. des enfants*, juin.)

Beccherle (G.). Studio sulla delimitazione dell'aia cardiaca infantile. (*Pediatria*, sept.)

Brüning (H.). Beiträge zur Klinik und Pathogenese des nomatösen Brandes. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 4.)

Cange (A.). Fibrome de la nuque. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Cappuccio (D.). A proposito della spleno-pneumonite o malattia di Grancher. (*Pediatria*, sept.)

Comby et **Davél**. Myosite ossifiante progressive. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet.)

Hallé (J.). De la dermatite herpétiforme de Dühring-Brocq chez l'enfant. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet.)

Livon (J.). Mortalité infantile à Marseille. (*Marseille méd.*, 15 sept.)

24e ANNÉE. — N° 51. Vingt centimes le numéro. 21 DÉCEMBRE 1904.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement. Les bureaux de la SEMAINE MÉDICALE sont actuellement situés, 53, avenue de Villiers, Paris, 17e.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Avant-hier a eu lieu la distribution annuelle des prix de l'Académie des sciences de Paris. Parmi les lauréats domiciliés à l'étranger, nous relevons le nom de M. le docteur H. Cristiani, professeur à la Faculté de médecine de Genève, qui a obtenu le prix Philippeaux pour ses recherches sur les greffes thyroïdiennes, dont la *Semaine Médicale* a publié, au commencement de cette année, une étude d'ensemble. Au prix Montyon (médecine et chirurgie) une mention a été accordée à M. le docteur R. Odier (de Genève).

Le palmarès de l'Académie de médecine de Paris, dont la distribution des prix a eu lieu la semaine dernière, porte attribution du prix Godard à M. le docteur A. Raffray (de Curepipe, île Maurice), pour son ouvrage : *Les déséquilibrés du système nerveux.* M. le docteur Muskens (d'Amsterdam) a obtenu, au prix Théodore Herpin, une mention très honorable.

Dernièrement a eu lieu à Stockholm la distribution solennelle des prix fondés par Nobel. Le prix de médecine pour 1904 a été décerné à M. le professeur Pavlov (de Saint-Pétersbourg).

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur Limon est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur G.-E. Bureau est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur O. Pankow, privatdocent à la Faculté de médecine d'Iéna, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Eggeling, privatdocent d'anatomie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur G. Malkov, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur de pathologie interne et de thérapeutique.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur A. Schwenkenbecher, privatdocent à la Faculté de médecine de Tubingue, est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur M. Tikhanov, professeur extraordinaire à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur extraordinaire d'anatomie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Johann Fein est nommé privatdocent de laryngologie et de rhinologie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur V. Tchagovetz est nommé privatdocent de physiologie.

Université de Birmingham. — M. le docteur Arthur Robinson, professeur à King's College de Londres, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. B. C. A. Windle, démissionnaire.

University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur Leo Loeb est nommé professeur adjoint d'anatomie pathologique.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Pietro Gradenigo, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Jean C. Van Aubel, ancien professeur de pharmacodynamie et de médecine légale à la Faculté de médecine de Liège. — M. le docteur Henry Munson Lyman, ancien professeur de médecine au Rush Medical College de Chicago.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE GENÈVE

Andréeff (P.). Les résultats du traitement des fractures ouvertes obtenus par la méthode aseptico-antiseptique à la clinique chirurgicale [de Genève] pendant les années 1885-1903.

Bechkoff (A. S.). Etude comparative de la valeur hygiénique de quelques planchers agglomérés à base de bois.

Bertherat (J.). Etude expérimentale de l'action cardiovasculaire des solutions hypotoniques.

Bontcheff (B.). Contribution à l'étude des causes de l'ulcère rond duodénal.

Coutanine (Marie). Etude critique sur la réinfection syphilitique.

Doret (F.). Recherches expérimentales sur la virulence du xérobacille.

Dufour (I. M.). Etude statistique et comparée sur le suicide à la Morgue de Genève.

Ferroni (J.). De l'influence du pétrolage et du goudronnage des routes sur la perméabilité et sur les fonctions biologiques du sol.

Fontana (E.). Etude expérimentale sur les effets généraux et cardiovasculaires du chlorhydrate d'apoéthylmorphine.

Geiser (W.). Ueber familiäre Geisteskrankheiten zur Beobachtung gelangt in den Jahren 1888-1903 in der Genfer Irrenanstalt Bel-Air. — Sur les maladies mentales familiales, observées à l'asile d'aliénés de Bel-Air de 1888 à 1903.

Huguenin (B.). Etude anatomique des inflammations chroniques des séreuses et de leur effet sur les organes qu'elles recouvrent.

Humbert (G.). De la cyanose dans les maladies congénitales du poumon.

Isserson (Elisabeth). Recherches anatomiques sur la tuberculose caséeuse et miliaire des capsules surrénales.

Kouroudjieff-Dimo (G.). Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la chaleur sèche en applications locales dans quelques dermatoses.

Krŭkova (Véra). Colpectomie dans le prolapsus.

Kuvlieff (D.). Contribution à l'étude des relations entre les maladies du nez et celles des yeux et plus spécialement la myopie.

Lasserre (A.). Des pseudo-rhumatismes tuberculeux.

Lazaris (Hélène). De l'ostéomalacie à forme nerveuse.

L'Huillier (A.). Recherches anatomiques sur un sarcome primitif congénital du pancréas.

Morel (A.). De l'emploi de la sonde œsophagienne chez les aliénés.

Ouspensky (Anna). Influence de la cocaïne sur la reprise des greffes thyroïdiennes.

Ouspensky (C.). Résistance des microbes dans quelques produits alimentaires à base de sucre.

Perlemann (A.). Contribution à l'étude du vanadium au point de vue thérapeutique et clinique.

Peyer (A.). Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.

Rilliet (F.). De la mesure clinique de la pression sanguine.

Roch (M.). Un cas d'hippus respiratoire.

Samaja (N.). Le siège des convulsions épileptiformes toniques et cloniques.

Schakhoff (Marie). Contribution à la connaissance de la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Schapiro (Olga). Du traitement des agités et des gâteux à Bel-Air.

Scherz (H.). Ueber die therapeutische und prophylaktische Anwendung des Antitetanus-Serum am Genfer Kantonsspital.

Steinbiss (W.). Ueber einen seltenen Fall transitorischer Bewusstseinsstörung. — Cas rare de confusion mentale passagère.

Stern (Lina). Contribution à l'étude physiologique des contractions de l'uretère.

Tourtcheff (E.). Les eaux minérales et thermales de Bulgarie.

Yersin. Considérations sur les hémoptysies.

Yonis Basse (Ch.). Quelques cas de déviation conjuguée de la tête et des yeux de sens paradoxal.

Zlateva (Théodora). Contribution à l'étude d'un cas de mort subite par lésions des artères coronaires.

THÈSES DE LAUSANNE

Bérésovsky (Anna). Contribution à la statistique de l'accouchement prématuré provoqué.

Braïlovsky (Bassia). Aperçu historique sur le placenta prævia.

Chvetz (J.). Chylangiome kystique du mésentère.

Clément (G.). Contribution à l'étude de la chirurgie des voies biliaires.

Corobine (Elisabeth). Traitement des rétroflexions utérines par la vagino-fixation; historique des procédés opératoires.

Dobrovolsky (Hélène). Les sinusites maxillaires et leur éclairage électrique.

Garin (H.). Sur deux cas rares de luxations tibio-tarsiennes.

Gorodnianskaïa (Hélène). Etude statistique sur l'opération césarienne.

Isdebesky (Sophie). Curettage de l'utérus et stérilité.

Kalichmann (Henriette). Sur la fracture de la rotule.

Ladame (Ch.). Un nouveau parasite du cancer: le corpuscule de Feinberg.

Maléeff (Nathalie). Contribution à l'étude de la structure du col utérin.

Marullaz (M.). Deux cas de tumeurs primitives du vagin.

Michaïlovsky (Anna). Hallus valgus.

Perlin-Nachama (Anna). Beitrag zur Kenntnis der physiologischen Grenzen des Hæmoglobingehaltes und der Zahl der Blutkörperchen im Kindesalter. — Contribution à l'étude des limites physiologiques du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules sanguins chez les enfants.

Philippoff (T.). Anémie pernicieuse progressive infantile.

Piltz (J.). Contribution à l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatisme de la moelle épinière.

Preisig (H.). Le noyau rouge et le pédoncule cérébelleux supérieur.

Reinbold (P.). Etude sur quelques cas rares d'affections pulmonaires.

Riedmatten (R. de). Etude sur les rhabdomyomes du cœur.

Silberschatz (P.). Contribution à l'étude de la dysménorrhée.

Srebriansky (A.). Etude sur le rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et le sondage rétrograde.

Sussmann (Anna). Contribution à la chirurgie des annexes.

Toneff (St.). Empoisonnement du tronc nerveux moteur par le curare.

Trachtenberg (Sophie). Poliklinische Beobachtungen über die weibliche Gonorrhœ. — La blennorrhagie chez la femme.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Curtis et **Oui**. Anatomie pathologique du polype placentaire. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juillet.)

Hedinger (E.). Kongenitale Divertikelbildung im Processus vermiformis. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.)

Honl (I.). Diverticula intestini jejuni congenita. (*Casopis lékaru ceskych*, 24 sept.)

Jacobäus (H. C.). « Paget's disease » und sein Verhältnis zum Milchdrüsenkarzinom. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.) — La maladie de Paget et ses rapports avec le cancer du sein.

Lie (H. P.). Veränderungen in dem Nervensystem beim plötzlichen Uebergang vom hohen zum normalen Barometerdruck. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.) — Les lésions nerveuses consécutives aux chutes brusques de la pression barométrique.

Marchand (L.). Hémorrhagie ventriculaire chez une mélancolique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Moorhead (T. G.). A preliminary report of some investigations into the etiology of leukæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 10 sept.)

Ribbert (H.). Epithelcysten zwischen Steissbein und Rectum bei einem Fœtus. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.) — Kystes épithéliaux entre le coccyx et le rectum chez le fœtus.

Savill (Th. D.). On arterial sclerosis, especially in regard to arterial hypermyotrophy and the other morbid changes which occur in the muscular tunic of the arteries. (*Lancet*, 24 sept.)

Stockmann (W.). Ueber Gummiknoten im Herzfleische bei Erwachsenen. In-8°, 104 p. Wiesbaden. — Sur les gommes du myocarde chez l'adulte.

Volk (R.). Zur Histologie der Skabies. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 1.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arteaga (J. F.). Consideraciones sobre la relación fisiológica de los normoblastos con el higado y el bazo. In-8°, 11 p. La Havane. — Rapports physiologiques des normoblastes avec le foie et la rate.

Bruni (C.). Streptothricose des voies urinaires; recherches expérimentales. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er nov.)

Odier (R.). Lésions produites par la toxine tétanique dans les nerfs et dans les terminaisons motrices. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Schaper (A.). Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Radiums auf embryonale und regenerative Entwicklungsvorgänge. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 sept.) — Recherches expérimentales relatives à l'action du radium sur le développement embryonnaire et sur la régénération.

Sciallero (M.). Di un estratto oleoso a freddo dei bacilli della tubercolosi e della sua azione. (*Ann. dell'Istituto Maragliano*, I, 1.)

Severi (R.). La curva termica della febbre tifoide nell'alimentazione rettale; ricerche sperimentali. In-8°, 17 p. Arezzo.

Van Calcar (R. P.). Ueber die Constitution des Diphtheriegiftes; eine neue Methode zum Nachweis der Toxone. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 sept.)

Wrzosek (A.). Experimentelle Beiträge zur Lehre von dem latenten Mikrobismus. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.)

MÉDECINE

Benenati (U.). Un caso di cirrosi del fegato con pachidermia di un arto da sifilide rimasta ignorata. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 oct.)

Lenné. Die Fetternährung des Diabetikers und ihr Einfluss auf die Azidose. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VIII, 5.) — L'alimentation des diabétiques par les corps gras et son influence sur l'acidose.

Mathias (H. B.). Jaundice in South Africa. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Meyer (K.). Die klinische Bedeutung der Eosinophilie. In-8°, 106 p. Berlin. S. Karger.

Oestreich (R.) et **de la Camp** (O.). Anatomie und physikalische Untersuchungsmethoden (Perkussion, Auskultation); anatomisch-klinische Studie. In-8°, 266 p. Berlin.

Osler (W.). Angina pectoris and arteriosclerosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

Papin et **Sabaréanu**. Sarcome du corps thyroïde. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Pfannkuch (F.). Beitrag zur Lehre von der akuten Leukämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept.)

Ribadeau-Dumas et **Bing**. Surrénalite hémorrhagique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Sailer (J.). Pneumonia; the study of a series of cases with special reference to diagnosis and complications. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.)

Salaghi (S.). Ueber den Einfluss der Herzbigeminie auf die Blutcirculation; eine kritisch-experimentelle Studie. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, LI, 6 et LII, 1-2.)

Sandwith (F. M.). Infectious jaundice. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Schabert (A.). Ueber die Mündungssklerose und den chronischen Verschluss der Kranzgefässe des Herzens. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 24 sept.) — Sclérose orificielle et oblitération chronique des vaisseaux coronaires.

Sérégé (H.). Rein mobile et entéroptose. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 et 29 mai.)

Stern (R.). Ueber Lungensteine. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 sept.) — Sur les calculs pulmonaires.

Strauss (H.). Ueber « digestive » oder « alimentäre » Hypersecretion des Magens, nebst Bemerkungen über Atonia et Ptosis gastrica. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIII.) — De l'hypersécrétion dite digestive ou alimentaire de l'estomac.

Tsélios (A.). 'Απόστημα τοῦ σπληνός. (Γαληνός, mars.) — Abcès de la rate.

Wells (E. F.). The mortality and management of pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.)

Withington (Ch. F.). Addison's disease, with and without adrenal tuberculosis. (*Med. News*, 24 sept.)

MALADIES INFECTIEUSES

Correia Dias (J.). Syphilis et tuberculose. In-8°, 22 p. Lisbonne.

Hoche. Ueber Röteln und Schweissfriesel. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 4.) — De la rougeole et de la suette.

Huchard (H.) et **Mougeot** (A.). Tuberculose pulmonaire; anévrysme aortique latent (révélé seulement par les douleurs); péricardite tuberculeuse hémorrhagique latente; mort subite. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Kingsford (L.). The channels of infection in tuberculosis in childhood. (*Lancet*, 24 sept.) — Les voies de l'infection tuberculeuse chez l'enfant.

Kisskalt (K.). Ueber den Einfluss der Inhalation schwefliger Säure auf die Entwicklung der Lungentuberculose; ein Beitrag zum Studium der Gewerbekrankheiten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 2.) — Le rôle étiologique de l'inhalation d'acide sulfureux dans la tuberculose pulmonaire d'origine professionnelle.

Lavor (A. de). Um caso de febre amarella. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 sept.)

Luzzatto (M.). Perniciosa con sindrome cerebellare ed anartria; e terzana estiva con sintomi bulbari. (*Riforma med.*, 13 avril.)

Marzagalli (E.). Sopra di un nuovo metodo per la sierodiagnosi della tubercolosi. (*Ann. dell'Istituto Maragliano*, I, 1.)

Michel (A. G.). Une épidémie de fièvre typhoïde dans la Haute-Garonne. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mars.)

Nash (J. T. C.). Some points in the prevention of epidemic diarrhœa. (*Lancet*, 24 sept.)

Pace. Sopra alcune speciali formazioni eosinofile, simulanti i corpi di Negri, nelle cellule dei gangli cerebro-spinali dell'uomo idrofobo. (*Riforma med.*, 22 juin.)

Partsch. Die Zähne als Eingangspforte der Tuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 sept.) — Les dents en tant que porte d'entrée de la tuberculose.

Paul (G.). Ueber Impfschäden. (*Oesterreich. Sanitätswesen*, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16.) — Les complications de la vaccination.

Pennato (P.). Sulla parotite pneumococcica. (*Riforma med.*, 1er juin.)

Pérochaud (J.) et **Doucet** (P.). Des ruptures musculaires dans la fièvre typhoïde. (*Gaz. méd. de Nantes*, 17 sept.)

Sicuriani (F.). Di un caso di granulosi senile da disseminazione per antico focolaio caseoso (35 anni) relitto di un processo tubercolare peritoneale probabilmente disseminato decorso sotto l'apparenza di febbre tifoide. (*Riforma med.*, 30 mars.)

Southard (E. E.) et **Sims** (F. R.). A case of cortical hemorrhages following scarlet fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

Tsélios (A.) Περὶ τετάνου (Γαληνός, juin.) — Sur le tétanos.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Arnone (G.). Un caso di acroiperplasia. (*Riforma med.*, 30 mars.)

Bayon (P. E.). Eziologia, diagnosi e terapia del cretinismo, con particolare riguardo alle altre malattie della glandola tiroide : gozzo e mixedema. In-8°, 189 p. avec fig. Turin.

Dalencour (F.). Un cas de plaie pénétrante de la poitrine avec paraplégie inférieure. In-8°, 22 p. Port-au-Prince.

D'Ormea (A.) et **Maggiotto** (F.). Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci; 2a nota : ricerche urologiche. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXXII, 3-4.)

Dubois (P.). Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung. (Trad. du français par Ringier.) 1er fasc. In-8°, 80 p. Berne.

Garbini (G.). Leptomielite luetica a forma tabica; eterotopia del midollo spinale. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Hähnle (E.). Der heutige Stand der Erblichkeitsfrage in der Neuro- und Psychopathologie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 sept. et 1er oct.) — Etat actuel de la question de l'hérédité en neurologie et en psychiatrie.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bassewitz (E. von). Observações sobre o « granuloma venereo » e seu apparecimento no Estado do Rio Grande do Sul. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 sept.)

Brito-Foresti (J.). Zona ulceroso de la pierna derecha. (*Rev. med. del Uruguay*, juin.)

Chirivino (V.). Bromoderma pustoloso fungoide; contributo alla istologia e alla patogenesi delle eruzioni cutanee da bromuri. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 oct.)

Fieschi (D.). Contributo allo studio dei tumori maligni da nei materni. (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Hyde (B. C.). Icterus in secondary syphilis. (*Med. Record*, 24 sept.)

Juliusberg (F.). Ueber « Tuberkulide » und disseminierte Hauttuberkulosen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.)

Lesser (E.). Tratado de dermatología, sifiliografía y enfermedades venéreas. (Trad. de l'allemand par Gil Saltor Lavall et José María Biada.) Fasc. 22. In-8°, p. 385 à 448, avec fig. Barcelone. Salvat et Cie.

Martzinovsky (E. J.) et **Bogrov** (S. L.). Zur Aetiologie der Orientbeule (bouton d'Orient). (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.)

Merk (L.). Ueber Leukoplakia cutanea. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 sept.)

Nicolau. Contribution à l'étude clinique et histologique des manifestations cutanées de la leucémie et de la pseudo-leucémie. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Richard. Pityriasis rosé de Gibert au cours d'un rhumatisme articulaire suivi de chorée. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 sept.)

Rocher et **Saucet**. A propos de la pseudotumeur blanche dans l'hérédo-syphilis tardive. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 25 sept.)

Sagárnaga (E.). Consideraciones sobre la espundia del noroeste de Bolivia. (*Rev. méd. de La Paz*, mai-juin.)

Söllner (J.). Beiträge zur Bakteriologie der Akne vulgaris. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 sept.)

Sprecher (F.). Condilomi acuminati del frenulo linguale. (*Progresso med.*, 25 fév.)

PARASITOLOGIE

Arullani (P. F.). Sigmoidite da ossiuro vermicolare. (*Riforma med.*, 30 août.)

Hardoüin (P.). L'actinomycose à Rennes; deux nouvelles observations. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 3.)

Musgrave (W. E.). Amebas : their cultivation and etiologic significance [en collaboration avec Moses T. Clegg]; treatment of intestinal amebiasis (amebic dysentery) in the tropics. In-8°, 117 p. avec fig. Manille.

Norsa (G.). Dell' anchilostomiasi e della sua cura. (*Riforma med.*, 30 août.)

Ronchetti (V.). Caso settemplice di « dibothriocephalus latus » (Bremser). (*Riv. critica di clinica medica*, 8 oct.)

Ruata (G. R.). La tripanosomiasi nell'uomo. (*Riforma med.*, 6 et 13 avril.)

Salinari (S.). Contributo clinico-sperimentale allo studio dell'actinomicosi umana. (*Giorn. med. del Ro. Esercito*, sept.)

Tarchetti (C.). Un caso di anchilostomiasi. (*Clinica medica italiana*, juin.)

CHIRURGIE

Cavazzani (G.). Contributo alla cura degli ascessi polmonari ed alla esplorazione dei polmoni. (*Riforma med.*, 11 mai.)

Gangitano (F.). Aneurisma spontaneo dell'arteria plantare destra da arterite gommosa; estirpazione; guarigione. (*Riforma med.*, 20 avril.)

Imbert (L.). Traitement des hernies adhérentes. (*Montpellier méd.*, 25 sept.)

Jehle (A.). Zur Kasuistik der Spondylitis tuberculosa. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 sept.)

Jurinka. Eine seltsame Luxatio testis. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 24 sept.)

Keen (W. W.). The danger of allowing warts and moles to remain lest they become malignant. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 juillet.) — De la nécessité de pratiquer l'ablation des verrues et des nævi, à cause de l'éventualité de leur dégénérescence maligne.

Keller (K.). Zur Kasuistik und Histologie der kavernösen Muskelangiome. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.)

Keyser (Ch. R.). Epithelioma of the tongue in women. (*Lancet*, 17 sept.) — 10 cas d'épithélioma de la langue chez des femmes.

Kreuter (E.). Ueber die Gefährdung des Cœkum durch Blähung beim Dickdarmverschluss. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 sept.) — Sur les dangers encourus par le cæcum à la suite de l'hyperdistension survenant au cours de l'occlusion du gros intestin.

Labhardt (A.) et **Saltykow** (S.). Ein Fall von ungewöhnlich grossem secundärem Lebertumor bei atypischem Schilddrüsencarcinom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Volumineux néoplasme du foie, provenant, par métastase, d'un cancer atypique du corps thyroïde.

Lecène (P.) et **Alglave** (P.). Tuberculose iléocæcale; forme ulcéreuse et sténosante; résection iléo-cæcale; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Madelung (O.). Die Behandlung der übergrossen Hernien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 1.) — Traitement des hernies de volume excessif.

Magnanini (N.). Aneurisma arteriovenoso y deformaciones del miembro inferior consecutivas á herida de bala en la rodilla. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.)

Marx (H.). Ein Fall von Sesambeinfraktur. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 sept.) — Fracture d'un os sésamoïde.

Maury (J. W. D.). Twine in lieu of the elastic ligature for performing gastroenterostomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

McRae (F. W.). The diagnosis of appendicitis; should the appendix be removed when the abdomen is open for other conditions? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.)

Mikulicz (J. von). Einiges über Naht und Nahtmaterial. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 sept.) — Sur les sutures et le matériel de suture.

Monprofit (A.). Une nouvelle méthode de cholécystentérostomie : la cholécystentérostomie en Y. (*Arch. provinc. de chir.*, juin.)

Monzardo (G.). Sull'ernia inguino-properitoneale. (*Policlinico*, 17 sept.)

Moszkowicz (L.). Totale Ausschaltung des Dickdarmes bei Colitis ulcerosa. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.) — De l'exclusion totale du gros intestin dans la colite ulcéreuse.

Murphy (J. B.). A method of dispensing with rubber gloves and rubber dam; second communication. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.) — Procédé permettant de supprimer les gants et les couches protectrices en caoutchouc.

Nadler (R.). Myositis ossificans traumatica mit spontanem Zurückgang der Muskelverknöcherungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Myosite ossifiante traumatique avec résorption spontanée des plaques d'ossification intramusculaire.

Nast-Kolb (A.). Beiträge zur Hirnchirurgie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Notes de chirurgie cérébrale.

Nehrkorn. Zur direkten Bronchoskopie zwecks Extraktion quellbarer Fremdkörper. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 sept.) — La bronchoscopie directe en vue de l'extraction des corps étrangers gonflant sous l'influence de l'humidité.

Neisser (E.) et **Pollack** (K.). Die Hirnpunktion; Probepunktion und Punktion des Gehirnes und seiner Häute durch den intakten Schädel. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.) — La ponction du cerveau.

Oehler (R.). Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 17 sept.) — Traitement ambulatoire des ulcères de jambe.

Painter (Ch. F.) et **Erving** (W. G.). Tuberculosis of the abdominal lymph-glands; its complications, differential diagnosis, and treatment. (*Amer. Medicine*, 24 sept.)

Panzacchi (G.). Un caso di peritonite pneumococcica. (*Riforma med.*, 13 avril.)

Pericic (B.). Orchidopexie nach Hahn. (*Wien. med. Presse*, 18 sept.)

Pierron. Luxation en arrière de l'épaule (sous-acromiale). (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mars.)

Rodman (W. L.). Excision of the ulcer-bearing area in gastric ulcer. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

Rollin (M.). Anévrysme diffus spontané de l'artère fémorale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Schirokauer (H.). Chronisch-recidivirender Pylorospasmus als Indication zur Operation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 sept.)

Schwarzschild. Osteoplastischer Verschluss einer Hernia obturatoria nach dreimaliger Einklemmung im Foramen obturatorium sinistrum (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Occlusion ostéoplastique d'une hernie obturatrice après triple étranglement dans le trou obturateur gauche.

Sheldon (J. G.). A posterior incision in certain appendicitis operations. (*Ann. of Surgery*, sept.)

OPHTALMOLOGIE

Fortunati (A.). Ancora sulla cura chirurgica del tracoma; 3ª comunicazione. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXX, 3.)

Grossmann (K.). Further investigations on accommodation. (*Brit. Med. Journ.*, 24 sept.)

Hansell (H. F.). Traumatic emphysema of the orbit and lids. (*Amer. Medicine*, 17 sept.) — Emphysème traumatique de l'orbite et des paupières.

Harman (N. B.). The visual fields in tobacco amblyopia. (*Lancet*, 17 sept.)

Le Roux (H.). Sur un cas de ténonite séreuse unilatérale. (*Année méd. de Caen*, août-sept.)

Morax (V.). Les ophtalmies du nouveau-né. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juin.)

Nydegger (J. A.). Trachoma and some diseases resembling it. (*New York Med. Journ.*, 17 sept.)

Pansier (P.). Le traitement électrolytique du ptérygion. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 sept.)

Parker (F. J.). Non-operative treatment of trachoma. (*Med. Record*, 17 sept.)

Phillips (W. L.). Eyestrain as a causative factor in sinusitis. (*Amer. Medicine*, 17 sept.) — L'asthénopie en tant que facteur étiologique de la sinusite frontale.

Siklóssy (J. von). Ueber die Vereinheitlichung der Sehschärfe-Bestimmung. (*Pest. med.-chir. Presse*, 18 et 25 sept.) — De l'unification des mesures usitées pour la détermination de l'acuité visuelle.

Uhthoff (W.). Ein Beitrag zum metastatischen Karzinom des Ciliarkörpers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Besson (A.). Etude statistique et clinique de 173 cas de cancers utérins; résultats immédiats et éloignés des interventions totales. In-8°, 23 p. Lille.

Constantin-Daniel (C.). Recherches sur la cytologie du liquide amniotique. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, août.)

Herrera Vegas (M.). Luxación obstétrica de la cadera. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, juillet-août.) — Luxation obstétricale de la hanche.

Levi (G.). Grossesse et fièvre méditerranéenne. (*Bull. de la Soc. des scienc. méd. de Tunis*, juillet.)

Sanjinés (C.). Consideraciones sobre un caso de quiste del ovario, con operación y curación. (*Rev. méd. de La Paz*, mai-juin.)

Thorn (W.). Die Durchgängigkeit der Tuben für in den Uterus injizierte Flüssigkeiten, unter spezieller Berücksichtigung experimenteller Versuche an der Lebenden. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 sept.) — La perméabilité des trompes à l'égard des liquides injectés dans l'utérus, notamment d'après des expériences faites sur la femme vivante.

Veit (J.). Ueber die Vermeidung der Perforation lebender Kinder. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 sept.) — Inutilité de l'embryotomie de l'enfant vivant.

Wallart (J.). Ueber die Ovarialveränderungen bei Blasenmole und bei normaler Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 1.) — Des modifications de l'ovaire dans la môle vésiculaire et pendant la grossesse normale.

Zacharias (P.). Eine seltene Form des Cervixmyoms. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 1.) — Forme rare de fibrome du col.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

De Simoni (A.). Di un caso di protesi nasale colle iniezioni di paraffina solida. (*Riforma med.*, 13 avril.)

Hinsberg (V.). Zur Entstehung der otitischen Kleinhirnabszesse: Infektion durch den Hiatus subarcuatus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 sept.) — Sur la pathogénie des abcès du cervelet d'origine otique.

Kayser (R.). Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. 3e éd. In-8°, 186 p. avec fig. Berlin. — Diagnostic et traitement des affections du larynx, du nez et des oreilles.

Killian (J. A.). Ueber subjektive Kakosmie. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept.)

Klug (F.). Abcès rétropharyngé d'origine auriculaire; érosion de la carotide; mort par hémorragie vingt-quatre heures après l'ouverture de l'abcès. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet.)

Lake (R.). Handbook of the diseases of the ears. 2e éd. In-8°, 252 p. avec fig. Londres. — Manuel des maladies de l'oreille.

Lermoyez (M.). Un cas de cancer de l'ethmoïde. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet.)

Mahu (G.). Sinusite frontale avec empyème du sinus maxillaire chez une femme de 77 ans; refus d'opération; mort. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet.)

Neumayer (H.). Ueber Bronchoskopie. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 et 27 sept.)

Newcomb (J. E.). Bone and cartilage in the tonsil. (*Med. News*, 24 sept.) — Présence de substance osseuse et cartilagineuse dans l'amygdale.

Packard (F. R.). The value of early incision of the membrana tympani in the treatment of acute suppuration of the middle ear. (*Med. News*, 17 sept.) — Valeur de la paracentèse précoce du tympan dans l'otite moyenne aiguë.

Taptas. Thrombophlébite du sinus latéral avec symptômes cérébelleux, ligature de la veine jugulaire, nettoyage du sinus malade, ponctions négatives dans le cervelet; guérison; de l'innocuité des plaies drainées de la dure-mère et du cerveau. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juillet.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Berliner (M.). Das Rizinusöl als Vehikel; zugleich ein Beitrag zur Tuberkulosebehandlung. (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, 15 oct.)

Flourens (P.) et **Marcille.** Une tentative de traitement médico-chirurgical du cancer du sein. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Granata (M.). Il trattamento cacodilico nelle forme iniziali di tubercolosi e nei catarri bronchiali cronici dei bambini linfatici. In-8°, 7 p. Riposto.

Grollier (H.). Le traitement par les mouvements méthodiques. (*Lyon méd.*, 25 sept.)

McLaughlin (W. B.). The treatment of pulmonary hemorrhage. (*Med. Record*, 17 sept.)

Mounier. Résultats de l'application systématique du penghawar dans les hémorragies en nappe des muqueuses et de la peau. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Nazarov (M. S.). Zur Behandlung des Scharlachs. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 29 sept.) — Du traitement de la scarlatine.

Rogers (L.). The treatment of snake-bites. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.) — Le traitement des morsures de serpent.

Sobre-Casas (C.). Contribution au traitement de la phlegmatia alba dolens (essai de traitement opothérapique, méthode de M. G. Keim). In-8°, 17 p. Buénos-Ayres.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Nava (A.). L'elettricità nei disturbi sessuali d'origine diabetica ed ossalica. (*Ann. di elettricità med. e terapia fisica*, nov.)

Pereira de Azevedo Neves (J. A.). Sobre as radiações vermelhas. In-8°, 54 p. Lisbonne.

Ricketts (T. F.) et **Byles** (J. B.). The red light treatment of small-pox. (*Lancet*, 30 juillet et 17 sept.) — Traitement de la variole par la lumière rouge.

Strebel (H.). Kathodenstrahlen als Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen. (*Wien. med. Presse*, 25 sept.) — Les rayons cathodiques comme succédané des rayons de Röntgen et des radiations du radium.

Wilbert (M. I.). The Röntgen rays in injuries near the wrist. (*Amer. Medicine*, 17 sept.) — Le radio-diagnostic des traumatismes du poignet.

Zimmern (A.). Le traitement électrique de la névralgie faciale; perfectionnement apporté à la méthode. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 sept.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Alessi (U.). Il bagno caldo per i nevrastenici; nota clinica. (*Gazz. degli Osped.*, 11 sept.)

Félix (J.). La thérapie hydrominérale et les stations balnéaires de la Belgique. 2e éd. In-16, 102 p. Bruxelles.

Graux (L.). La loi de 1902 et les stations hydrominérales. (*Progrès méd.*, 22 oct.)

Guilleaume (E.). De la valeur du bain carbogazeux dans le traitement des affections cardio-vasculaires. In-8°, 35 p. Bruxelles.

Kime (J. W.). Present-day treatment of tuberculosis. (*Med. News*, 3 sept.)

BACTÉRIOLOGIE

Campana (R.). Dei bacilli acidi e della loro presenza in alcuni casi nella cute. (*Riforma med.*, 13 juillet.)

De Simoni (A.). Bacilli similtubercolari nell'adito faringeo degl'individui sani. (*Riforma med.*, 8 juin.)

Garnier (M.) et **Sabaréanu** (G.). Action des microbes sur les toxines provenant d'autres espèces microbiennes. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Giannettasio (N.). Note batteriologiche su di un caso di ascesso periuretrale. (*Riforma med.*, 1er juin.)

Martinotti (G.). Ricerche comparative su alcune proprietà biologiche del bacillo del tifo e del bacterium coli. (*Riforma med.*, 13 juillet.)

Ruata (G.). Il metodo di Endo per la differenziazione del bacillo di Eberth dal bacillo del colon. (*Riforma med.*, 27 avril.)

24e ANNÉE. — N° 52. Vingt centimes le numéro. 28 DÉCEMBRE 1904.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement. Les bureaux de la SEMAINE MÉDICALE sont actuellement situés, 53, avenue de Villiers, Paris, 17e.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Application des principes de la Convention de Genève aux navires hospitaliers.

Le protocole final de la Conférence de la paix, tenue il y a cinq ans environ à la Haye, comprenait, entre autres instruments diplomatiques, une Convention relative à l'application des principes de la Convention de Genève à la guerre maritime (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. CXXXI). Sur l'initiative du gouvernement français, une Conférence diplomatique vient de se tenir, également à la Haye, pour régler la question des navires-ambulances; cette Conférence a abouti à l'adoption d'une Convention, portant la date du 21 décembre 1904, aux termes de laquelle les bâtiments hospitaliers, à l'égard desquels se trouvent remplies les conditions prescrites dans les articles 1, 2 et 3 de la Convention conclue à la Haye le 29 juillet 1899 pour l'adaptation à la guerre maritime des principes de la Convention de Genève du 22 août 1864, seront exemptés, en temps de guerre, dans les ports des parties contractantes, de tous droits et taxes qui sont imposés aux navires au profit de l'Etat. Cette disposition n'empêche pas l'application, au moyen de la visite et d'autres formalités, des lois fiscales ou autres lois en vigueur dans ces ports.

La règle adoptée n'est obligatoire que pour les puissances contractantes, en cas de guerre entre deux ou plusieurs d'entre elles. Ladite règle cessera d'être obligatoire du moment où, dans une guerre entre des puissances contractantes, une puissance non contractante se joindrait à l'un des belligérants.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Otto Burchardt est nommé privatdocent de laryngologie.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Edgar Gierke est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Johann Mönckeberg est nommé privatdocent d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur Levtchatkine est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur W. A. Rieländer est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Giovanni Galli est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Maurizio Ascoli est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Theodor Petrina (*médecine interne*); Enoch H. Kisch (*balnéologie*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Lecorché, ancien médecin des hôpitaux et agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Nicolas Sklifossovsky, président du Congrès international des sciences médicales de Moscou, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Alexandre Bobrov, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur P. Q. Brondgeest, privatdocent de pharmacologie à la Faculté de médecine d'Utrecht. — M. le docteur A. Quarry Silcock, lecteur de chirurgie à St. Mary's Hospital Medical School de Londres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904)

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Ascenzi (O.). Critiche ed osservazioni anatomiche sulla regione sottoependimaria del bulbo e del ponte nell'uomo. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Bergh (R.). Symbolæ ad morphographiam membri virilis. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 2.)

Besta (C.). Ricerche intorno al modo con cui si stabiliscono i rapporti mutui tra gli elementi nervosi embrionali e sulla formazione del reticolo interno della cellula nervosa. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Gutmann (C.). Beiträge zur Histologie des Pankreas. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, fasc. suppl.)

Iatzouta (K.). Os intermetatarseum Gruberi et conerescentia phalangum (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 3-4.)

PHYSIOLOGIE

Jappelli (G.) et **D'Errico** (C.). Ancora sul destino del saccarosio nell'organismo animale; 2a nota. (*Atti dell'Accad. med.-chir. di Napoli*, LVIII, 2.)

Landois (L.). Text-book of human physiology, including histology and microscopical anatomy. (Trad. de l'allemand.) 10e éd. In-8°, 1027 p. avec fig. Londres.

Pedrazzini (F.). Di un nuovo stetografo ad aria; nota preventiva. (*Morgagni*, nov.)

Rey-Pailhade (J. de). Nouvelles recherches sur le philothion. (*Bull. de la Soc. chimique de Paris*, 5 sept.)

Trautwein (J.). Ueber den Zusammenhang der secundären Pulswellen mit dem Herzstoss und den beiden Herztönen. (*Arch. für die gesamte Physiol.*, CIV, 5-6.) — Rapports des élévations secondaires du pouls avec le choc précordial et les bruits du cœur.

Zunz (E.). Recherches sur la digestion pepsique et gastrique des albumoses primaires. (*Ann. de la Soc. royale des scienc. méd. et natur. de Bruxelles*, XIII, 3.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Cagnetto (G.). Alterazioni del midollo spinale in un caso di acromegalia. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Ghedini (G.). Contributo all'anatomia patologica del pancreas. (*Riforma med.*, 24 août.)

Höhne (O.). Zur Frage der Entstehung intramusculärer Abzweigungen des Tubenlumens. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.) — Sur l'origine des diverticules intramusculaires de la trompe.

Lionti (G.). Le alterazioni dei processi di secrezione dell'epitelio dei tubuli contorti nell'avvelenamento da formolo; ricerche citologiche. (*Riforma med.*, 9 nov.)

Mauté (A.) et **Constantin-Daniel** (C.). Myxome du sein chez l'homme. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Pernice (B.). Su di una alterazione speciale necrotica delle cellule epatiche nell'infezione tubercolare. (*Riforma med.*, 1er juin.)

Sauerbeck (E.). Die Langerhans'schen Inseln im normalen und kranken Pankreas des Menschen, insbesondere bei Diabetes mellitus. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, fasc. suppl.) — Les îlots de Langerhans dans le pancréas humain à l'état normal et à l'état pathologique, notamment au cours du diabète sucré.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Binaghi. Sull'azione protettiva del pus contro le infezioni mortali. (*Riforma med.*, 4 mai.)

Camurri (V. L.). Influenza della caffeina sulla eliminazione dell'acido urico dall'organismo animale. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Caracciolo (R.). Sulla patogenesi delle amiotrofie di origine cerebrale. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Ceni (C.). Influenza dell'alcoolismo sul potere di procreare e sui discendenti. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Cernezzi (A.). Contributo sperimentale all'uso del magnesio in chirurgia; l'assorbimento del magnesio nel parenchima renale. (*Riforma med.*, 6 avril.)

Dagonet et **Mauclaire**. Essais sur la transmissibilité de l'épithélioma humain en série chez le rat. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

De Vecchi (B.) et **Colombo** (G.). La simpatectomia cervicale in relazione con lo sviluppo ed il decorso della tubercolosi oculare sperimentale; nota preventiva. (*Riforma med.*, 6 avril.)

Fiorani (P. L.). Tubercolosi sperimentale delle glandole salivari. (*Riforma med.*, 27 juillet.)

Helmberger (A.) et **Martina** (A.). Experimentelle Untersuchungen über die Durchgängigkeit des Darmes für Bacterien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Recherches expérimentales sur la perméabilité de la paroi intestinale à l'égard des microbes.

Jappelli (G.). Effetti emodinamici della brusca legatura dell'arteria epatica; contributo allo studio delle condizioni fisiche della circolazione epatica. (*Atti dell'Accad. med.-chir. di Napoli*, LVIII, 2.)

Kucharzewski (H.). Recherches expérimentales sur les modifications du sang après les injections de sérums thérapeutiques et de sérum normal de cheval. (*Arch. internation. de pharmacodynamie*, XIII, 1 et 2.)

Lombroso (U.). Sull'origine del grasso delle feci dei cani spancreatizzati. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

Macaggi (L.). Alterazioni strutturali della tiroide per fosforo e per arsenico in rapporto alle cure mediche del gozzo. (*Riforma med.*, 10 août.)

Margulies (E.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Ertrinkungstodes, nach experimentellen Untersuchungen. (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1.) — Recherches expérimentales sur la mort par submersion.

Salvioli (I.). Contributo allo studio delle trasfusioni sanguigne; azione anticoagulante e tossica delle trasfusioni sanguigne eterogenee. (*Atti dell'Istituto veneto di scienze, lettere ed arti*, LXIII, 2.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bossuet (G.). Quelques considérations à propos de l'insuffisance surrénale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 oct.)

Cappellani (S.). Contributo alla teoria dell'immunità. (*Riforma med.*, 3 août.)

Quadrone (C.). Sopra la formazione di anticorpi specifici ottenuti mediante iniezioni di essudati e transsudati pleurici e peritoneali di natura diversa. (*Riforma med.*, 15 et 22 juin.)

Rössle (R.). Morphologische Veränderungen der roten Blutkörperchen durch inaktiviertes, spezifisch lytisches Blutserum. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 oct.) — Altérations morphologiques des hématies, dues à un sérum sanguin spécifique, hémolytique et inactivé.

Sanfelice (F.). Die Uebertragbarkeit maligner Tumoren. (*Wien. med. Presse*, 16 oct.) — La transmissibilité du cancer.

Wassermann (M.). Ueber den vererbten Locus minoris resistentiæ bei Tuberkulose; Beitrag zur Lehre von der hereditären Belastung. (*Wien. med. Presse*, 23 oct.)

MÉDECINE

Bailey (P.). Traumatic apoplexy. (*Med. Record*, 1er oct.)

Ballance (H. A.). A case of sacculated aneurysm of the arch of the aorta, treated by the introduction of silver wire and by the passage of an electrolytic current. (*Lancet*, 1er oct.) — Traitement d'un anévrysme sacciforme de la crosse de l'aorte par l'introduction d'un fil d'argent et électrolyse consécutive.

Benenati (U.). Note su alcuni casi di tumori addominali; contributo alla semiotica dei tumori del grande epiploon. (*Riforma med.*, 13 et 20 juillet.)

Binstock (I.). Un cas d'hépatite suppurée guérie spontanément (en russe). (*Prakt. Vratch*, 28 août.)

Boveri (P.). Sulla insufflazione dell'intestino. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Caccianiga (E.). La percussione uni-digitale. (*Gazz. degli Osped.*, 23 oct.)

Caracciolo (R.). Su di un caso di sfregamento pericardico con diffusione a sede rarissima. (*Riv. critica di clinica medica*, 4 juin.)

Carter (H. S.). A contribution to cytodiagnosis in pleural effusions, with especial reference to the tuberculous form. (*Med. News*, 1er oct.)

Cattani (G.). Rumori circolatori e pericardio; funzione fonica del pericardio. (*Gazz. med. ital.*, 11, 18 et 25 août.)

De Rossi (S.). La glicosuria alimentare negli epatici. (*Riforma med.*, 6 juillet.)

Dock (G.) et **Warthin** (A. S.). A new case of chloroma with leukemia, with a study of cases reported since 1893. In-8°, 51 p. Philadelphie.

Erben (F.). Die Urobilinurie als Symptom der Auto-Hämolyse; zwei Fälle von Skorbut. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 sept. et 6 oct.)

Federn (S.). Ueber partielle Darmatonie. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 et 24 sept. et 1er oct.) — Sur l'atonie partielle de l'intestin.

Ferrannini (L.). Il triangolo paravertebrale opposto di Grocco nei versamenti pleurici unilaterali liberi. (*Riforma med.*, 30 août.)

Ferraro (A.). Anomalia congenita di cuore in donna gravida. (*Riforma med.*, 18 et 25 mai.)

Fittipaldi (E. U.). La ricerca del sangue nel contenuto del tubo digerente. (*Riforma med.*, 6 juillet.)

Galvagni (E.). Sopra uno speciale fenomeno appartenente all'ascoltazione della bocca (espirazione sistolica intercisa o soffio del cavo orale?). (*Clinica medica italiana*, juin.)

Gaultier (R.). Etude sur la phlébite pneumonique à propos d'un cas terminé par embolie de l'artère pulmonaire (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Gennari (C.). L'azione della digitale sulla pressione sanguigna nei cardiopatici, con alcune considerazioni sui rapporti fra la pressione arteriosa e la venosa; osservazioni cliniche e sperimentali. (*Riforma med.*, 20 avril.)

Golyntz (M.). Endocardite idiopathique maligne aiguë (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Gramegna (A. G.). Sul valore della citodiagnosi dei versamenti cavitarii. (*Riforma med.*, 13 juillet.)

Grouzinov (Th.). Deux cas de dysenterie compliquée de rhumatisme articulaire (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 25 sept.)

Hofbauer (L.). Ueber pathologische Athmungsformen. (*Schmidt's Jahrbücher der gesamten Medicin*, CCLXXXIV, 1.) — Sur les types respiratoires anormaux.

Kouchev (N.). Des néphrites d'origine paludéenne (en russe). (*Prakt. Vratch*, 4 et 11 sept.)

Launois (P.-E.) et **Roy** (Pierre). Etudes biologiques sur les géants. In-8°, 642 p. avec fig.

Lebar (L.) et **Ehrempreis**. Ulcère de la région juxta-pylorique de l'estomac; hématémèse mortelle par ulcération de l'artère coronaire stomachique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Lefas (E.). Hématologie et cytologie cliniques. In-18, 199 p. avec fig.

Lortat-Jacob (L.) et **Sabaréanu** (G.). Deux observations d'ictère chronique familial avec splénomégalie. (*Rev. de méd.*, oct.)

Marmorstein (M.). Contribution à l'étude de la péricardite (en russe). (*Prakt. Vratch*, 11 et 18 sept.)

Migaï (F.). Contribution à l'étude des abcès du cerveau (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Openchowski (T. von). Sclerose und Erweiterung der Coronararterie des rechten Herzens, durch Digitalis ermittelt; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 oct.) — Diagnostic, par la digitale, de la sclérose et de la dilatation de l'artère coronaire droite.

Pich (C. V.). Contributo allo studio dei corpi estranei nelle vie respiratorie. (*Riforma med.*, 30 mars.)

Prodi (T.). Della percussione del torace ascoltata alla bocca. (*Riforma med.*, 4 mai.)

Reach (F.). Ueber Rectalernährung. (*Centr.-Bl. für die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, VII, 8 et 9.) — L'alimentation par le rectum.

Schilling (F.). Blutnachweis durch Wasserstoffsuperoxyd. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — La recherche du sang à l'aide du bioxyde d'hydrogène.

Tedeschi (E.). Contributo alla patologia del diabete mellito a forma grave. (*Riforma med.*, 17 août.)

Testi (A.). Edema neurotrofico e vasomotorio dell'arto superiore destro. (*Riv. critica di clinica medica*, 29 oct. et 5 nov.)

Thalwitzer (F.). Diabetes insipidus post trauma. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, nov.)

Verney (L.). La genesi dello scompenso cardiaco; nota preventiva. (*Riforma med.*, 6 avril.)

Vires (J.) et **Pagès** (P.). Précis d'auscultation et de percussion du poumon et du cœur; signes physiques. In-16, 186 p. avec fig. Montpellier. Coulet et fils.

MALADIES INFECTIEUSES

Baduel (A.). Poliartrite diplococcica. (*Riforma med.*, 29 juin.)

Carrière (G.). Traitement de la scarlatine. (*Nord méd.*, 1er oct.)

Cavazzeni (G.) et **San Pietro** (E.). Ricerche sul ricambio materiale nel tifo. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Feer (E.). Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 oct.) — Les altérations des ongles consécutives à la scarlatine et à la rougeole.

Galli (P.). Pancreatite da orecchioni. (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Memmi (G.). La tifoemia. (*Riforma med.*, 3 et 10 août.)

Mircoli (I.). L'emottisi tubercolare dai moderni punti di vista. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Moreschi (C.). Contributo clinico all'etiologia dell'ascesso polmonare metapneumonico ed alla patogenesi della setticoemia diplococcica. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Moscato (P.). Sulle localizzazioni multiple che l'infezione palustre può produrre sull'organismo umano e più specialmente sui centri nervosi. (*Rassegna internazion. della med. moderna*, V, 12.)

Norris (G. W.). Tuberculosis and heart disease, based upon the study of 1764 autopsies, 1276 clinical histories, and a review of the literature. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Tuberculose et affection du cœur.

Ranelletti (A.). Contributo alla tubercolosi traumatica pleuro-polmonare con considerazioni cliniche e medico-legali. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 1.)

Rolleston (J. D.). Clinical observations on diphtheritic paralysis. (*Practitioner*, nov. et déc.)

Ruhräh (J.). The history of tuberculous meningitis. (*Med. Library and Historical Journ.*, juillet.)

Sanfelice (F.). Tubercolosi e pseudotubercolosi. (*Riforma med.*, 1er juin.)

Schmerber (J.). Gangrène gazeuse survenue au cours d'une fièvre typhoïde. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mai.)

Sicuriani (F.). Intorno ad uno speciale tipo di infezione enterica da bacterium coli. (*Riforma med.*, 11 mai.)

Verdes Montenegro (J.). Contribución al estudio de la tuberculosis. In-8o, 115 p. avec fig. Madrid.

Zeri (A.). Sindrome leucoanemica in un malarico. (*Riforma med.*, 23 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bayon (P. G.). Ueber angebliche verfrühte Synostose bei Kretinen und die hypothetischen Beziehungen der Chondrodystrophia foetalis zur Athyreosis. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXXV, 11.)

Casassa (A.). Paralisi dei due ricorrenti in un caso d'ectasia aortica. (*Progresso med.*, 25 oct.)

Gromyko (M.). Un cas de maladie de Thomsen (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

Hála (A.). Traumatická neurosa ocní. (*Rev. v neurol., psychiatrii, fysik. a diætet. therapii*, mars.) — Névrose traumatique de l'œil.

Ingegnieros (J.). Los accidentes histéricos y las sugestiones terapéuticas. In-8o, 371 p. avec fig. Buénos-Ayres.

Léon (H. de). Contribution à l'étude de la paralysie myasthénique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Maggiotto (F.). Un caso di psicosi uremica con sintomi coreiformi. (*Riforma med.*, 18 mai.)

Mansourov (N.). Contribution à l'étude de l'aphasie; un cas d'aphasie motrice transcorticale (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Marchand (L.). Surdi-mutité par lésion symétrique du lobe temporal. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Monéger. Un cas de pied bot varus équin de nature hystérique. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril.)

Parola (L.). Contributo alla statistica della tabe giovanile. (*Riforma med.*, 27 avril.)

Pende (N.). Morte per emottisi isterica; contributo allo studio della pseudotisi isterica. (*Policlinico*, 8 oct.)

Poenaru-Caplescu. Alcool si alcoolism. In-8o, 46 p. Bucarest.

Reichardt (M.). Ueber akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LXI, 4.) — Sur les troubles mentaux aigus consécutifs aux commotions cérébrales.

Salerni (A.). Le oscillazioni periodiche mensili della temperatura, del polso e del respiro nelle alienate mestruate e nelle amenorroiche. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Scarpini (V.). Il sangue nell'anuria isterica; considerazioni sull'urea e sui leucociti eosinofili. (*Clinica moderna*, 7 sept.)

Toporkoff (N.). Une tentative d'analyse psychologique des travaux manuels des aliénés. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Vigouroux (A.) et **Laignel-Lavastine.** Atrophie musculaire, type Aran-Duchenne, chez un paralytique général. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Zabloudovsky (I.). Prophylaxie et traitement de la crampe des écrivains et des musiciens (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Heath (A. D.). A case of acne-keloid (dermatitis papillomatosa capillitii Kaposi). (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Möller (M.). Iakttagelser vid gonorré hos män. (*Hygiea*, juillet et août.) — De la blennorrhagie chez l'homme.

Morris (Malcolm). On the treatment of lupus vulgaris during the last 25 years. (*Lancet*, 22 oct.)

Pelagatti (M.). Mykosis fungoides und Leukämie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er et 15 oct.)

Tonkin (T. J.). Leprosy a curable disease. (*Brit. Med. Journ.*, 17 sept.)

Vörner (H.). Ueber wiederauftretenden Herpes zoster, im besonderen über Zoster erythematosus und Zoster vegetans. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept.) — Le zona récidivant.

Weiss (L.). Contributions to the pathology and treatment of acute gonorrhea. (*Med. News*, 10 et 17 sept.)

CHIRURGIE

Coletti (A.). Un caso di linfo-angio-endotelioma periosteale dello sterno; contributo allo studio degli endoteliomi. (*Riforma med.*, 30 août.)

Ekehorn (G.). Chirurgische Statistik aus dem Lazarett von Sundsvall : 624 Radikaloperationen für Bruch. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 2.) — 624 cas de hernie traités par la cure radicale.

Franke (F.). Ueber Pseudo-Appendicitis (nervosa). (*Arch. internation. de chir.*, I, 2 et 4.)

Frolov (V.). Contribution à l'étude des hernies inguino-scrotales du cæcum (en russe). (*Prakt. Vratch*, 28 août.)

Gangitano (F.). Contributo alla etiologia e patogenesi del cosi detto tumore inflammatorio delle ghiandole salivali. (*Riforma med.*, 6 juillet.)

Ghilini (C.). Frattura dell'epifisi inferiore del radio nei manovratori d'automobili. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, sept.)

Grivet (Paul). Appendicite gangreneuse; hématémèses; pyléphlébite. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mai.)

Guerchouny (B.). Un cas de méningite cérébro-spinale purulente ascendante (en russe). (*Prakt. Vratch*, 4 sept.)

Hardoüin (P.). Etude sur les kystes séreux congénitaux de l'aisselle. (*Arch. provinc. de chir.*, août et sept.)

Hildebrandt (W.). Ueber komplizierende Nephritis bei Perityphlitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.)

Hoffa (A.). Die Behandlung der Gelenktuberkulosen im kindlichen Lebensalter. (*Arch. internation. de chir.*, I, 2 et 5.) — Traitement des tuberculoses articulaires chez l'enfant.

Holmes (Bayard). The surgery of the abdomen. Part I : Appendicitis and other diseases about the appendix. In-8o, 350 p. avec fig. New-York.

Jeannel (M.). Des ligatures et des sutures métalliques perdues. (*Arch. provinc. de chir.*, juillet.)

Köhler (A.). Kriegschirurgen und Feldärzte der Neuzeit. (*Veröffentl. aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens*, 27.) — Les chirurgiens de guerre des temps modernes.

Letoux et **Le Danteo.** Introduction d'air dans un ventricule latéral, à la suite d'une fracture du crâne. (*Arch. provinc. de chir.*, sept.)

Liermann (W.). Behandlung der Knochenbrüche. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 et 27 oct.) — Traitement des fractures des os.

Mantel (P.). De la guérison de la cirrhose atrophique du foie par les paracentèses répétées et de l'inefficacité de la laparotomie simple. (*Arch. provinc. de chir.*, juillet.)

Mauclaire et **Eschbach.** Deux ulcères de la petite courbure symétriques et perforés; péritonite généralisée; drainages multiples à la dix-neuvième heure; mort; à l'autopsie, deux poches rétrogastriques non drainées. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Morestin (H.). Suites éloignées de brûlures des mains survenues dans la première enfance. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Passaggi (A.). Ostruzione intestinale da calcolo biliare. (*Policlinico*, partie chir., XI, 10.)

Sheen (W.) et **Martin** (W.). A case of bullet wound of the brain in which the bullet lodged about 12 centimetres from the point of entrance and was extracted from a depth of 6,5 centimetres from the surface of the head; with a note on the X-ray methods in the case. (*Lancet*, 17 sept.) — Coup de feu du cerveau.

Springer (C.). Zur chirurgischen Behandlung der Noma. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 4.)

Steinmann (F.). Beitrag zur Kropfverlagerung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXIV, 4.) — Sur le déplacement chirurgical du goitre.

Storrs (H. R.). Lingual goitre (accessory thyroids at the base of the tongue). (*Ann. of Surgery*, sept.)

Strong (Th. J.). Administration of chloroform and ether; comparative notes of the two drugs. (*Amer. Medicine*, 17 sept.)

Thies (J.). Wird die Giftigkeit des Cocain durch Combination mit Adrenalin herabgesetzt? (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — La toxicité de la cocaïne est-elle atténuée par l'addition d'adrénaline?

Tiegel (M.). Ueber peptische Geschwüre des Jejunums nach Gastroenterostomie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIII, 4-5.) — Sur les ulcères peptiques du jéjunum, consécutifs à la gastro-entérostomie.

Toussaint (H.). Ostéo-périostite du tibia par effort. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril.)

Vivenza (F.). Peritonite da diffusione e peritonite perforativa nel tifo. (*Clinica e pratica*, nov.)

Vulpius (O.). Neurologie und Orthopädie. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept.)

Weir (R. F.). The defects of the Murphy button, with suggestions of improvements in the operation of gastroenterostomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 sept.)

Wieting (J.). Beitrag zu den Affektionen, namentlich der Tuberkulose, der Schleimbeutel in der Becken-Hüftgegend. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Les affections des bourses séreuses de la hanche, notamment celles d'origine tuberculeuse.

Willard (De F.). Old unreduced dislocations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 sept.) — Sur les luxations anciennes non réduites.

Zesas (D. G.). Beitrag zur chronischen ankylosierenden Entzündung der Wirbelsäule. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.).— Sur l'ankylose chronique inflammatoire de la colonne vertébrale.

UROLOGIE

Arcoleo (E.). Su di un caso di cistocele inguinale intraperitoneale. (*Riforma med*, 27 avril.)

Gaudiani (V.). Rottura di una idronefrosi simulante appendicite. (*Riforma med.*, 11 mai.)

Monié. Un cas rare de rétrécissement traumatique de l'urèthre pénien; uréthrotomie interne; guérison. (*Limousin méd.*, sept.)

Rivarono (D.). Sul valore del metodo della fermentazione nel dosaggio del glucosio. (*Riforma med.*, 30 mars.)

Rojansky (V.). Contribution à l'étiologie de la lithiase urinaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 21.)

Rolando (S.). Contributo all'ernia dell'uretere. (*Riforma med.*, 25 mai.)

OPHTALMOLOGIE

Fortunati (A.). Ricerche sperimentali sulla etiologia del catarro primaverile; nota preventiva. (*Arch. di ottalmol.*, XII, 3-4.)

Gallemaerts. Atrophie optique suite de métrorrhagie. (*Policlinique*, 15 oct.)

Kostenitch (I.). Contribution à l'étude du lavage de la chambre antérieure après extraction de la cataracte (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

Rollet (E.). L'ectasie géante du sac lacrymal. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Tzatzkine (A.). Un cas de choroïditis ossificans (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Van den Bergh. Skiascopie subjective. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Yasnitzky (A.). Un cas de guérison du trachome aigu; emploi de l'acétate de cuivre contre la conjonctivite granuleuse (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bender (X.) et **Marcille**. Inondation péritonéale due à la rupture d'un petit kyste folliculaire hémorrhagique de l'ovaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Dumoulin (A. I.). Contribución al estudio de la hepato-toxemia gravidica. (*Thèse de Caracas.*)

Essen-Möller (E.). Beitrag zur Kenntnis von der Hämatometra im Nebenhorn. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 2.) — L'hématomètre de la corne accessoire.

Fritsch (H.). Geburtshilfe. In-8°, 467 p. avec fig. Leipzig. — Obstétrique.

Kadygrobov (B.). De la suppuration des kystes de l'ovaire (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, juillet-août et sept.)

Kholodkovsky (A.). Un cas de grossesse compliquée de fibromes de l'utérus; hystérectomie sus-vaginale (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, sept.)

Krivsky (L.). Un cas d'opération césarienne répétée chez la même femme (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, sept.)

Levi (G.) et **Ferrini**. Un cas d'hépatotoxémie gravidique. (*Bull. de la Soc. des scienc. méd. de Tunis*, sept.)

Touskaïa (Odona). Des rapports qui existent entre l'utérus et l'estomac (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, sept.)

Véron. Relation clinique de dix symphyséotomies; du crédit actuel de la symphyséotomie en chirurgie obstétricale. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 3.)

Vieira (S.). Um caso de esthiomene da vulva acompanhado de tumor clitoridiano. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 oct.)

Wormser (E.). Ueber die Verwendung der Gummihandschuhe bei der manuellen Placentarlösung, nebst Bemerkungen über die Ursachen der Retentio placentæ. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 oct. et 3 nov.) — L'emploi des gants de caoutchouc pour le décollement manuel du placenta.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Barstow (D. M.). A case of supposed primary tuberculosis of the pharyngeal tonsil. (*Med. Record*, 8 oct.)

Brieger. Les suppurations du labyrinthe. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

Delobel (P.). Iconographie topographique de l'oreille chez le nouveau-né. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév., mars-avril, mai-juin et juillet-août.)

De Simoni (A.). Bacilli similtubercolari nel secreto delle otiti medie purulente croniche. (*Riforma med.*, 4 mai.)

Gallet et **Cornet**. Un cas de myxo-sarcome angiomateux (polype hémorrhagique) du cornet inférieur. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

Garel (J.) et **Duvernay** (L.). Note sur un cas de paralysie isolée du crico-aryténoïdien postérieur. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

Golesceano. Critique sur les gargarismes; valeur pratique des grandes irrigations. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Nikitine (V.). Sur le traitement de la tuberculose du larynx (en russe). (*Prakt. Vratch*, 25 sept.)

Schmiegelow (E.). Technique de l'ouverture des abcès otogènes et soins consécutifs. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, août.)

Stein (V. Saxtorph). Mastoidaloperationer i skopolamin - morfin - narkose. (*Hospitalstidende*, 26 oct.)

Zarcyne (D.). Contribution à l'étude des troubles nerveux et psychiques dans les affections du nez et du pharynx (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 18 et 25 sept.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Forgue (E.) et **Jeanbrau** (E.). Médecine légale et jurisprudence : la hernie accident devant la jurisprudence française. In-8°, 36 p.

Gabbi (U.). Su di alcuni sintomi e sulla formula leucocitaria nell'avvelenamento acuto da funghi. (*Riforma med.*, 17 août.) — Symptômes et formule leucocytaire dans l'empoisonnement par les champignons.

Ollive (G.), **Le Meignen** (H.) et **Aubineau** (E.). Précis des accidents du travail; médecine légale, jurisprudence. In-18, 612 p. de Rudeval.

Parisot (P.). Plaies du cœur. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.)

Smolensky (P.). La recherche de l'arsenic d'après le procédé biologique de Gosio (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 18 sept.)

Tamburini (A.). Il caso Olivo; uxoricidio improvviso; squartamento e dispersione del cadavere; equivalente epilettico (?). (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Teske (Czersk). Die normalen und anormalen Handtellerlinien und ihre Bedeutung für die Unfallheilkunde. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, oct.) — Les lignes papillaires normales et anormales de la main au point de vue des accidents du travail.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bettencourt-Rodrigues. Tratamento da febre amarella pelas injecções de sôro anti-ophidico polyvalente (anti-bothropico e anticrotalico). In-8°, 50 p. São Paulo.

Dejardin (F.). Les injections épidurales dans le traitement de l'incontinence d'urine et du prolapsus rectal. (*Arch. provinc. de chir.*, sept.)



De Silvestri (E.). Due aneurismi aortici migliorati colle iniezioni di gelatina. (*Riforma med.*, 4 mai.)

Gevaerts (J.) et **Wildiers** (E.). Serum en tuberculine-behandeling der knobbelziekte; 1. deel. In-4°, 21 p. Anvers. — Traitement de la tuberculose par le sérum et par la tuberculine.

Goloubinine (L.). Traitement de l'ascite d'origine hépatique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 7, 14 et 28 août.)

Mazzei (T.). La sieroterapia della epilessia col metodo Ceni. (*Riforma med.*, 20 avril.)

Moor (V.). Traitement des empoisonnements aigus par l'opium et la morphine au moyen du permanganate de potasse (en russe). (*Prakt. Vratch*, 11 et 18 sept.)

Prain (D.). On the morphology, teratology and diclinism of the flowers of Cannabis. In-4°, 32 p. avec planches. Calcutta.

Sabatier (H.). Le traitement des accidents constituant le coup de chaleur peut-il bénéficier de nos connaissances sur les propriétés thérapeutiques de l'extrait de capsules surrénales ou adrénaline? In-8°, 44 p.

Sassaparel (I.). Traitement de la lithiase biliaire (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

BACTÉRIOLOGIE

Guillemot (L.), **Hallé** (J.) et **Rist** (E.). Recherches bactériologiques et expérimentales sur les pleurésies putrides : recherches bactériologiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Maassen (A.). Die teratologischen Wuchsformen (Involutionsformen) der Bakterien und ihre Bedeutung als diagnostisches Hilfsmittel. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXI, 3.)

Schamberg (J. F.) et **Gildersleeve** (N.). A bacteriologic study of the throats of 100 cases of scarlet fever, with remarks on the relation of bacteria to the disease. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, sept.) — Examen bactériologique de la gorge dans 100 cas de scarlatine.

Schrön (O. von). Der neue Microbe der Lungenphthise und der Unterschied zwischen Tuberkulose und Schwindsucht. In-8°, 81 p. avec fig. Munich. C. Haushalter. — Le nouveau microbe de la phtisie pulmonaire et la différence entre la tuberculose et la phtisie.

Tarchetti (C.). Sull'eziologia dell'infezione tifoide; bacillo del tifo o bacterium coli. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Törne (F.). Studien über die bakteriellen Verhältnisse der Nasennebenhöhlen und über ihre Schutzmittel gegen Bakterien. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 1 et 2.) — Recherches bactériologiques sur les cavités accessoires du nez et sur leurs moyens de défense contre les microbes.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Audebert (J.). Les accoucheuses de Toulouse vers 1780 (documents pour servir à l'histoire de l'obstétricie au XVIIIe siècle). (*France méd.*, 25 sept.)

Miquel-Dalton. Les médecins dans l'histoire de la Révolution. In-8°, 114 p.

Ruhräh (J.). Robert Whytt, professor of medicine, University of Edinburgh (1747-1766). (*Med. Library and Historical Journ.*, juillet.)

Vidal (Charles). Une école d'accouchement à Castres au XVIIIe siècle. (*France méd.*, 25 mai.)

GÉNÉRALITÉS

Duval. Note médicale sur l'hôpital russe de Munychie (Grèce). (*Arch. de méd. navale*, août.)

O'Followell. Le corset; histoire, médecine, hygiène. In-8°, 221 p. avec fig. A. Maloine.

Records of the Egyptian Government School of Medicine. T. II. In-4°, 172 p. avec fig. Le Caire.

Tableaux de statistique démographique d'Amsterdam et de quelques grandes villes du monde pendant les années 1899-1903. In-4°, 49 p. (avec texte hollandais et français). Amsterdam. J. Müller.

Vincent. Etude médicale de l'île de Groix. (*Arch. de méd. navale*, mai, juin et août.)